

## 5 Kvalitetsarbete i den sociala barn- och ungdomsvården

Hej BRIS!

Jag är en tjej på 15 år som har tänkt ringa till er men det känns bättre att skriva. Jag vet inte om jag är ensam om att ha det så här men jag känner att jag inte klarar mycket mer. Ibland tänker jag på att det kanske inte är någon mening med att leva men samtidigt så vill jag ju inte försvinna. Ni kanske undrar vad mitt problem är? Jag har haft ganska mycket problem men nu känns det som om det är för mycket. Min soc.tant vill att jag ska göra en medicinsk undersökning och jag har ingen aning om varför???

Dessutom frågar hon mig en massa saker som jag är tvungen att svara på. Allt spelas in på band. Jag vill inte svara på frågorna och jag vill inte ha henne som soc.tant. Hon hjälper mej inte och jag HATAR henne. Kan man byta kontakt på soc? Hjälp mig. Ledsen tjej

Mail till BRIS

Av direktivet framgår att utgångspunkterna för kommitténs arbete bör vara att skapa förutsättningar för en bättre sammanhållen vård av god kvalitet grundad på kunskap och beprövad erfarenhet för att bättre kunna utnyttja de resurser som idag avsätts inom området. Utredningen skall också ange hur frågor om kvalitet inom området skall utvecklas och bibehållas.

## 5.1 Reglering av kvalitet inom socialtjänsten

En bestämmelse om kvalitet infördes i socialtjänstlagen 1998. Av 3 kap. 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och stärkas. Socialstyrelsen utfärdade år 2000 allmänna råd (SOSFS 2000:15) om kvalitetssystem inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. I förarbetena till lagförändringen (prop. 1996/97:124) konstateras att kvalitet är ett svårfångat begrepp och att vad som är god kvalitet inte låter sig fastställas på ett entydigt och enkelt sätt. Regeringen framhåller faktorer som rättssäkerhet, den enskildes medinflytande samt en lätt tillgänglig vård och service som viktiga kvalitetsindikatorer. Vidare sägs att en lämplig sammansättning av ett arbetslag, ett genomtänkt arbetssätt som understryker behovet av uppföljning och utvärdering av olika insatser är också förutsättningar för att god kvalitet skall kunna uppnås. Regeringen uttalar också att begränsade ekonomiska resurser och nya principer för styrning och ledning av verksamheter aktualiserar frågor om kvalitet och kvalitetsutveckling. Betydelsen av att kunna värdera effekter och resultat av verksamheter har ökat.

I Socialstyrelsens allmänna råd anges ungefär samma faktorer, som i propositionen, som exempel på god kvalitet. Där lyfts också fram vikten av att barnperspektivet särskilt beaktas som en kvalitetsfaktor. I de allmänna råden anges vilka områden som ett kvalitetssystem minst bör omfatta. Dessa områden är arbetsprocesser, kompetens, förhållningssätt och metoder, internt och externt samarbete och köp av tjänster. Vidare bör kvalitetssystemet innehålla rutiner för utvärdering, klagomåls- och avvikelshantering samt egenkontroll och dokumentation.

### *Uppföljning av kvalitet*

Länsstyrelserna hade i sina regleringsbrev åren 1997–99 tydliga uppdrag att följa upp hur arbetet med kvalitetsutveckling inom socialtjänsten fungerade. Resultatet visade att kvalitetsarbete påbörjats inom vissa områden. Flera kommuner tycks ha inlett sitt kvalitetsarbete med att upprätta system för avvikelshantering.

## 5.2 Kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården

Krav på kvalitet inom hälso- och sjukvården infördes 1982, således tidigare än inom socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården finns nationella kvalitetsregister utvecklade inom cirka 50 olika diagnosområden. Registren har initierats av representanter inom en viss specialitet och byggts upp som stöd för kvalitetsutveckling vid de enskilda klinikerna. Registrens förankring inom specialistföreningarna är av stor betydelse. Registren har utvecklats med hjälp av statliga pengar, Dagmarmedel, som administreras av Socialstyrelsen. Verksamheter som är verksamma inom registrerade områden förväntas ansluta sig till befintliga register. En registerhållare, ofta en specialist inom området i den kliniska verksamheten, utses av specialistföreningen att vara ansvarig för registret. En styrgrupp bestående av specialister med förankring inom specialiteten utses.

Syftet med registren är att fördjupa kunskapen om behandlingsformer, effekter, risker och utfall avseende patienters och närståendes mående och vårdtillfredsställelse. Kvalitetsregistren innehåller individbundna data om diagnoser, åtgärder och utfall. Statistiksammanställning sker enbart på aggregerad nivå och redovisas dels klinikvis dels på nationell nivå. Registren förväntas ge ökad trygghet vid läkemedelsbehandling liksom en kunskapsbas för att utveckla nationella riktlinjer för diagnostik och behandling. Registerhållaren och styrgruppen fastställer kvalitetsindikatorer för att mäta vårdprocessen (processmått) och resultat (resultatmått). Varje register förväntas avlämna en årlig rapport till Socialstyrelsen om hur arbetet fortlöper.

## 5.3 Försök att utveckla kvalitetskriterier inom missbrukarvården.

Hösten 2002 startade Socialstyrelsens arbete med att utveckla riktlinjer för missbrukarvården inom kommunernas socialtjänst och landsting. I arbetet ingår att ta fram kvalitetskriterier och indikatorer. Arbetet har bedrivits i fyra delar. I den första delen genomfördes en litteraturstudie. I den andra delen intervjuades verksamhetsansvariga, politiker, övrig personal, och brukare inom missbrukarvården för att identifiera kvalitetsdimensioner i verksamheterna. Materialet analyserades för att kunna formulera kvalitetspåståenden och kvalitetskriterier. De kriterier som framkom kategoriserades i

nio huvudområden. Dessa huvudområden är säkerhet, tillgänglighet, rådgivning, samverkan, dokumentation, uppföljning, klient-/patientprocess, specialiserade/riktade vårdformer och personalfrågor. I del tre prövades detta underlag i en nationell enkät som riktade sig till ett representativt urval av enheter inom missbrukarvården. I del fyra sammanfattas och diskuteras hur kvalitetskriterierna kan användas för att mäta kvaliteten inom missbrukarvården. Arbetet kommer att avslutas och rapporteras under våren 2006.

### Om regler

”Har man en massa regler och inget ansvar så blir det till slut att man inte kan ta ansvar.”

”Då jag nyligen kommit till behandlingshemmet så bröt jag mot regler som jag inte visste om.

Dom vuxna säger: Vi förväntar du ska veta det. Så svarar jag: Hur ska jag veta det, när ingen sagt något. Då svarar dom: Men det är så det är, det är så vi tänker.”

”Det är tjafset som tär.”

”Allt är fejk här.”

”Så fort man visar tecken på problem så blir man permitterad. Då får man till exempel åka bort en helg och tänka över det man gjort.”

Ur ”Dåligt med behandlingshem”, Rädda Barnens höringar

## 5.4 Analys och problembilder

*Kvalitet är ett svårångat begrepp*

Den vanligaste definition av kvalitet är alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller en företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov (ISO 9000). Socialstyrelsen har anslutit sig till denna definition. Definitionen är dock

oklar då den inte talar om vems behov som tillgodoses. Att fastställa kvalitetskriterier i så kallade vårdande organisationer är förmodligen svårare än i organisationer som producerar varor. Bedömning av kvalitet är oftast grundad i en värdering och olika individer har olika värderingar.

När man skall undersöka en verksamhets kvalitet är det framför allt två frågor som behöver ställas: vad är viktiga områden för att bedöma verksamhetens kvalitet och hur skall den mätas? Viktiga områden behöver identifieras och relevanta mått utvecklas. Inom vård och omsorg har relationen mellan vårdgivaren och klienten varit centrala för bedömning av kvaliteten på verksamheten. Det är idag ganska vanligt inom både sjukvården och socialtjänstens olika verksamheter att kontinuerligt mäta brukarens subjektiva upplevelser av vården för att få en bedömning av kvaliteten.

### *Problem med subjektiva bedömningar*

Det finns dock problem med att låta kvalitet bedömas enbart utifrån klienters subjektiva bedömningar. Individer kan befinna sig i en svag ställning och ha svårt att uttrycka sina preferenser och de kan befinna sig i beroendeställning till vårdgivaren. Klientens nöjdhet måste också ställas i relation till vilket resultat en insats är avsedd att ge. Inom den sociala barn- och ungdomsvården kan det antas att insatser av mycket god kvalitet inte alls värderas positivt av den unge själv i de sammanhang där insatsen sker på någon annans initiativ och kanske till och med tvång. Därför måste även andra viktiga områden för att mäta kvalitet identifieras.

### *Det kan vara svårt att veta vad som gav resultatet*

I vården av barn och unga kan det ibland vara svårt att veta vad som ger resultat. Faktorer som ligger utanför vårdgivarens möjlighet att påverka kan vara avgörande för resultatet. Sådana faktorer kan vara personlig utveckling och mognad, en stark känslomässig upplevelse av något slag eller något annat inom den unge som inte kan identifieras förrän i vuxen ålder. Dessa företeelser kan förmodligen aldrig kvalitetssäkras. Däremot är det angeläget att söka identifiera det som är synligt och som leder till önskvärda resultat och att systematisera den kunskapen. Det är detta behov som motiverar ett nationellt arbete med kvalitetsregister.

## 6 Utbildning, kompetens och forskning

### *Mitt emellan*

*Låt mig flyta men*

*låt mig inte sväva.*

*Låt mig sjunka men*

*låt mig inte drunkna.*

*Låt mig vara i*

*balans men låt mig*

*inte vara i obalans. Låt mig*

*inte dyrka men låt mig inte*

*sluta tro. Låt mig vara*

*men låt mig inte vara ensam.*

*Puma*

I direktiven konstateras att olika rapporter visar att kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården inte är tillräcklig samt att socialtjänsten under senare år haft svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal. Socialstyrelsens arbete med att ge nationellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten bör utgöra utgångspunkt för eventuella förslag som avser utveckling av kunskap och kompetens i syfte att uppnå en enhetlig utveckling med bred förankring.

Dessutom poängteras att utredningens förslag när det gäller hur barn- och ungdomsvården ska organiseras även bör kunna motivera förslag till hur vetenskaplig kunskap och kompetens inom området ska utvecklas.

## 6.1 Utbildning för socialt arbete

Inledningsvis kan konstateras att Sverige är ett land med jämförelsevis många yrkesverksamma socionomer. Enligt SCB fanns 25 000 yrkesverksamma socionomer i Sverige år 2002. Enligt aktuella uppgifter (2005) från Sveriges kommuner och landsting arbetar ca 9 300 av dessa socionomer som socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen. Hur många av dessa som återfinns i den sociala barn- och ungdomsvården är svårt att uppskatta med hjälp av tillgänglig statistik. Över 50 procent av landets socionomer är mellan 54 och 64 år och under de närmast åren beräknas i genomsnitt 1 250 per år sluta sin anställning.

### 6.1.1 De anställdas utbildning

Handläggare på kommunernas socialförvaltningars olika enheter är till övervägande delen socionomer. I de kontakter kommittén haft med representanter i landets kommuner har det visat sig att det fortfarande finns socialsekreterare som inte har socionomutbildning. I en intervjuundersökning som SCB fick i uppdrag av Socialstyrelsen att genomföra i 63 kommuner 2002 framgick det (För en kunskapsbaserad socialtjänst, Socialstyrelsen 2004) att samtliga kommuner efterfrågade medarbetare med socionomutbildning. I praktiken visade det sig dock att 55 procent av de tillfrågade kommunerna hade anställt socialsekreterare med annan utbildning än socionomutbildning någon gång under de senaste 24 månaderna. Detta var vanligare i de små kommunerna.

Inom hela den sociala barn- och ungdomsvården finns åtskilliga yrkeskategorier representerade och de har olika grundutbildning. Särskilt gäller detta för den personal som är knuten till behandlingsinstitutioner, förebyggande arbete och öppenvårdsverksamheter. I de kontakter utredningen haft med representanter för sådana verksamheter har det ibland framhållits att den personliga lämpligheten kan vara långt viktigare än en formell utbildning. För personal i socialt arbete finns dessutom ett stort utbud av utbildningar och kurser, kortare och längre i såväl offentlig som privat regi med anknytning till olika fält av socialt arbete. I varierad grad använder sig också kommunerna av detta utbud för att höja kompetensen hos sina medarbetare.

De krav som ställs på personal i socialtjänsten behandlas i avsnitt 6.2.

### 6.1.2 Dagens socionomutbildning

År 1921 bildades bland annat på initiativ av Centraförbundet för socialt arbete, Institutet för socialpolitisk och kommunal utbildning och forskning i Stockholm, som en fristående stiftelse.

Detta institut utgjorde grunden till dagens socionomutbildning. Under efterkrigstiden tillkom flera socionomutbildningar. Utbildningarna fick högskolestatus 1964 då socialinstitutet blev socialhögskolor. År 1977 införlivades socialhögskolorna med universitetet och högskolorna och socionomutbildningen reglerades av en central utbildningsplan.

Vid den högskolereform som genomfördes 1993 upphörde de centralt fastställda utbildningsplanerna att gälla. De ersattes av en så kallad examensordning som anger vilka examina högskolorna har rätt att utfärda. Avsikten med en sådan ordning var att statens styrning skulle vara inriktad på såväl kvalitet och kvantitet när det gäller resultatet av den utbildningsverksamhet som bedrivs vid respektive högskola. Till varje examen som anges i examensordningen anges de krav som skall vara uppfyllda av den som avlägger examen. Denna målbeskrivning skall vara vägledande för hur utbildningen läggs upp.

År 2005 har 16 universitet och högskolor utbildning som leder till socionomexamen. Enligt examensordningen uppnås socionomexamen efter fullgjorda 140 poäng.

För att få socionomexamen skall studenten:

- ha de kunskaper och den praktiska förmåga som krävs för socialt arbete på individ-, grupp och samhällsnivå,
- ha kompetens att medverka i förebyggande socialt arbete och socialt förändringsarbete på olika nivåer,
- ha förmågan att analysera och förstå sociala processer och problem samt kunna identifiera och strukturera behov av lösningar och åtgärder på olika nivåer,
- ha kännedom om sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser,
- ha förmåga att relatera olika typer av åtgärder inom verksamheten till de rättsregler och till de övergripande principer som styr lagstiftningen, bland annat inom det sociala området.

Utöver detta gäller de mål som respektive universitet och högskola bestämmer. Inom socionomutbildningen finns inriktningar mot äldre- och handikappomsorg, social omsorg, och mot social-



pedagogik. Dessutom finns idag också möjlighet att bygga på grundutbildningen med magisterexamen. Vid de flesta högskolor har socionomprogrammet lagts upp så att studenterna utöver socionomexamen också kan avlägga magisterexamen. Detta innebär att det krävs studier i huvudämnet om sammanlagt minst 80 poäng samt ett självständigt arbete omfattande minst 20 poäng. Magisterprogrammen kan ha olika inriktningar, till exempel handikappvetenskap, psykosocialt arbete, socialt utrednings- och handläggningsarbete, barn, ungdom, familj, internationell och mångkulturell inriktning, sociala problem samt inriktning mot ledarskap.

När det gäller kursavsnitt och kurslitteratur som direkt anknyter till den sociala barn och ungdomsvården visar det sig svårt att få någon egentlig överblick över omfattning och inriktning. Det finns inom ramen för grundutbildningen ett flertal olika valmöjligheter, dessutom med stora lokala variationer för studenterna, när det gäller längre och kortare avsnitt med speciell anknytning till olika områden av socialt arbete.

### 6.1.3 Utvärderingar av socionomutbildningarna

Under 2003 presenterades för första gången en nationell utvärdering som genomlyser ett akademiskt ämne från grundutbildning till forskning och forskarutbildning (Socialt arbete, en nationell genomlysning av ämnet, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och Högskoleverket, Högskoleverkets rapportserie 2003:16R) Initiativet till denna samordnade utvärderingsinsats togs av Högskoleverket och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS.

Här följer en sammanfattning av bedömargruppens intryck av den genomgång som gjordes av Socionomutbildningens omfattning och inriktning åren 2001 och 2002.

Studenttillströmningen till socionomprogrammet ökade under 1980-talet och är fortfarande hög. Arbetsmarknaden för blivande socionomer bedöms vara god. Studerandegruppen har relativt hög medelålder och kommer till stor del från ursprungsfamiljer där föräldrarna saknar högre utbildning. De allra flesta studerande på socionomprogrammet är kvinnor, ca 85 procent. Denna snedfördelning har man på en del håll försökt korrigera med viss förtur för män. Detta och antagning genom personliga intervjuer har inte medfört några större förändringar.

Inom socionomprogrammet finns det framförallt två huvudinriktningar dels den allmänna inriktningen dels inriktningen mot social omsorg. Sociala omsorgsprogrammet låg tidigare under vårdhögskolorna men har på senare tid, på vissa platser, integrerats med socionomprogrammet för att ges en bättre forskningsanknytning.

En sammanfattning av bedömargruppens värdering av den socionomutbildning som genomförs ger vid handen att utbildningsklimatet har genomgått påtagliga förändringar till det bättre i jämförelse med tidigare utvärderingar. Tidigare utvärderingar har betonat den låga kravnivån inom socionomutbildningen. Denna kritik gällde i stort alla utbildningsprogram även om tyngden i kritiken var olika stark för olika utbildningar. Bedömargruppen har vid den förnyade utvärderingen funnit att samtliga utbildningsprogram tagit den tidigare kritiken på allvar. Man har till exempel utvecklat formerna för examination, man har effektiviserat återföringen av bedömning av studenterna i de ”mjuka” utbildningsmomenten. Vid samtliga utbildningsorter har man fört diskussioner om vilken betygsskala som är den adekvata. När det gäller studenterna är dessa dock vid de flesta institutioner fortfarande övervägande kritiska när det gäller kravnivån, som de menar är för låg.

En av anledningarna till att socialhögskolorna inlemmades i universitetssystemet var tanken om att högre utbildning i Sverige skall vila på vetenskaplig grund och vara forskningsanknuten. Detta innebär att undervisningen skall vila på vetenskaplig grund vilket skall styra valet av litteratur och det sätt på vilket undervisningen bedrivs. Bedömargruppen fann att forskningsanknytningen varierade väsentligt mellan högskolorna. I vissa fall föreligger en balans mellan forskning vid den egna institutionen och grundutbildningen. I andra fall dominerar grundutbildningen starkt med en tämligen svag forskningsanknytning. Bedömargruppen menar att forskningsanknytningen vid de forskningssvaga institutionerna behöver förstärkas avsevärt.

#### **6.1.4 Förslag på ny socionomutbildning**

I maj 2002 fick Högskoleverket i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen göra en översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen. (Social omsorgsutbildning och socio-

nomutbildning en översyn, Högskoleverket 2003) Uppdraget innebar att:

- analysera om nuvarande målbeskrivningar i examensordning för socionomexamen och social omsorgsexamen behöver ändras med hänsyn till ändrade kompetenskrav,
- analysera om de båda examina skall finnas kvar i nuvarande form eller om de skall sammanföras till en gemensam examen,
- genomföra en översyn av utbildningarnas längd,
- föreslå hur målformuleringarna i examensordningen bör utformas så att kompetenskraven tillgodoses.

De båda utbildningarna har enligt utredarna med tiden kommit att bli alltmer lika och i viss mån överlappande. Sociala omsorgsutbildningen har blivit alltmer lik socionomutbildningen och social omsorg har kommit att utgöra en inriktning bland socionomutbildningarna. För de utbildade från båda utbildningarna utgör socialtjänstområdet det huvudsakliga arbetsfältet. Socialtjänsten utgör ett komplext arbetsområde som ställer ett flertal mycket stora och varierande krav på de professionella vilket medför att utbildningarna inte får vara för specialinriktade.

I den översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen där förutsättningar för en sammanslagning diskuteras, sammanfattas de kompetenser som är de mest efterfrågade inom det arbetsfält som såväl den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen representerar

- dokumentation, uppföljning och utvärdering,
- förmåga att kunna följa kunskapsutvecklingen,
- samtalsmetodik,
- förmåga att samverka med andra yrkesgrupper,
- förmåga att samordna insatser från olika myndigheter,
- grundläggande kunskaper om ledarskap,
- förmåga att skapa goda relationer till anhöriga,
- förmåga att se omsorgsmottagares/klienters sociala behov,
- förmåga att hantera maktrelationen till omsorgstagare/klienter,
- kunskaper om funktionshinder,
- kunskaper om barn och ungdomar,
- kunskaper om äldre,
- kunskap om kulturella skillnader, kön ålder och hur dessa inverkar vid olika situationer.

Kompetens inom samtliga dessa områden kan enligt utredaren inte tillgodoses inom ramen för en grundutbildning. Strävan efter breda generalistkunskaper är påtaglig. Mer specialiserade kunskaper kräver fördjupning via påbyggnadsutbildningar.

Efter översynen föreslås att en ny socionomexamen precis som tidigare uppnås efter fullgjorda kursfordringar om 140 poäng, men att målformuleringarna får följande utseende i en ny examensordning.

För att få socionomexamen skall studenten

- ha de kunskaper och färdigheter samt den etiska medvetenhet som krävs för socialt arbete på individ-, grupp-, och samhällsnivå,
- kunna förstå och beakta samspelet mellan individers och grupper sociala situation, levnadsvillkor, fysiska och psykiska hälsa i relation till bakomliggande faktorer och andra förhållanden i samhället,
- kunna förstå och analysera sociala processer och problem, kunna identifiera och strukturera hur insatser på individ-, grupp-, och samhällsnivå kan stödja och aktivera förändringar hos, eller underlätta livsvillkoren för, enskilda och grupper samt kunna följa upp och utvärdera dessa insatser,
- kunna förstå och beakta sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser samt barns uppväxtvillkor,
- kunna utveckla och medverka i förebyggande socialt arbete och socialt förändringsarbete på olika nivåer i samhället samt att följa upp och utvärdera de insatser som genomförs,
- kunna relatera olika typer av insatser inom verksamheten till de rättsregler och övergripande principer som styr lagstiftningen,
- ha förvärvat sådana kunskaper som förbereder för att leda lagarbete och ger förmåga att samverka med andra yrkesgrupper,
- därutöver kunna inta ett professionellt förhållningssätt som bygger på självkänedom och personlig mognad.

Härutöver skall enligt översynen gälla de mål som respektive högskola bestämmer.

En jämförelse med målformuleringarna i gällande examensordningen ger vid handen att det nya förslaget till skillnad från tidigare bland annat inkluderar kunskaper kring barns uppväxtvillkor, förmågan att leda lagarbete och samverka med andra yrkesgrupper.

Det nya förslaget behandlar även betydelsen av etisk medvetenhet, självkännedom och mognad för den som ska erhålla socionomexamen.

Högskoleverkets förslag bereds för närvarande i Utbildnings- och kulturdepartementet.

## 6.2 Krav på kompetens och kvalitet

### Lyssnar och förstår

"Kan vara bra att prata med"

"Det som är bra är att de lyssnar på en om man har något att berätta"

"Kommer med olika förslag på hjälp"

"De lyssnar förhoppningsvis på vad man har att säga"

"Att bra resultat ibland sker snabbt efter mötet"

"Pratar så man förstår"

"Det är bra möten när man är överens med soc."

"Man kan säga vad man verkligen tycker"

"När man får som man vill"

"Man får många bra råd"

"Man får kanske reda på något framsteg de tycker att man gjort"

"Att man får reda på vad som händer och sker"

"Man får fika när man kommer"

Ur "Plusmöten med Socialtjänsten", Rädda Barnens höringar

### 6.2.1 Bakgrund i lag och förarbeten

Av 3 kap 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet och att det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten i verksamheten fortlöpande skall utvecklas och säkras. Några närmare preciseringar om lämplig utbildning för socialtjänstens personal görs inte i socialtjänstlagen eller i annan reglering. Dock finns i socialtjänstförordningen i 2 kap 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (2003:20 (S)) bestämmelser med krav på den som förestår verksamhet vid ett hem för vård eller boende.

I förarbeten till bestämmelsen i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) framhålls att frågan om kompetens och kunskapsutveckling är av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av hög kvalitet och att det inom socialtjänstens vitt skilda arbetsområden behövs personal med skiftande utbildning och erfarenhet. Särskilt framhålls att det bör finnas personal som speglar befolkningens språkliga, kulturella och etniska mångfald. Kompetensbegreppet såväl som kvalitetsbegreppet är mångtydigt och kan ha olika betydelse i olika sammanhang. Kompetensbegreppet avser inte endast formell behörighet utan har också att göra med mer erfarenhetsbetonade kunskaper och färdigheter.

Det är enligt förarbetena regeringens mening att kompetensutveckling måste ske ute i verksamheten och vara en integrerad del i en ständigt pågående underhålls- och förnyelseprocess där dock samhällets utbildningssystem lägger grunden.

När det gäller kvalitetskriterierna framgår det att kravet på god kvalitet skall gälla såväl offentlig som privat verksamhet. Kvalitet är dock ett svårfångat begrepp som inte låter sig definieras entydigt och objektivt. Trots detta bedöms vissa faktorer ha avgörande betydelse för god kvalitet. Med god kvalitet avses till exempel att socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och bestämmelser som lagen anger på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och målet med insatsen och verksamheten uppnås. En förutsättning för detta är personal med lämplig utbildning. I detta sammanhang poängteras även sådant som den enskildes rättssäkerhet, lättillgänglighet, fungerande arbetsledning och genomtänkt arbetssätt. Kvalitet inom socialtjänsten kan inte enbart bedömas ur klientens/brukarens synvinkel utan bör också bedömas ur ett personal, lednings- och medborgarperspektiv.

En kvalitetsaspekt som särskilt framhålls, nära förbunden med kompetensutvecklingsperspektivet handlar om behovet av systematisk dokumentation, uppföljning och utvärdering. Det är av stort värde att sådant arbete utförs på alla nivåer i organisationen, såväl av arbetsprocesser som av de resultat man uppnår. Slutligen betonas Socialstyrelsens roll när det gäller att ge stöd till lokalt utvecklingsarbete, utveckla modeller för utvärdering och klargöra begrepp.

### **Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitet inom socialtjänstens individ och familjeomsorg**

I socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg (SOSFS 2000:15 (S)) ges rekommendationer för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten inom socialtjänstens individ och familjeomsorg. Ett kvalitetssystem bör minst omfatta följande.

- Arbetsprocesser
- Kompetens
- Förhållningssätt och metoder
- Internt och externt samarbete
- Köp av tjänster

När det gäller personalens kompetens bör ledningen säkerställa

- att all personal har adekvat kompetens och personlig lämplighet för uppgifterna,
- att nyanställd personal ges nödvändig introduktion och stöd,
- att planer finns för fortlöpande kompetensutveckling av personalen,
- att all personal kan arbeta efter de krav och riktlinjer som följer av det lokala kvalitetssystemet.

Vad gäller förhållningssätt och metoder bör ledningen för verksamheten verka för

- att personalen har ett förhållningssätt som kännetecknas av respekt, delaktighet, tillit, engagemang och empati i bemötandet av den enskilde,

- att det är lätt för enskilda och andra intressenter att komma i kontakt med personal,
- att det finns rutiner för hur metoder inom socialt arbete introduceras, utvärderas, utvecklas eller avvecklas.

Inom Socialstyrelsen pågår ett arbete med att ta fram nya allmänna råd om kvalitetssystem för hela socialtjänsten.

”Att man får den hjälpen man vill ha”

”Skjutsar när det behövs”

”Man får pengar IBLAND när man behöver”

”När man kommer fram till nya bra lösningar”

Ur ”Plusmöten med Socialtjänsten”, Rädda Barnens höringar

### 6.2.2 Kommunernas vägar för att säkra kvalitet och kompetens

I landets kommuner finns en rad olika strategier och program för att underlätta för de nyanställda att växa in i arbetet. Av den sammanställning som Socialstyrelsen uppdrog till SCB att genomföra (2003) framgår att introduktion och mentorskap är relativt vanligt förekommande. Knappt 30 procent av kommunerna visade sig ha en skriftlig policy för introduktion av socialsekreterare. Drygt hälften uppger att den nyanställda får en mentor. Vägledning är en annan metod. Av de tillfrågade kommunerna uppgav 98 procent att den nyutbildade socialsekreteraren tjänstgör under en mer erfaren kollega under en tidsperiod av i genomsnitt 14 veckor.Handledning av särskilt anlitad handledare erbjuds i princip till samtliga socialsekreterare. Samma kartläggning gav också vid handen att en majoritet av de tillfrågade kommunerna, 70 procent, tillämpade någon form av begränsning av arbetsuppgifter för nyanställda. Detta var särskilt vanligt i storstadskommunerna och förekom i 90 procent av dessa. Tre fjärdedelar av kommunerna uppger att de



har särskilda restriktioner när det gäller nyanställdas handläggning av barnvårdsärenden.

Numera finns det även fler möjligheter att säkra kompetensförsörjningen inom socialtjänsten än via universitetens grundutbildningar. Vissa kommuner har valt att köpa uppdragsutbildningar, medan andra anordnar kvalificerade yrkesutbildningar, KY. Uppdragsutbildningar som anordnas av universitet och högskolor ger högskolepoäng, vilket KY-utbildningarna, inte gör. KY-utbildningarna skall inte ersätta eller konkurrera med högskoleutbildningarna men förväntas höja den generella kompetensen inom social omsorg. Några exempel på de utbildningar som anordnas är behandlingsarbete inom ungdoms- och kriminalvård, habilitering och rehabilitering av funktionshinder, praktiskt psykiatriskt arbete med etnokulturell inriktning samt vård och omsorg.

### **Uppgifter från intervjuundersökning med företrädare för 115 kommuner och kommundelar**

Från svaren på frågorna om någon fördjupning erbjuds dem som arbetar med barn- och ungdomsvård respektive vilken typ av fortbildning de svarande anser att de som handlägger ärenden inom den sociala barn- och ungdomsvården skulle behöva, växer en tämligen entydig bild fram. Det råder i det närmaste total överensstämmelse mellan den kompetens efter grundutbildning som efterfrågas och den typ av fördjupning som faktiskt erbjuds på många håll. Mellan en tredjedel och hälften av de tillfrågade kommunerna erbjuder olika former av fortbildning. Det kan handla dels om kurser som sträcker sig över en eller flera terminer någon eller några dagar i månaden, dels kortare kurser som omfattar mellan en och fem dagar. Det föreligger vissa skillnader mellan mindre (under 15 000 invånare) och större kommuner på så vis att man i de större kommunerna uppger att man i större utsträckning bedriver regelbunden fördjupning än vad som är fallet i de mindre kommunerna.

Den typ av kompetens som efterfrågas och som man på olika sätt försöker utveckla i olika former av fort- och vidareutbildning handlar till stor del om fördjupade kunskaper om barn, barns utveckling, att samtala med barn och att tillämpa ett barnperspektiv. Många påtalar dessutom behovet av förstärkt kompetens när det gäller utredningsmetodik och nämner utredningssystemet som

exempel BBIC, Barns Behov i Centrum, som tagits fram av Socialstyrelsen.

Önskemål om utbildning i olika behandlingsmetoder förekommer ofta i enkätsvaren och på flera håll erbjuds det kortare och längre utbildningar vad avser exempelvis kognitiv psykoterapi, nätverksarbete, ART (program för att hantera aggressivitet) lösningsfokuserat arbetssätt, FFT (funktionell familjeterapi), föräldrautbildning, familjerådslag, familjeterapi, konsultativt arbetssätt, grundläggande psykoterapiutbildning.

Kunskaper kring speciella områden som kvinnomisshandel, missbruk och drogkunskap, neuropsykiatriska diagnoser, funktionshinder, hedersrelaterad problematik efterfrågas också på flera håll, liksom behovet av fördjupning när det gäller den juridik som reglerar den sociala barn och ungdomsvården.

I något enstaka fall påtalar man behovet av specialistutbildning för den sociala barn- och ungdomsvården samt behovet av att lära sig ta tillvara aktuell forskning.

### 6.2.3 Socialstyrelsens förslag till kompetensbeskrivning

Socialstyrelsens projekt Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten omfattar sammanlagt 11 delprojekt som berör olika områden av utbildning, forskning, praktik och hur dessa samspelar med varandra. Ett av dess avser ”Kompetensbeskrivningar för socialtjänstpersonal” (Socialt arbete med barn och unga i utsatta situationer, förslag till kompetensbeskrivningar, Socialstyrelsen 2004) Inom ramen för detta projekt har Socialstyrelsen tagit fram ett underlag för diskussioner kring vilka kompetenskrav som bör kunna ställas på den personal som är sysselsatt inom socialtjänstens arbete med barn och unga i utsatta situationer och deras familjer. Fokus i detta underlag ligger på de delar av socialtjänstens ansvar som handlar om myndighetsutövning. Dessa områden beskrivs ofta som anmälan/ansökan, utredning, insats och uppföljning. I förordet till den rapport som Socialstyrelsen publicerade 2004 Socialt arbete med barn och unga i utsatta situationer menar författaren att socialtjänstens arbete med utsatta barn är i högsta grad lagstyrt men att detta arbete även har vetenskap och beprövad erfarenhet som grund. Det diskussionsunderlag som utarbetats bygger därför i huvudsak på normativ grund men även på kunskaper från forskning, utvärdering, tillsyn och systematisk utvecklingsarbete.

Diskussionsunderlaget utgör ett försök att tolka vad som avses med lämplig utbildning och erfarenhet enligt socialtjänstlagen och att det bör kunna utgöra ett underlag för överväganden om vad som är rimligt att uppnå i en grundutbildning och vilken kunskap som behövs på fort- och vidareutbildningsnivå.

De stora förändringar som har skett inom socialtjänsten på senare år och de förändringar av socialtjänstlagen som har genomförts har, enligt Socialstyrelsen, medfört att kraven på personalens kompetens måste tydliggöras. Några närmre preciseringar om lämplig utbildning för socialtjänstens personal görs varken i socialtjänstlagen eller i dess förarbeten eller i Socialstyrelsens allmänna råd. Av socialtjänstlagen framgår endast att det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Inom ramen för Socialstyrelsens arbete med att ta fram kompetensbeskrivningar för personal inom socialtjänsten har projektansvariga utöver litteraturstudier, seminarier och studiebesök varit i kontakt med representanter från socialtjänst, tillsynsmyndigheter och samarbetspartners som skola, förskola, hälso- och sjukvård, polis, fack, barnrätts- och intresseorganisationer samt med forskare och klienter. Som ett resultat av dessa kontakter är det en samstämmig bild som tonar fram när det gäller vilken kompetens som efterfrågas hos socialtjänstens personal. En socialarbetare behöver kunskaper

- om barns och ungdomars normalutveckling och uppväxtvillkor, hur barn tänker, talar och agerar i olika åldrar och i olika situationer,
- om gender, etnicitet och samhällsförändringar,
- om att samtala och samarbeta med barn och deras familjer, med nätverket, med samarbetspartner och andra aktörer,
- om risk och skyddsfaktorer och hur dessa samspelar, om riskbedömningsinstrument skall användas och hur de skall tolkas,
- om utredning och bedömning. Socialarbetaren behöver kunskaper om hur denne allsidigt belyser och bedömer barns behov och föräldrarnas förmåga att tillgodose dessa behov samt kunskaper om aktuell lagstiftning och dokumentation,
- om insatser och deras resultat, om alternativa insatser, om att sätta realistiska mål, om att planera och samordna, eventuellt upphandla samt följa upp insatser,

- om hur kunskapsläget på området ska kunna följas, hur data kan dokumenteras och systematiseras, om forskning inom området samt hur resultaten från denna skall tolkas.

En granskande hållning till det egna arbetet och förmågan att göra en värderande analys av andras påståenden och förslag är ytterligare exempel på vad som bör ingå i erforderlig kompetens. Dessutom betonas betydelsen av personlig lämplighet och ett tillämpat etiskt förhållningssätt. En förutsättning för detta är att den personliga utveckling och mognad som påbörjas i och med utbildningen fortgår via växande erfarenhet och kunskapsfördjupning.

Det framgår av rapportens sammanfattning att det bland majoriteten av landets socialchefer och lärare i social barnavård råder en samstämmig uppfattning att socionomexamen idag inte ger ett tillräckligt kunnande för att arbeta med social barnavård.

Förslaget till kompetensbeskrivningar har remissbehandlats under 2004. Intresset för att svara på remissen var stort och samtliga instanser ställde sig i princip bakom de kompetensbeskrivningar som finns redovisade. Remissinstanserna välkomnar att allmänna råd utarbetas i enlighet med förslagen. Flera remissinstanser framhåller att en närmare koppling mellan universiteten och praktiken har efterfrågats under en längre tid och att beskrivningarna kan underlätta sådana samtal, liksom högskolornas planering av utbildningar. Behovet av specialiserad vidareutbildning för socialtjänsten lyfts fram av flera liksom behovet av att se över grundutbildningen.

Socialstyrelsen kommer, under 2005, som en del i sitt normerande arbetet att ta fram allmänna råd kring vilken kompetens som bör krävas för olika arbetsuppgifterna inom den sociala barn och ungdomsvården

#### 6.2.4 Legitimation

Frågan om legitimation av socionomer har diskuterats sedan slutet av 1960-talet och har behandlats vid flera tillfällen. Ämnet diskuteras av 1981 och 1994 års behörighetskommittéer i betänkandena Kompetens inom hälso- och sjukvården (SOU 1983:33) respektive Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. (SOU 1996:138) samt togs senast upp av socialutskottet i betänkandet 2003/04:SoU5.

De argument som förts fram för legitimation har handlar om att garantera de som möter socionomer kvaliteten i det psykosociala arbetet. Dessutom har anförts att det vore ett sätt att motverka skillnader i krav på vårdkvalitet och säkerhet som man menar finns mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Invändningarna mot att införa legitimation för socionomer inom socialtjänsten har varit att de inte har ett självständigt ansvar i vårdfrågor på samma sätt som legitimerad personal i hälso- och sjukvården. Inom socialtjänsten är den enskilde tjänstemannen på ett annat sätt beroende av vad som beslutas av socialnämndens politiskt tillsatta ledamöter. En del av de beslut som fattas av tjänstemän inom socialtjänsten kan dessutom överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Lagstiftningen ger även möjlighet att ställa en tjänsteman till ansvar för viss form av misskötsamhet. Således kan den som vid myndighetsutövning på ett inte ringa sätt, uppsåtligt eller av oaktsamhet åsidosatt vad som gäller för uppgiften dömas för tjänstefel.

#### 6.2.5 Försök med kompetenstrappa

Ett ytterligare sätt att garantera kvaliteten i bemötande, utredning och behandling för dem som kommer i kontakt med socialtjänsten är att reglera personalens kompetensutveckling. Här redovisas erfarenheter från två projekt. Uppgifterna är hämtade från Kompetensutveckling inom socialtjänstens individ och familjeomsorg – exempel och erfarenheter Ingrid Byberg & Anna-Lena Lindqvist 2003 Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.

År 2002 gjordes en överenskommelse mellan Socialstyrelsen och Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet att institutionen skulle göra en beskrivning av kompetensutvecklingsmodeller som etablerats i Göteborg och Norrköping samt redovisa erfarenheterna av försök med dessa modeller.

Motiven till införandet av kompetenstrappan i Norrköping handlade om att minska den höga personalomsättningen bland Norrköpings socialsekreterare samt att uppnå en förändring av den tidigare tröga löneutvecklingen för denna grupp. Det fanns även förhoppningar om att det skulle kunna bidra till en bättre ansvarsfördelning mellan socialsekreterare med skilda erfarenheter och kompetenser. Det fanns önskemål om att förbättra arbetsför-

hållandena framför allt för nyutexaminerade socialsekreterare som tidigare ofta lämnats ensamma med komplicerade barnavårdsutredningar. Genom att lägga ett större ansvar på socialsekreterare med högre kompetens förväntades en lugnare inskolning i arbetet för de unga och oerfarna socialsekreterarna. Kvalitetsaspekter och behovet av kontinuerlig kompetensutveckling och en jämnare kompetensfördelning inom kommunens olika distrikt framhölls också av flera som avgörande motiv till att införa kompetenstrappan.

**Tabell 6.1 Kompetenstrappa för socialsekreterare inom individ – och familjeomsorgen i Norrköping**

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4	Nivå 5
"Ny" socionom	Socialsekreterare	Socialsekreterare	Socialsekreterare	Mästare
Mindre än två år i yrket	2-5 år i yrket	5-8 år i yrket	Mer än 8 år i yrket	Socialsekreterare
Baslön	Baslön	+ 5 poäng	+ 15 poäng	Mer än 8 år i yrket
	+1000-2000 kr	Individuell lön	Individuell lön	Mer än 20 poäng
				Individuell lön
Handledning från nivå tre eller högre	Handledning från nivå tre eller högre	Handleder nivå ett och två	Handledning	Långvarigt självständigt arbete med utredning, behandling, handledning, utredning och verksamhetsutveckling, samt socialpol samhällsarbete, utvärdering, metodutveckling, forskning
Arbete med råd och stöd	Behandlings och utredningsarbete	Självständig handläggning av utredningar	Arbete med komplicerad ärendehantering och behandlingsarbete. Metod och verksamhetsutveckling. God orientering inom socialtjänstens område	
Enklare utredningsarbete	tillsammans med högre nivå	Eget behandlingsarbete		
Behandlingsarbete tillsammans med högre nivå		God kunskap om socialtjänstens verksamheter		

Under det första anställningsåret får samtliga anställda en halv dags utbildning i veckan. Dessutom innebär kompetenstrappan en utfästelse till alla socialsekreterare om en vidareutbildning omfattande minst 20 poäng på högskolenivå, bekostad av arbetsgivaren.

Enligt rapporten är erfarenheterna av kompetenstrappan i Norrköping blandade. Några av de tillfrågade i den studie som genomfördes anser att personalomsättningen minskade, i alla fall under de första två åren. Därefter har organisationsförändringar gjort det svårt att göra noggranna mätningar. Det har även blivit lättare att förmå mer erfarna socialarbetare att ta ett större ansvar än tidigare för komplicerade ärenden. För det stora flertalet oerfarna socialsekreterare är situationen vid uppföljningen (2003) betydligt bättre än innan kompetenstrappan infördes.

När det gäller kopplingen till löneutvecklingen anser flera arbetsledare att detta är en motivationshöjande faktor när det gäller intresset för att delta i fort- och vidareutbildning. Dock har lönespridningen uteblivit. Det har varit svårt att konsekvent hålla sig till den stipulerade lönestegringen i kompetenstrappan. I praktiken har med nödvändighet ingångslönerna höjts till nivåerna i de högre stegen för att göra det möjligt att över huvud taget besätta socialsekreterartjänsterna. Då arbetsuppgifter motsvarande steg tre utförts av en nyanställd har det varit svårt att motivera varför denne skulle ha lägre lön än andra med motsvarande arbetsuppgifter. För att få behålla sin personal har arbetsgivaren sett sig tvingad att "uppgradera" den anställde i kompetenstrappan för att uppnå paritet med lönenivån.

När det gäller att nivågruppera de anställda och placera dem i rätt trappsteg uppger 90 – 95 procent av de anställda att de känner sig nöjda med sin inplacering i modellen. De största svårigheterna tycks finnas på de enheter och distrikt där större delen av personalen är tämligen oerfaren och tvingas utföra arbetsuppgifter som överstiger deras kompetensnivå, enligt trappan. En svårighet tycks också handla om att förutom anställningstid, poäng och erfarenhet av kvalificerade arbetsuppgifter bedöma vilken vikt som skall läggas vid sådant som "personlig lämplighet" "ansvarsfull" "noggrann" när det gäller inplacering på rätt steg och motsvarande individuell lönenivå.

Sammanfattningsvis framgår av den utvärdering som gjorts av försöken med kompetenstrappa i såväl Norrköping som Göteborg

- att modellerna tydliggör roller och arbetsuppgifter i organisationen,
- att förhållande mellan teoretisk utbildning och praktisk erfarenhet inte är given,
- att modellerna har potential att bidra till systematisk och kompetent utbildningsplanering,
- att kompetensutveckling ses som ett naturligt och positivt inslag i yrkesutövningen,
- att det bör få effekter på nationell nivå om fler kommuner inför kompetenstrappor, på så sätt att det utvecklas en nationell standard för vad som ska uppfattas som mästarnivå när det gäller socionomyrket.

## Kommuners synpunkter på kompetenstrappa

I den intervjuundersökning som kommittén låtit gör med företrädare för 115 kommuner och kommundelar ställdes frågan: Hur ställer ni er till att införa någon form av kompetenstrappa (möjligheter till stegvis fördjupning inom olika områden) för de handläggare som arbetar med särskilt krävande uppgifter?

De allra flesta svarande var mycket positiva till denna idé och på flera håll diskuterades också möjligheterna att införa någon form av kompetenstrappa, där stegvis ämnesfördjupning erbjuds, beroende på inom vilket område någon medarbetare vill utveckla sin kompetens. Ett tjugotal kommuner hade genomfört olika varianter på kompetenstrappa.

### 6.2.6 Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten

År 2001 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra ett utvecklingsprogram, Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Ett huvudmotiv för detta uppdrag var att framtidens socialtjänst i högre grad behöver fokusera på genomförda insatsers resultat för klienter och brukare. I april 2004 redovisades detta uppdrag i rapporten För en kunskapsbaserad socialtjänst (Socialstyrelsen, För en kunskapsbaserad socialtjänst Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003, 2004). Inledningsvis kommenteras i rapporten att frågan om kunskaps- och professionsutveckling inom socialtjänsten till stor del handlar om hur kunskapssökandet organiseras i en verksamhet som är speciell på det viset att den dels är rättsligt reglerad, dels politiskt styrd.

Rapporten sammanfattar ett antal prioriterade utvecklingsområden när det gäller kunskapsutvecklingen i en framtida socialtjänst och dessa är följande.

#### *Stöd till lokal utveckling*

Framtida satsningar kommer enligt Socialstyrelsen att bli nödvändiga för att upprätthålla de utvecklingsprocesser som för närvarande pågår när det gäller att mer långsiktigt garantera kunskapsproduktion och kvalitetsutveckling inom socialtjänstens område. Sådana satsningar avser såväl de modellförsök som regeringsupp-



draget har initierat som de regionala och lokala FoU-miljöer som även tidigare erhållit stöd från Socialstyrelsen.

#### *Nationell forskarskola*

I framtiden kommer kunskapsproduktionen att vara beroende av att kompetens och intresse finns för att bedriva kvalificerad utvärderingsforskning kring olika insatsers effekter och värde för klienter och brukare. Socialstyrelsen avser att ta fram ett förslag till en nationell forskarskola med inriktning mot utvärderingsforskning och interventionsstudier

#### *Nytt institut för utveckling av metoder i socialt arbete*

Socialstyrelsen har bildat ett nytt institut för utveckling av metoder i socialt arbete med start 2004. Institutet skall arbeta med fyra huvuduppdrag:

- nationellt samordnade utvärderingar och interventionsstudier,
- systematiska kunskapsöversikter,
- stöd till utveckling och användning av instrument för behovsbedömning,
- kommunikation och spridning av relevant kunskap.

#### *IT-baserade modeller för informationsförsörjning*

För att åstadkomma en struktur för informationsförsörjning med syfte att utveckla och upprätthålla relevant kunskap för hela socialtjänstområdet har Socialstyrelsen utvecklat IT-baserade modeller och verktyg som för närvarande (2005) håller på att utprovas.

#### *Enhetlig terminologi*

Socialstyrelsen avser att fortsätta arbetet med att utveckla en mer enhetlig terminologi för socialtjänstområdet.

#### *Ny socionomexamen*

Socialstyrelsen ställer sig bakom förslaget att slå ihop socionom- och social omsorgsexamen till en ny socionomexamen. Det förslaget behandlas i avsnitt 6.1.4.

#### *Magisterutbildning för ledare*

De utbildningsinitiativ som ett antal universitet och högskolor har tagit när det gäller att ta fram och erbjuda magisterutbildningskurser för ledare inom socialtjänsten menar man är lovvärda.

Socialstyrelsen avser att följa och stödja dessa initiativ. Stöd till långsiktig forskning om ledarskapsfrågor inom socialtjänsten menar man behöver utvecklas.

#### *Etiksekretariat*

Från och med 2004 är ett särskilt etiksekretariat inrättat under en försöksperiod av två år då man menar att etiska frågor i socialt arbete är av särskild betydelse i arbetet för en mer kunskapsbaserad socialtjänst.

#### *Brukarinflytande och brukarperspektiv*

Brukarinflytande och brukarperspektiv kommer särskilt att uppmärksammas i det fortsatta utvecklingen mot en mer kunskapsbaserad socialtjänst.

#### *Kompetensbeskrivningar*

Socialstyrelsen avser att i sin ordinarie verksamhet fortsätta arbetet med kompetensbeskrivningar med avsikt att kunna producera allmänna råd och handböcker som beskriver nödvändig och fördjupad kompetens för socialtjänstens olika kompetensområden. Socialstyrelsens fortsatta arbete beskrivs i avsnitt 6.2.3.

## **6.3      Forskning inom socialt arbete**

### **6.3.1     Forskningens framväxt**

År 1979, när Harald Swedner som den förste professorn i socialt arbete tillsattes vid Göteborgs Universitet, var ämnet socialt arbete ett alldeles nytt forskningsämne. Inom kort tillsattes professurer i socialt arbete vid flera universitet. I Stockholm tillsattes den första professuren också 1979, i Umeå 1981. I Lund tillsattes den första professorn 1984. På alla fyra universiteten initierades forskarutbildning tämligen omedelbart efter det att professurerna tillsatts. Sune Sunesson (2003) konstaterar i *Socialt Arbete – en genomlysning av ämnet* (Högskoleverket och Forskningsrådet för arbetsliv och Socialvetenskap) att ämnet socialt arbete omkring 20 år senare har utvecklats till ett förhållandevis stort vetenskapligt forskningsämne vid dessa universitet. Ämnet har en andel av doktorsexamina, docentkompetenta lärare, befodringsprofessorer och externa forskningsanslag som väl mäter sig med äldre discipli-

ner som statistik, statsvetenskap, kulturgeografi. Enligt högskoleverket fanns 2003, 17 professorer i socialt arbete, 8 befodringsprofessorer och ett tjugotal docenter. Omkring 140 personer har sedan 1979 genomgått forskarutbildning.

### 6.3.2 Forskare i förhållande till yrkesverksamma

Inom ramen för kommitténs utredningsuppdrag vad avser den sociala barn och ungdomsvården har vi tagit fram aktuella siffror (2003) när det gäller antal professorer, doktorsexamina samt aktiva doktorander i förhållande till antal yrkesverksamma.

Sammanställningen kan ses i jämförelse med motsvarande sammanställning som gjordes för 1997 i Socialstyrelsens rapport Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (2000).

**Tabell 6.2 Antal professorer, doktorsexamina samt aktiva doktorander 1998/1999 i förhållande till antal yrkesverksamma 1997 (Socialstyrelsens sammanställning)**

	Medicin	Psykologi	Socialt arbete
Professorer, andel per 1000 yrkesverksamma	7,8	6,2	0,4
Doktorsexamina, andel per 1000 yrkesverksamma	19,6	5,6	0,4
Aktiva doktorander, andel per 1000 yrkesverksamma	126,9	52,4	5,3
Antal yrkesverksamma	35 000	5 000	28 000

**Tabell 6.3 Antal professorer, doktorsexamina samt aktiva doktorander 2002/2003 förhållande till antal yrkesverksamma 2003 (kommitténs sammanställning)**

	Medicin	Psykologi	Socialt arbete
Professorer, andel per 1000 yrkesverksamma	23,9	6,1	1,0
Doktorsexamina, andel per 1000 yrkesverksamma	18,2	5,5	0,5
Aktiva doktorander, andel per 1000 yrkesverksamma	108,6	32,3	5,8
Antal yrkesverksamma	40 000	9 000	26 000

*Källa:* SCB, socialstyrelsen, högskoleverket

Av tabellerna framgår att i jämförelse med forskningen inom andra välfärdsområden (psykologi och medicin) är socialt arbete som vetenskaplig disciplin i kvantitativa mått förhållandevis litet även om en viss förskjutning skett de allra senaste åren.

Dessa siffror bör tolkas med viss försiktighet. Det går inte utan vidare att enbart i kvantitativa mått jämföra det ena forskningsområdet med det andra då villkor, syften och metoder samt vetenskapliga underlag varierar högst väsentligt. Tabellerna redovisas för att åskådliggöra att tillgången på personer som kan ge kvalificerat vetenskapligt stöd till det sociala arbetets praktik fortfarande är relativt begränsad.

När det gäller kvaliteten på den forskning som numera bedrivs vid de fem universitet i Sverige; Lund, Göteborg, Stockholm, Umeå och Örebro samt vid två högskolor, Mitthögskolan och Ersta/Sköndal högskola gjorde Högskoleverket och FAS år 2003 en utvärdering. Av denna utvärdering framgår att forskningen inom området håller hög kvalitet och hävdar sig väl även i internationella jämförelser. Bedömaregruppen var imponerad över den produktivitet som forskarna i socialt arbete uppvisade trots att de är involverade i en omfattande grundutbildning och trots att de meriterade forskarnas arbetstid är splittrad på en rad andra uppgifter.

### **6.3.3 Finansiering av forskning vid universitet och högskolor**

#### **Universitet och högskolor**

Vid den genomgång av forskning inom området social barn- och ungdomsvård vid sju universitet och högskolor som gjorts för kommitténs räkning ställdes sex frågor till representanter för forskningsenheterna vid Göteborgs, Lunds, Stockholms, Umeå och Örebro universitet samt Mittuniversitetet och Ersta Sköndal högskola.

Sammanlagt omsatte under 2004 de tillfrågade högskolorna 97 miljoner kronor på forskning inom socialt arbete. Denna siffra omfattar all forskning det vill säga såväl den seniora forskningen som studiestöd till doktorander. Av beloppet 97 miljoner täcks 41,55 miljoner av fakultetsanslag och 56,1 miljoner av externa medel. De största anslagsgivarna av externa medel angavs av de flesta vara Forskningsrådet för arbetsliv och samhälle, FAS och Vetenskapsrådet. Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse och

Allmänna Barnhuset angavs samtliga av mer än två svarade som stora anslagsgivare.

På frågan, om hur stor del av forskningsverksamhetens omsättning år 2004 som avsåg forskning inom området social barn- och ungdomsvård, var det svårt att få svar. Det visade sig vara svårt för våra källor att exakt skilja ut den del forskning som huvudsakligen fokuserade på barn och ungdomar. Eftersom dessa siffror bygger på skattningar bör de tolkas med försiktighet. Dessutom saknas uppgifter från Göteborgs universitet. Summerar vi de skattningar som gjordes skulle det röra sig om drygt 11 miljoner kr som anslagits för forskning med fokus på barn och ungdomar. Denna summa utgör i procent vid de fem institutioner som lämnade någon information 5 procent (Lund), 20 procent (Sthlm), 15 procent (Umeå), 25 procent (Sköndal) och 35 procent (Örebro) av den totala omsättningen inom forskningsområdet socialt arbete.

Dessa siffror kan jämföras med de uppgifter som redovisades i den utvärdering av socialt arbete Högskoleverket gjorde 2003 (Socialt arbete, En genomlysning av ämnet, Högskoleverket 2003). I appendix 2 (s 403) görs en översikt av inlämnade vetenskapliga arbeten som producerats efter doktorsexamen vid samtliga lärosäten med inriktning mot sociala arbetsmetoder. Denna sammanställning omfattar 208 vetenskapliga arbeten. Av dessa finns 17 arbeten upptagna under rubriken social barnavård vilket motsvarar ca 8 procent.

Av de exempel på forskningsprojekt som svarandena anger och som anknyter till den sociala barn- och ungdomsvården kan noteras att endast i något fall omnämns forskning som avser att utvärdera resultaten av metoder och insatser.

#### **6.3.4 Forskning, finansiering och samverkan även utanför högskolor**

##### **Lokala/regionala FoU-miljöer2004**

Det finns i landet 22 lokala och regionala FoU-miljöer som berör den sociala barn- och ungdomsvården. Dessa är organiserade på olika vis. Det vanligaste är att ett antal kommuner gemensamt driver en FoU-enhet. I vissa fall har FoU-enheten anknytning till närmaste universitet eller högskola.

Kommittén har via kontakter med samtliga FoU-enheter i landet försökt få en uppfattning om omfattningen av och inriktningen på den forskning och utveckling som bedrivs vid dessa lokala FoU-enheter i relation till vad som produceras inom området social barn- och ungdomsvård.

Det bör i detta sammanhang poängteras att FoU-enheterna arbetar mycket med sådant som inte alls leder till vetenskapliga rapporter. I huvudsak handlar sådant arbete om att på olika sätt implementera forskning i den vardagliga praktiken. Detta sker till exempel genom FoU-caféer, föreläsningar, seminarier och studiecirklar. Vid de kontakter som kommittén haft med representanter för regionala och lokala FoU-enheter har det inte funnits möjlighet att göra någon kvalitetsmässig bedömning av de exempel på forsknings- och utvecklingsinsatser som refererades. I de flesta fall handlade det om utvärdering av olika typer av placeringar av barn och ungdomar. På flera håll hade man genomfört forsknings- och utvecklingsprojekt med anknytning till BBIC, MST och olika gruppverksamheter för barn och ungdomar. Andra hade till exempel utvärderat arbetet vid en familjecentral, ungdomsmottagning och försök med utredningslägenhet.

Sammanlagt omsätter de lokala och regionala FoU-enheterna 68,9 miljoner kronor. I genomsnitt angav man att ungefär hälften av den totala omsättningen berörde den sociala barn- och ungdomsvården. Av den totala omsättningen finansierade kommuner och landsting ca 63 procent. Resten finansierades med hjälp av statliga medel, främst från Socialstyrelsen och en mindre del från länsstyrelserna. Andra finansiärer är Allmänna arvsfonden samt universitet och högskolor.

Kommittén har försökt att bilda sig en uppfattning om hur stor del av forskningen inom området socialt arbete som omfattas av forskning kring den sociala barn- och ungdomsvården, vilket inte är helt lätt. Varken anslagsbeviljare eller forskningsinstitutioner för någon sådan statistik där inriktningen av den forskning som bedrivs framgår.

### **Socialt arbete, utbildning och forskning i samverkan**

Inom ramen för programmet Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten som Socialstyrelsen genomförde 2001 – 2003 på regeringens uppdrag, anvisades 50 miljoner kronor för så

kallade fullskaleförsök när det gäller att förstärka kopplingen mellan forskning, utbildning och praktik. För närvarande (2005) pågår ett antal sådana fullskaleförsök runtom i landet, Kompetenscentrum i norr (Skellefteå och Umeå), åtta kranskommuner nordväst om Stockholm och i kommuner i Kronoberg med Växjö som huvudort samt Lund/Helsingborg. På dessa orter/regioner har man getts möjlighet att i större skala och över hela socialtjänstområdet integrera forskning, utbildning och praktik bland annat genom att inrätta kombinationstjänster där innehavarna av dessa tjänster delar sin tid mellan universitet/högskola och arbete i socialtjänsten. Fullskaleförsöken finns beskrivna i urval i rapporten Socialt arbete, utbildning och forskning i samverkan – en presentation av fyra fullskaleförsök (Socialstyrelsen 2003).

För en samlad utvärdering av dessa försöksverksamheter tillsattes en utvärderingskommitté med uppdrag att följa försöksverksamheterna, identifiera effekter av dessa och även bedöma värdet av denna typ av stöd till lokal utvecklingsverksamhet. Denna utvärderingskommitté presenterade i januari 2005 sina slutsatser i en rapport: På väg mot socialtjänstuniversitet – en uppföljning av Socialstyrelsens stöd till strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten 2002–2004.

Utvärderingskommitténs slutsatser kom att sammanfattas i ett antal punkter:

1. Det stöd Socialstyrelsen fördelat till försöksverksamheterna resulterade i omfattande verksamheter som i flera avseenden svarar emot angelägna utvecklingsbehov. Det har dels handlat om att förstärka/utveckla befintliga strukturer, dels utveckla nya verksamhetsformer.
2. Att länka samman utbildning/forskning/socialt arbete tar tid. Det är ett långsiktigt utvecklingsarbete att hitta samarbetsformer för så vitt skilda kulturer som universitet/högskolor och kommunernas socialtjänst.
3. Ett stort antal aktörer såväl från universitet och högskolor som kommunernas socialtjänst engagerades. Mycket talar för att projektets legitimitet fick starkt stöd framför allt hos företrädare för universitetsvärlden, bland annat beroende på det granskningsförfarande som man använde sig av när det gällde att fördela medel.
4. Den modell för kombinationstjänster som skisserades visade sig svår att tillämpa. Det bör övervägas om denna typ av kom-

inationstjänster är en lämplig modell för integration av utbildning/forskning och praktiskt socialt arbete.

5. Ett av de största hindren för att åstadkomma en närmre integrering är de stora kulturskillnader som föreligger mellan universitetsvärlden och praktiskt socialt arbete. Det är viktigt att skapa kontaktytor mellan dessa skilda kulturer.
6. Ett sätt att stärka integrationen har varit att utveckla studenternas studiepraktik, ett annat sätt har varit att knyta studenternas arbete med C-uppsatserna närmre praktiken.
7. Försöksverksamheterna har mer kommit att präglade arbetet med grund och vidareutbildningen. I mindre utsträckning har de resulterat i nya forskningsprojekt. Flera initiativ har tagits när det gäller att hitta nya vägar för att förmedla resultaten från aktuell forskning till socialtjänsten.
8. Samarbete med samordnade forskarutbildningskurser för doktorander i socialt arbete som bedrivits under senare år är positivt. Det är angeläget att sådana initiativ kan utvecklas till en nationell forskarskola med inriktning mot utvärderingsforskning och interventionsstudier.
9. Det är tveksamt om möjligheten finns att i detta skede kunna avläsa i vilken mån försöksverksamheterna resulterat i förändrade förutsättningar för de yrkesverksamma i socialtjänsten att bedriva ett professionellt arbete. Dock är det nödvändigt att kunskapsutvecklingen inom området förankras i dagligt socialt arbete och att såväl företrädare för universitet och högskolor som praktiskt yrkesverksamma ges förutsättningar för ett sådant utbyte.
10. Det finns ett stort behov av institutioner som verkar mellan universitet/högskolor och kommuner. Samtidigt kan konstateras att det särskilt i mindre kommuner är svårt att finansiera sådana institutioner.
11. Utvärderingskommitténs slutsats är att det bör tillskapas ett mindre antal "socialforskningsinstitut" i landet, att dessa blir fasta institutioner med långsiktig finansiering så att kvalificerade forskare kan klockas dit. De menar att staten, genom till exempel Socialstyrelsen står för finansieringen. Dessa institut bör byggas upp i nära anslutning till universitet eller högskolor med forskning i socialt arbete och bedriva sin verksamhet i nära anslutning till det nybildade institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).



### Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS

IMS är ett institut inom Socialstyrelsen. Det tidigare CUS har uppgått i IMS. På hemsidan beskriver IMS sina huvuduppgifter som följande:

- Förse det sociala området med systematiska kunskapsöversikter över vilka insatser och metoder som fungerar i det sociala arbete,
- stödja (och ibland genomföra) studier av sociala insatser och strukturerade åtgärdsprogram,
- stödja utvecklingen av systematiska bedömningsmetoder,
- sprida information om resultaten.

Under åren 2003 och 2004 gav IMS ut åtta publikationer; kunskapsöversikter, forskningsrapporter, särtryck som berörde den sociala barn- och ungdomsvården. För närvarande är 33 projekt aktuella. Av dessa berör 9 den sociala barn- och ungdomsvården.

IMS verksamhet omsätter 17 miljoner varav 11 miljoner är anslag från Socialstyrelsen och resten utgörs av andra statliga medel. Uppskattningsvis 40 procent av verksamheten ägnas åt sådant som berör den sociala barn- och ungdomsvården. De redovisade uppgifterna har hämtats från IMS-kansli och från dess hemsida.

### Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Vid den genomgång av vilka anslagsgivare som till största delen finansierar forskning inom den sociala barn och ungdomsvårdens område som gjorts för kommitténs räkning, framstår Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS, tillsammans med Vetenskapsrådet som de i särklass största. Den 21 april 2005 beslutade regeringen att tilldela FAS samordningsansvaret för svensk barn- och ungdomsforskning. Detta innebär att FAS på olika sätt skall stödja detta mångdisciplinära och breda forskningsområde. Viktiga delar av uppdraget är att göra strategiska satsningar inom området, skapa samverkan mellan olika finansierare, sprida forskningsresultat samt ordna mötesplatser för forskare och praktiker.

FAS stödjer forskning efter i princip två grundmodeller; forskarinitierat eller riktat. I den forskarinitierade modellen är det forskaren som väljer sitt problem och finansieraren prövar forskarens

ansökan efter högt ställda kvalitetskriterier. Riktat stöd innebär att det är FAS som prioriterar vilka områden som skall beforskas utifrån en bedömning av vad som är relevanta problem och behov inom ansvarsområdet.

FAS arbetar med olika stödformer. Två typer kan vara av särskilt intresse för kommitténs arbete nämligen programstöd och stöd till starka forskningsmiljöer. Programstöd innebär att bidrag ges till forskning inom ett område på eget programansvar om ca en miljon kronor per år (exklusive förvaltningspåslag) under en period av exempelvis sex år som syftar till att långsiktigt förstärka och bygga ut forskarmiljöer inom forskningsområdet som bedöms som särskilt angelägna och där det finns en god forskningskapacitet att bygga på. Programstöd söks efter särskild utlysning. För närvarande finns fyra sådana programstöd utlysta inom områdena interventionsforskning, arbetsutbud och arbetskraftsförsörjning, arbetsorganisation samt barns levnadsvillkor. Det programstöd som anknyter till den sociala barn och ungdomsvården är barns levnadsvillkor. Detta forskningsprogram skall fokusera på barn i åldrarna 0–18 år. Forskningen förutsätts röra aspekter som barns levnadsvillkor, varierande sociala förutsättningar, utvecklingsmöjligheter och psykiska hälsa. Frågor som är av särskilt intresse omfattar kort- och långsiktiga effekter av problematiska livssituationer, utsatthet i barndomen, olikheter i villkor för pojkar och flickor och för barn med olika social bakgrund.

Stöd till starka forskningsmiljöer innebär att FAS kan ge stöd till så kallade centrumbildningar inom något forskningsfält. För närvarande utgår stöd till fyra centrumbildningar inom områdena åldrande, alkohol och ojämlikhet i hälsa.

### **Förslag om nationellt riskbarncentrum**

Socialstyrelsen fick i september 2003 i uppdrag av regeringen att klargöra vilka verksamheter som berörs, belysa och komma med förslag till organisation, huvudmannaskap och finansiering av en nationell funktion för området barn i utsatta situationer (nationellt riskbarncentrum). Socialstyrelsen skall vidare överväga hur uppgifter och kostnader kan fördelas mellan nationell, regional och lokal nivå samt överväga organisatorisk inplacering. Viktiga uppdrag för en samordningsfunktion bör enligt regeringen vara att sammanställa god praxis och aktuell forskning om våld och över-

grepp mot barn, tidig upptäckt, adekvat handläggning och uppföljning av insatser.

I en skrivelse i oktober 2004 (Dnr S2004/7434/ST) redovisade Socialstyrelsen sitt uppdrag och överlämnade rapporten Utformning av ett nationellt riskbarncentrum. Regeringskansliet har överlämnat skrivelsen till kommittén. Socialstyrelsen anför bland annat som motiv för ett riskbarncentrum följande. Arbetet vid ett riskbarncentrum bör kunna leda till jämnare kvalitet i insatserna över landet och därmed större likhet inför lagen. När en gemensam arena skapas kan strategier för samarbete och koordination av insatser utvecklas. Kunskap och erfarenheter kan samlas och spridas. Centrumet har också ett övergripande ansvar för att metodutveckling sker.

Enligt Socialstyrelsen bör ett nationellt riskbarncentrum ha en styrelse eller en styrgrupp med företrädare för samtliga involverade myndigheter samt representanter från forskningsområdet. Om ett nationellt riskbarncentrum ska införlivas inom en befintlig myndighet bedöms Socialstyrelsen som expertmyndighet för socialtjänst och hälso- och sjukvård ligga närmast tillhands

Socialstyrelsen menar i sin skrivelse till regeringen att samordning på nationell nivå kan skapa förutsättningar för effektivt och adekvat samarbete på lokal nivå. Ett nationellt riskbarncentrum föreslås ha uppgifterna att sammanställa och sprida kunskap samt att utveckla metoder för att upptäcka och ge insatser till barn som far illa eller riskerar att fara illa. För att sprida kunskap kan exempelvis en barnrättsportal upprättas som ger professionella användare tillgång till en helpdesk-funktion samt när det inte är tillräckligt möjligt till konsultation på en allmän nivå. Vidare framförs som lämpliga områden för utveckling av metoder följande.

- Samsyn om begreppet barn som far illa eller riskerar att fara illa
- Samverkan
- Utredningar vid misstanke om brott
- Samtalsteknik och förhör med barn
- Sakkunnigbeviset
- Gemensam terminologi och statistik
- Hur professionellas anmälningsskyldighet till polis och socialtjänst skall fullgöras

## Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse, SiS, har i uppdrag att driva särskilda ungdomshem för unga som behöver stå under särskild noggrann tillsyn. SiS har en särskild forsknings- och utvecklingsstab. Stabens uppgifter är att delta i arbetet med att följa upp och utvärdera institutionernas verksamhet och resultat, att utarbeta enhetliga och ändamålsenliga rutiner för dokumentation av behandlingen och dess effekter samt att ansvara för övergripande analyser och sammanställningar av vårdresultat. Enheten skall vidare ta initiativ till forskning inom området, följa forskningen, verka för att forskningsresultaten sprids och överförs till praktiskt arbete samt, genom försöksverksamhet och på annat lämpligt sätt, bidra till metodutveckling inom området vård och behandling.

Under åren 2003 och 2004 gav SiS ut 9 publikationer som berörde den sociala barn- och ungdomsvården. SiS FoU-stab består av flera olika delar. De delar som rör forskning och utveckling omsätter 18 miljoner varav uppskattningsvis 75 procent berör området ungdomar. Uppgifterna har inhämtats från SiS kansli och hemsida.

### 6.3.5 Utvärdering och tillämpning av forskning

#### Svensk social barn- och ungdomsvård i ett utvärderingsperspektiv

Kommittén har uppdragit åt professor emeritus Marianne Cederblad att göra en kunskapsöversikt av aktuell forskning inom området med anknytning till svenska förhållanden. Denna översikt visar bland annat hur förhållandevis utforskat detta område är när det till exempel gäller resultat och effekter av insatser för barn och unga. Cederblads genomgång visar att det hitintills inte finns några publicerade kontrollerade behandlingsstudier gjorda inom den sociala barn- och ungdomsvården i Sverige. Däremot finns några kvasiexperimentella studier. En av dessa rör jämförelse mellan två typer av barnvårdsutredningar. Ett par studier har jämfört familjehemsvårdade barn med syskon uppvuxna i det biologiska hemmet. Några registerstudier av stora material har gett möjlighet att jämföra olika typer av vård utom hemmet; familjehem, hem för vård eller boende och särskilda ungdomshem, med avseende på genomförbarhet och stabilitet. Resultaten i dessa studier är exempel på

den typ av generaliserbara kunskaper man eftersträvar vid "evidensbaserad" av verksamheter, menar Cederblad.

Övriga studier i Cederblads översikt är exempel på vad hon kallar "produktkontroll", det vill säga lokala uppföljningar av en viss verksamhet. De kan ge svar på frågan om man i det studerade projektet når de mål man satt upp. Många studier är s.k. kvalitativa. De redovisar hur brukare och professionella upplever en viss verksamhet. Ofta beskrivs också arbetsprocesserna, ibland i relation till målpåfyllelse. Generellt menar dock Cederblad är de redovisade studierna små och ofta behäftade med stora bortfall, vilket minskar möjligheten till generalisering. Sådana studier, menar Cederblad kan dock ge ökad förståelse för arbetsprocesserna och ge uppslag till jämförande forskning. Brukarnas upplevelser är också viktiga enligt Cederblad, för att klarlägga möjligheterna att genomföra en viss intervention. Ett problem är att de verksamheter som utvärderas i dessa studier, antingen det görs i form av "produktkontroll" eller mer kvalitativt, ofta är vagt beskrivna. Cederblad menar att det då blir svårt att replikera en studie, vilket är nödvändigt om resultaten skall kunna generaliseras.

#### **6.4 Analys och problembilder**

Problembilder i anslutning till ett så komplext område som forskning och utbildning inom den sociala barn- och ungdomsvården kan självklart definieras och beskrivas ur flera olika perspektiv. Vid närmare eftertanke är det självklart att olika aktörer har olika perspektiv. Här är inte ambitionen att täcka alla perspektiv. Vi försöker i stället begränsa oss till de perspektiv som vi bedömer är det allra mest angelägna, nämligen brukarnas. Det krav på kompetens och kvalitet som de flickor och pojkar och deras närstående som är föremål för den sociala barn- och ungdomsvårdens uppmärksamhet har rätt att ställa.

#### **Fördjupad barnkompetens**

Behovet av fördjupad kunskap kring barn och barns behov, barns utveckling, risk och skyddsfaktorer, samtal med barn, den konkreta tillämpningen av ett barnperspektiv är återkommande teman i den genomgång som gjorts i kapitlet. Det påtalas från flera håll att

varken innehållet i grundutbildning eller i påbyggnadsutbildningar täcker detta behov. De kunskaper en socionom har om dessa områden efter avslutad grundutbildning, är inte tillräckliga för att handlägga frågor kring kvalificerad barn- och ungdomsvård, vare sig det gäller utredning, behandlingsinsatser, uppföljning eller utvärdering.

### **Outforskat område**

Trots att vi, enligt flera forskare kommittén varit i kontakt med, idag står på tröskeln till att utveckla ny och värdefull kunskap kring effektiva metoder i vården av barn/unga och deras familjer vet vi fortfarande alldeles för lite om vad som är mer verksamt än annat. Vid genomgång av den forskning och den kunskap som finns slås vi av hur lite som faktiskt är gjort med rimligt ställda krav på kvalitet. Det saknas, menar flera forskare inom området, på nationell nivå initiativ och ambitioner att på allvar forskningsmässigt avtäckta de problem och frågetecken som fortfarande präglar den sociala barn och ungdomsvården.

### **Att nå ut och ta till sig**

På olika sätt till exempel genom FoU-verksamheternas försorg sprids forskningsresultat till socialtjänsten och den sociala barn- och ungdomsvården. Bland annat den utvärdering som gjorts av de så kallade fullskåleförsöken visar att vad som gjorts hittills inte är tillräckligt. I exempelvis det lokala kvalitetsarbetet behöver skapas system och rutiner för att utvärdera arbetet i ljuset av aktuell forskning. För att det skall vara möjligt krävs att forskningsresultat görs tillgängliga och har en sådan anknytning till flickors och pojkars och därmed den sociala barn- och ungdomsvårdens behov att de bidrar till att utveckla arbetsmetoderna.

### **Kompetenstrappa**

Även om intresset finns på flera håll saknas idag möjligheten för flertalet socialarbetare till en arbetsplatsanknuten stegvis fördjupning, eller specialisering inom ett eller flera arbetsfält som skulle kunna leda till någon slags specialistkompetens eller eventuellt

legitimation inom ett kunskapsområde. Frånvaron av sådana utvecklingsmöjligheter och möjlighet till löneutveckling kan göra att motivationen för att fort- eller vidareutbilda sig inom socialtjänsten är låg. Det kan troligen bidra till för stor personalomsättning och förlust av kompetent personal.

### **Utvärdering, uppföljning och dokumentation**

Ett genomgående och återkommande tema i kommitténs hittillsvarande utredningsarbete har handlat om betydelsen av att den sociala barn och ungdomsvården arbetar med metoder som är utprovade och utvärderade. Detta sker inte i tillräcklig utsträckning idag. Det saknas dokumentation, sammanställningar och uppföljningar av det som till exempel görs i det förebyggande arbetet för barn och ungdomar. Inte heller placeringar på hem för vård eller boende utvärderas regelmässigt. Det saknas individrelaterade registerdata, dels lokalt, dels på nationell nivå som har att göra med anmälningar, anmälningar som leder till utredningar och vilka utredningar som leder till insats. Här finns värdefull kunskap som skulle kunna synliggöras. Det saknas utvärderingar av lokala projekt och initiativ, utvärdering av genomförda insatser för enskilda, grupper och familjer. I sådana erfarenheter som görs i hela landet rymms mycket värdefull kunskap som alltför ofta riskerar att bli osynlig. Det saknas för denna typ av kunskapsutveckling på nationell och regional nivå, samordning, överblick och resurser. Det är kommitténs intryck att kommunernas arbete med att fortlöpa utvärdera sina insatser är eftersatt.

### **Otillräckliga riktlinjer**

De föreskrifter och nationella riktlinjer om finns inom området när det gäller kompetensen hos den personal som ska arbeta inom den sociala barn- och ungdomsvården är inte tillräckliga för att tillförsäkra de flickor och pojkar som får vård och insatser en lägsta godtagbar kvalitetsnivå. Det finns till exempel inga krav på genomgången högskoleutbildning för den som skall handlägga barnavårdsärenden. De föreskrifter och allmänna råd som föreligger angående kvalitet och kompetens tycks vid granskning inte utgöra tillräcklig vägledning. Ett stort utrymme lämnas till lokala bedömningar och

tolkningar av vilken slags kompetens som behövs. Det finns till exempel inga krav på genomgången högskoleutbildning för den som skall handlägga barnavårdärenden.



## 7 Organisation och samverkan

### **Svåra att få tag på**

”Det som är dåligt är att om man ringer soc. och lämnar meddelande så ringer inte dom upp.”

”Att man aldrig får tag på mina soc. när man ringer.”

”Soc. är väldigt dåliga på att höra av sig. Ofta får man ringa dom. Man får aldrig tag i dom.”

”Vi har två kontakter per år.”

”Vi har var sjätte vecka.”

”Dom kan ju ringa en gång i månaden.”

”Socialchefen ringer inte upp.”

Ur ”Rakt från hjärtat”, Rädda Barnens höringar

Av kommittédirektivet framgår att kommittén bland annat skall genomföra en samlad analys av den sociala barn- och ungdomsvårdens organisation. Eftersom organisationen påverkar möjligheterna till och förutsättningarna för samverkan och samarbete med andra aktörer som har ansvar för barn och unga behandlas även de frågorna under detta avsnitt.

### **7.1 Organisation av den sociala barn- och ungdomsvården**

#### **7.1.1 Bakgrund till organisation av den sociala barn- och ungdomsvården**

I den ursprungliga socialtjänstlagen fanns i 4 § en bestämmelse om att i varje kommun skulle finnas en särskild socialnämnd för att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Sedan den

1 januari 1992 gäller inte detta krav. I samband med att fördelningen av ansvaret för service och vård till äldre och handikappade ändrades föreslog socialutskottet (bet. 1990/91: SoU9) att kommunerna skulle ges frihet att utifrån sina egna behov och önskemål utforma en lämplig nämndorganisation. Utskottet anförde bland annat att organisationen av de sociala insatserna måste utformas så att inte den sociala kunskapen och erfarenheten utarmades i kommunen samt att lokala organs starkare ställning inte fick innebära att olika regler gällde i olika delar av kommunen eller att grupper av kommunmedlemmar behandlades olika. Särskilt viktigt angavs vara att organisationen fick en sådan utformning att den sociala kompetens och erfarenhet som behövdes för att rätt kunna bedöma till exempel frågor om tvångsombändertagande av barn garanterades. Socialutskottets förslag antogs av riksdagen. Numera framgår av 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, att kommunens uppgift inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.

### **7.1.2 Statlig styrning av den sociala barn- och ungdomsvården m.m.**

Riksdag och regering har det yttersta ansvaret för socialtjänsten med den sociala barn- och ungdomsvården. Den styrs av socialtjänstlagen och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, samt förordningar och föreskrifter. Socialstyrelsen är expert och nationell tillsynsmyndighet inom socialtjänstens område och påverkar genom normering, tillsyn och kunskapsförmedling huvudmän och yrkesverksamma. Länsstyrelserna ansvarar för den operativa tillsynen av kommunernas socialtjänst och av enskilda verksamheter som bland annat tillhandahåller vård eller boende. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har arbetat fram ett nationellt program för tillsyn över socialtjänsten som tillämpas sedan den 1 januari 2001. Ett av två prioriterade områden i programmet är barn – dels hur socialtjänsten arbetar med barn dels hur vuxenpsykiatri uppmärksammar barn och hur barn- och vuxenpsykiatri samverkar med socialtjänsten kring barn och familjer. I programmet för tillsyn över socialtjänsten föreslås en kraftsamling kring barn. Syftet är att uppmärksamma områden som behöver förbättras i syfte att åstadkomma förändring så att det enskilda barnet får sina behov tillgodosedda, se var kunskapsluckor

finns och vilken kompetensutveckling som behövs. Kraftsamlingen skall ge en bild på nationell nivå. Tillsynen skall rikta sina insatser mot områden som har stor betydelse för den enskildes rätts-säkerhet och som är viktiga för en nationellt likvärdig socialtjänst. Inom ramen för programmet har ännu ingen tillsyn kring barn gjorts.

### Staten som utförare

Statens institutionsstyrelse (SiS) är enligt sin instruktion central förvaltningsmyndighet för de särskilda ungdomshemmen inom den sociala barn- och ungdomsvården. SiS ansvarar för planering, ledning och drift samt tillsyn över hemmen. SiS anvisar också platser på förfrågan från kommunerna.

### 7.1.3 Organisation av den sociala barn- och ungdomsvården i kommunerna.

#### Nämndorganisation

Socialtjänstlagens bestämmelse ger, som redan konstaterats, kommuner frihet att organisera nämnder som har ansvar för socialtjänsten med den sociala barn- och ungdomsvården på olika sätt. I vissa kommuner finns socialnämnder med ansvar för bland annat hela socialtjänsten med individ och familjeomsorg inklusive den sociala barn- och ungdomsvården. Andra kommuner har en liknande ansvarsfördelning men med en geografisk uppdelning av ansvaret i olika kommundelsnämnder. Det finns också kommuner som har mer funktionsinriktade organisationer med nämnder för exempelvis äldreomsorg respektive barn och ungdom. Strömstads kommun har en barn- och utbildningsnämnd som har ansvar för det offentliga skolväsendet för barn, ungdomar och vuxna samt dessutom all barn- och ungdomsrelaterad verksamhet som följer av kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen, LVU och LSS, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (Strömstads kommuns hemsida). I Eslövs kommun har barn- och familjenämnden ansvar för förskoleverksamhet, skolbarnomsorg, kommunens uppgifter inom det offentliga skolväsendet för barn och ungdomar samt individ- och familjeomsorg för barn och ungdomar (Eslövs kommuns hemsida).

## Organisation av arbetet inom socialtjänsten

När socialtjänstlagen trädde i kraft i början av 1980-talet var det ideala arbetssättet på förvaltningsnivå en integrerad organisation. Den enskilde socialarbetaren skulle arbeta med såväl socialbidrag som missbruksvård för sina klienter och organisationen skulle utgå från tanken om integrerat arbetssätt. Integrering som princip för organisationen av socialt arbete har stöd i den äldre socialtjänstlagens förarbeten. Där ges familjevårdsprincipen och helhetsprincipen en stark ställning och samverkan mellan socialtjänsten och andra samhällssektorer har en central roll. Integrationsprincipen tillämpas fortfarande och har drivits längst i kommuner där man använder sig av kommundelsnämnder, liksom i små kommuner som ofta har ett helt integrerat arbetssätt. Missbruksarbete, barnavårdsarbete och hantering av socialbidrag sköts inom samma enhet. Verkligheten idag är dock i många kommuner en helt annan än den var för tio eller femton år sedan. Sedan mitten av 1980-talet har en omfattande specialisering ägt rum inom individ- och familjeomsorgen inklusive den sociala barnvården (Lundström, bilaga 3) Specialisering är något vanligare i större kommuner och innebär att arbetet är uppdelat mellan exempelvis barn- och familjegrupp, missbruksgrupp och ekonomigrupp. Myndighetsutövning kan också vara skild från arbete med frivilliga insatser. Specialisering inom utredningsarbete är ett sätt att försöka höja kvaliteten på utredningarna. Specialisering kan också vara ett försök att hitta en organisatorisk lösning på socialtjänstens klassiska dilemma att samtidigt ha en kontrollerande och en stödjande funktion.

Flertalet av de större kommunerna i Östergötlands län har separerat myndighetsutövning från stödjande och behandlande verksamhet men ingen av de fem kommunerna med mindre än 10 000 invånare har gjort det (Boman o Johansson, Organiseringen av individ och familjeomsorgen i Östergötlands län; FoU-rapport 17:2004).

På grundval av en vinjettstudie med anställda i sex kommuner framkom att de som arbetade på specialiserade utredningsenheter inledde utredningar tidigare, var mer benägna att ansöka om tvångsvård, prioriterade skyddet för barnet framför föräldrarnas vilja och hade ett något tydligare barnperspektiv än personal vid de integrerade enheterna (Socialstyrelsen, CUS skrift 2000:3 Barnavårdsutredningar i sex kommuner – en vinjettstudie, F. Östberg m.fl.).

Inom social barnavård kan också finnas särskilda grupper eller enheter för familjehem, jourhem, kontaktpersoner, kontaktfamiljer samt jour- och fältgrupp. Vidare kan socialsekreterare vara placerade vid familjecentraler, i skolor och vid ungdomsmottagningar. När socialsekreterare är placerade i verksamheter utanför socialtjänstens ordinarie och traditionella organisation kan detta sägas utgöra en del av socialtjänstens organisation av förebyggande arbete (Socialstyrelsens kunskapsöversikt, Barnet i den sociala barnavården 1996 och 2004, Socialtjänsten i Sverige 2003, Socialstyrelsen).

## 7.2 Samverkan

Samverkan mellan myndigheter regleras i olika lagar. Av 6 § förvaltningslagen (1986:223) framgår att varje myndighet skall lämna andra myndigheter hjälp inom ramen för den egna verksamheten.

### 7.2.1 Samverkan mellan centrala myndigheter

Regeringen gav i september 2003 Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling ta fram en övergripande strategi för samverkan när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa. I oktober 2004 överlämnade myndigheterna dokumentet, Strategier för samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, till regeringen. Strategin är ett policydokument och innehåller förslag till struktur för gemensamt arbete mellan huvudmän på olika samhällsnivåer. Strategin behandlar även frågan om hur uppföljning av samverkan skall ske på längre sikt. Socialstyrelsen föreslår att berörda centrala myndigheter får i uppdrag att inleda en nationell samverkan med syftet att stödja samverkan på den lokala nivån. Socialstyrelsen föreslår vidare att dessa myndigheter får i uppdrag att gemensamt färdigställa och sprida strategidokumentet på lämpligt sätt (Socialstyrelsens skrivelse, artikelnummer 2004-107-11).

Socialstyrelsen har i en skrivelse lagt fram förslag om nationellt riskbarncentrum som syftar till att genom samordning stärka situationen för barn som utsatts för våld och övergrepp. Skrivelsen har överlämnats till kommittén. Frågan har behandlats i kapitel 6.

## Barnahus

I promemorian Barn i brottets skugga (Ds 2004:56) föreslås bland annat att så kallade Barnahus skall inrättas för barn som utsatts för brott. Här konstateras att flera ansvariga myndigheter och andra huvudmän blir involverade i fall där barn utsätts för brott. Därmed ökar risken för hinder i och komplikationer när det gäller samverkan i dessa ärenden. Vidare konstateras att det är viktigt att utredningar kring barn som utsätts för brott i större utsträckning tar hänsyn till barnets utsatta situation och att utredningen sker på ett mer barnanpassat sätt.

Regeringen beslutade den 3 februari 2005 (Regeringsbeslut 10) att Åklagarmyndighet skall tillsammans med Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen medverka till ytterligare etablering av flera försöksverksamheter med samverkan under gemensamt tak vid utredningar kring barn som misstänks vara utsatta för allvarliga brott som till exempel sexuella övergrepp och misshandel.

Syftet med uppdraget är att de utredningar som görs i samband med misstankar om att ett barn har utsatts för brott skall vara anpassade till barnen. Barnen skall inte behöva ha kontakter med polis, åklagare, rättsmedicin, socialtjänst och barnpsykiatri på olika platser utan endast behöva komma till ett ställe. Barnen skall inte i onödan behöva utsättas för upprepade förhör och intervjuer av olika personer och för olika syften.

Ett annat syfte med uppdraget är att genom metodutveckling höja kvaliteten i utredningarna. Detta möjliggörs genom en nära samverkan som skapar förutsättningar för kontinuerligt utbyte av information och kunskap – i varje enskilt ärende men också på en övergripande nivå. På så sätt skapas bättre underlag för rättsprocessen och för samhällets fortsatta insatser.

Av redovisningarna som skall ske enligt uppdraget skall framgå vilka åtgärder som vidtagits och de resultat som kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar av verksamheten visat.

### Lyssnar inte

"Mina ord kommer aldrig fram, det känns som det finns en vägg mellan mig och dom."

"Överdrivet analyserande, tolkar in för mycket i det man säger, gör."

"Stänger av öronen när jag har något negativt att säga."

"Bestämmer vad jag tycker utan att ens fråga mig."

"Så fort något positivt har hänt så tror de att det är en bra behandling för mig."

"Det som är dåligt är att de bestämmer saker över huvudet på en."

"Ger en för mycket ansvar än vad man klarar av."

"Någon kärring som inte fattar ett skit vad man säger."

"Kommer fram till saker man själv inte tycker om."

"Ensam. Det känns som att alla vuxna är emot mig."

"Dom bara klagar hela tiden."

"Dom borde ha mer positivt att säga på möten. Det känns som att det nästan alltid går dåligt."

"De har alldeles för mycket makt över ens liv."

Ur "Minusmöten med Socialtjänsten", Rädda Barnens höringar

### 7.2.2 Samverkan på lokal och regional nivå

För socialtjänstens del finns bestämmelser om samverkan i socialtjänstlagen. Av 3 kap. 1 § framgår att till socialnämndens uppgifter hör att i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen. I sin uppsökande och upplysande verksamhet skall socialnämnden samverka med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar och nämndens insatser för enskilda skall vidare vid behov genomföras i

samverkan med nämnda parter. Bestämmelserna finns i 3 kap. 4 och 5 §§ socialtjänstlagen.

Sedan den 1 juli 2003 har socialtjänstlagen kompletterats med en bestämmelse i 5 kap. 1 a § om att socialnämnden i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa skall samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Av specialmotiveringen (prop. 2002/03:53) till bestämmelsen framgår att samverkan även skall ske på en övergripande nivå och att socialnämnden har ett förstahandsansvar för att samverkan kommer till stånd. Korresponderade bestämmelser om skyldighet att samverka finns i skollagen (1985:1100), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt i polislagen (1984:387).

### **7.2.3 Samverkan mellan kommuner och mellan kommuner och landsting**

Socialnämnden skall som redovisats samverka med andra samhällsorgan. I kommunallagen (1991:900), KL, och socialtjänstlagen regleras olika vägar för en formaliserad samverkan mellan kommuner och mellan kommuner och landsting.

#### **Gemensam nämnd**

I 3 kap. kommunallagen finns bestämmelser om gemensam nämnd som möjliggör samarbete mellan kommuner och landsting över geografiska gränser och gränser för huvudmannaskap. För en gemensam nämnd gäller begränsningen att nämndens uppgifter måste vara en kommunal eller landstingskommunal angelägenhet för var och en av de samverkande kommunerna eller landstingen. I praktiken har det försvårat samverkan i gemensamma nämnder mellan kommuner och landsting. Detta har konstaterats av regeringen i förarbetena till lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet i propositionen Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20). Enligt lagen får ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra landstingets uppgifter enligt bland annat hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:1128)



om psykiatrisk tvångsvård och kommunens uppgifter enligt bland annat socialtjänstlagen och LVU.

Ett exempel på gemensam nämnd finns i Dalarna där Borlänge kommun och Landstinget i Dalarna samverkar i den formen. År 2005 påbörjas ett försöksarbete under två år som omfattar Borlänge kommuns tidigare omsorgsnämnd med ansvar för äldre och funktionshindrade och primärvården med hjälpmedelsverksamhet, barnvårds- och mödravårdscentral, vuxenpsykiatrisk öppenvård, viss hemsjukvård och rehabiliteringsverksamhet. Således omfattas inte den sociala barn- och ungdomsvården.

### **Kommunalförbund**

Kommuner samt kommuner och landsting kan även enligt 3 kap. 12 § KL samverka genom att bilda kommunalförbund och lämna över kommunala angelägenheter till sådana förbund. Alla typer av kommunala angelägenheter kan lämnas över. Regler om hur ett kommunalförbund organiseras finns i 3 kap. kommunallagen.

### **Exempel på verksamheter som bedrivs av kommunalförbund**

Vårdförbundet Sörmland är ett kommunalförbund med samtliga kommuner i Sörmlands län som medlemmar. Vårdförbundet driver ett hem för vård eller boende för vuxna missbrukare, tillhandahåller familjerådgivning samt samordnar upphandling av bland annat barn- och ungdomsvård. Ramavtal träffas för medlemmarnas räkning med hem för vård eller boende som har olika inriktning och med verksamheter som förmedlar och stödjer familjehem. Antalet ramavtal är cirka 70 stycken varav 25 ingått med verksamheter som vänder sig till ungdomar och 9 till barn och familjer. Uppgifterna är hämtade från förbundets hemsida.

Göteborgsregionens och Sjuhärads kommunalförbund samt kommunförbunden i Skaraborg och Fyrbodal driver Gryning vård AB som bedriver vård och behandling av barn, ungdomar, familjer och vuxna missbrukare. Inom bolaget finns 27 behandlingshem med cirka 240 vårdplatser, tre familjehemsverksamheter, ett MST-team, ett öppenvårdsteam och ett skyddsboende för utsatta flickor. Av verksamheter som riktar sig till barn och ungdom finns nio dygnetruntverksamheter som riktar sig till familjer med barn i

åldern 0–12 år med sammanlagt 110 platser samt 15 verksamheter som riktar sig till barn och unga med cirka 100 platser och fyra jourplatser. De redovisade uppgifterna är hämtade från verksamhetsplan/affärsplan 2005 upprättad av Gryning vård AB.

Kommunerna i Blekinge har bildat Vårdförbundet Blekinge som är ett kommunalförbund. Vårdförbundet är huvudman för hem för vård eller boende för barn, ungdomar, familjer och missbrukare samt svarar för familjerådgivning, familjehemsverksamhet och verksamhet med personligt ombud för psykiskt funktionshindrade. Förbundet har dessutom ansvar för upphandling inom sitt ansvarsområde. I egen regi bedrivs ett hem för vård eller boende för ungdomar och ett som vänder sig till föräldrar och barn. Familjehemsverksamheten arbetar med rekrytering och utbildning av familjehem samt rekrytering av kontaktpersoner.

### **Avtal med annan kommun**

En kommuns möjlighet att enligt 2 kap. 5 § socialtjänstlagen sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten omfattar avtal med annan kommun och enligt bestämmelsen får en kommun genom ett sådant avtal tillhandahålla tjänster till en annan kommun. Det innebär att kommunen i sådant fall kan gå utöver den kommunala behörigheten enligt kommunallagen. Enligt uttalande i författningskommentaren (prop.1996/97:124) tillkom bestämmelsen för att öka möjligheterna för en kommun att överlämna arbetsuppgifter till en annan kommun, om det sett ur ett kvalitetsperspektiv bedöms vara lämpligt.

### **7.3 Verksamheter som den sociala barn- och ungdomsvården samverkar och samarbetar med**

Även om förskola, skola och hälso- och sjukvården bör vara den sociala barn- och ungdomsvårdens vanligaste samarbetsparter kan också andra förekomma som polisen och ideella organisationer. En stor del av det förebyggande arbetet som riktar sig till barn och unga bedrivs av andra än den sociala barn- och ungdomsvården. Här redovisas de vanligaste samverkansparterna och deras ansvar för barn och unga.

### 7.3.1 Hälso- och sjukvård

#### Mödrahälsovård

I rapporten *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa* (Skolverket, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 2004) ges följande beskrivning av mödrahälsovården. Den riktar sig till alla blivande föräldrar och det är naturligt att gå dit. På det sättet kan problem av olika slag uppmärksammas tidigt och tas om hand. Mödrahälsovården har både medicinska och psykosociala uppgifter. Exempel på psykosocialt arbete är föräldragrupper, individuellt stöd av barnmorska eller förmedling av kontakt med annan yrkesgrupp. Enligt Folkhälsoinstitutet kan det psykosociala arbetet inom mödrahälsovården se olika ut beroende på att det saknas strukturerade och väldokumenterade metoder för arbetet. I stort sett samtliga mödravårdscentraler erbjuder föräldrautbildning i grupp till de blivande föräldrarna. Bland förstagångsföräldrarna är deltagandet högt. Teman som tas upp i föräldrautbildningen är graviditet och förlossning, smärtlindring, kost- och näringsfrågor, amning, risker med tobak och alkohol, första tiden som föräldrar samt relationen till barnet. Grupperna brukar träffas mellan fem och tio gånger.

#### Barnhälsovård

Barnhälsovården vänder sig till alla barn och ger därmed möjlighet till tidig upptäckt av problem. Barnhälsovården är liksom mödrahälsovården en del av hälso- och sjukvården och arbetar både medicinskt och psykosocialt. Det psykosociala stödet som ges genom barnavårdscentralerna är föräldrautbildning till nyblivna föräldrar. Syftet är att ge kunskap och information, stärka föräldrarna i deras roll och ge dem möjlighet till kontakt med andra föräldrar. I barnhälsovårdens föräldrautbildning deltar cirka 70 procent av förstagångsföräldrarna. Papporna har under senare år ökat sitt deltagande. Barnhälsovårdens personal har, liksom övriga anställda inom hälso- och sjukvården, skyldighet att anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till skydd för ett barn. Trots att i stort sett alla barn har kontakt med barnavårdscentralen kommer endast ett fåtal anmälningar därifrån. En förklaring till detta tros

vara att barnvårdscentralens personal vill värna om kontakten med föräldrarna och man är rädd att kontakten bryts om en anmälan görs. Beskrivningarna av barnhälsovården är hämtade från rapporten *Tänk långsiktigt!* och Barnpsykiatrikommitténs betänkande *Det gäller livet* (SOU 1998:31).

Kommitténs sekretariat har ställt frågor till ett urval barnvårdscentraler som inte ingår i familjecentraler om bland annat deras möjlighet att identifiera barn och familjer med problem, vilka ansträngningar som görs för att få kontakt med dem som uteblir, vilka möjligheter som finns att ge extra stöd och vad som skulle kunna bli bättre. I svaren framkommer att majoriteten anser sig kunna identifiera barn och familjer med problem och att man gör ansträngningar i form av telefonsamtal, brevpåminnelse eller söker familjen i hemmet för att motivera kontakt med barnvårdscentralen. När det gäller vad som skulle kunna bli bättre anges i svaren kontakt med socialtjänsten till exempel i form av samarbete i familjecentraler samt mera tid att ägna åt dessa familjer.

### Familjecentraler

Ett exempel på samverkan mellan kommunens förskoleverksamhet, socialtjänst och landstingens hälso- och sjukvård är de så kallade familjecentralerna. En familjecentral bedriver verksamhet som är generellt hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral bör enligt Föreningen för familjecentraler innehålla minst mödrhälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning på förebyggande arbete.

På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socialsekreterare kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, psykologer och läkare. År 2003 fanns cirka 200 familjecentraler i landet varav 120 var organiserade i Föreningen för familjecentraler (*Nya verktyg för föräldrar*; Statens folkhälsoinstitut, 2004). Det saknas dock exakta uppgifter om hur många familjecentraler som finns.

Kommittén har låtit göra en intervjuundersökning med företrädare för 115 kommuner och kommundelar. Av svarandena uppger 41 att det finns medan 64 uppger att det inte finns familjecentraler i kommunen eller kommundelen. Dessutom framgår att 8 har

enklare varianter av familjecentral och en svarande uppger att verksamheten är nedlagd av ekonomiska skäl. Åtta av de svarande som inte har familjecentral uppger att man är på väg att starta sådana verksamheter. Samtliga har inte svarat på hur många familjecentraler som finns i kommunen eller kommundelen men när det anges varierar antalet mellan ett och sju.

I den kunskapsöversikt som kommittén låtit Marianne Cederblad göra redovisas utvärderingar av familjecentraler, jfr bilaga med kunskapsöversikt.

### Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar arbetar med att förebygga fysisk och psykisk ohälsa och riktar sig till ungdomar i åldern 13–25 år, vilket framgår av rapporten Tänk långsiktigt! där även bland annat anges följande. I personalgruppen finns barnmorska, läkare och kurator men också psykolog förekommer. Det finns drygt 200 ungdomsmottagningar i landet, varav cirka hälften drivs av landsting och kommuner gemensamt. Verksamheten bedrivs både individuellt och riktad mot grupper liksom i form av utåtriktat arbete. Det är mest flickor som kommer till ungdomsmottagningarna, främst för preventivmedelsrådgivning, men många har också psykiska problem. Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har cirka tio procent av dem som kommer psykiska problem.

### Ungdomshälsan i Umeå

Ungdomshälsan i Umeå började bedriva sin verksamhet under september 2004 och vänder sig till ungdomar i ålder 16–25 år som bor eller studerar i Umeå med omnejd. På ungdomshälsan arbetar personal från arbetsförmedlingen, barn- och ungdomspsykiatri, Försäkringskassan, gymnasie- och vuxenutbildning, kommunens arbetsmarknadsavdelning, primärvården, socialtjänsten, ungdomsmottagningen och vuxenpsykiatri. Enligt Ungdomshälsans verksamhetsplan för 2004–2005 kan samverkan mellan de uppräknade aktörerna medföra en effektivisering och kvalitetsförbättring av stödet till ungdomarna uppnås. Tanken är att den remittering som tidigare skett skall ersättas av samverkan. En utvärdering av verksamheten skall göras under 2005.

## Barn- och ungdomspsykiatri

Den sociala barn- och ungdomsvården samverkar och samarbetar med barn- och ungdomspsykiatrien dels vad det gäller utredning av flickor och pojkar dels vad gäller insatser och behandling. Det är ett område som på många håll lett till problem med gränsdragningen mellan respektive huvudmans ansvarsområde och som redovisas särskilt i kapitel 9.

### 7.3.2 Skolor för barn och ungdomar och deras hälsovård

För barn och ungdomar anordnar det allmänna utbildning i form av förskoleklass, grundskola och gymnasieskola samt motsvarande skolformer som särskola, specialskola och sameskola. Det allmänna anordnar också pedagogisk verksamhet i form av förskoleverksamhet och skolbarnomsorg.

#### Skolverksamhet och hälsovård som riktar sig till barn och unga

##### *Förskola*

Förskoleverksamhet skall erbjudas barn som fyllt ett år. Dock skall barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling anvisas plats i förskola om inte barnens behov tillgodoses på annat sätt. Vidare skall barn erbjudas plats i förskola från och med höstterminen det år barnen fyller fyra år.

Förskoleverksamhetens uppgift är att genom pedagogisk verksamhet erbjuda barn fostran och omvårdnad. Verksamheten skall utgå från varje barns behov. Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver stöd i sin utveckling skall ges den omsorg som deras speciella behov kräver.

Öppen förskola är en kompletterande form av förskoleverksamhet som riktar sig till barn som inte är inskrivna i förskolan samt föräldrar, dagbarnvårdare eller annan vuxen som har ansvar för medföljande barn. Den öppna förskolan erbjuder barn en pedagogisk gruppverksamhet samtidigt som den kan ge föräldrar stöd i föräldrarollen. Hösten 2004 fanns 447 öppna förskolor i landet mot 550 år 2003 och 700 år 2002. Det finns öppen förskola i 152 av landets kommuner. Uppgifterna är hämtade från Skolverkets hemsida där det också framgår att ett tiotal kommuner, bland dem

Solna och Markaryd, rapporterar fler öppna förskolor år 2004 än 2003. Regeringen har gett Skolverket i uppdrag att under år 2005 göra en kartläggning av varför så många öppna förskolor läggs ned.

Under förskoletiden har barnavårdscentralerna hand om förskolebarnens förebyggande hälsovård.

### **Barn i förskoleklass eller skola och deras elevhälsa**

Barn skall anvisas plats i förskoleklass från och med höstterminen det år då barnet fyller sex år men får tas emot dessförinnan. Utbildningen i förskoleklass skall stimulera varje barns utveckling och lärande och skall ligga till grund för deras fortsatta skolgång. Särskilt stöd skall ges åt de barn som behöver det.

Barn skall fullgöra sin skolplikt i grundskola, särskola eller specialskola. Utbildning i grundskolan skall syfta till att ge elever de kunskaper och färdigheter och den skolning i övrigt som de behöver för att delta i samhällslivet. Den skall ligga till grund för fortsatt utbildning i gymnasieskolan. Särskilt stöd skall ges till elever som har svårigheter i skolarbetet.

Utbildningen i sameskolan syftar till att ge samers barn en utbildning med samisk inriktning som i övrigt motsvarar utbildningen till och med årskurs 6 i grundskolan. Liksom i grundskolan skall särskilt stöd ges till elever som har svårigheter i skolarbetet.

Utbildning i särskolan syftar till att ge utvecklingsstörda barn och ungdomar en till varje elevs förutsättningar anpassad utbildning som så långt som möjligt motsvarar den som ges i grundskolan och gymnasieskolan.

Utbildningen i specialskolan syftar till att ge barn och ungdomar med dövhet eller hörselskada en till varje elevs förutsättningar anpassad utbildning som så långt som möjligt motsvarar den utbildning som ges i grundskolan.

### *Elevhälsa*

I begreppet elevhälsa ingår skolhälsovård, elevvård och specialpedagogiska insatser. I skollagen (1985:1100) regleras skolhälsovården. Här framgår att skolhälsovård främst skall vara förebyggande och skall anordnas för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, gymnasieskolan, särskolan, specialskolan och sameskolan. Detsamma

gäller för de elever som går i fristående skolformer. I samband med att skolhälsovårdens ansvar utökades till att omfatta även elever i förskoleklass beskrev regeringen verksamhetsområdet elevhälsa (prop. 2001/02:14). Elevhälsa handlar om att främja hälsan hos alla elever men att ha fokus på elever som är i behov av stöd och hjälp i sitt lärande. Lärande är skolans huvudprocess men för att den skall kunna fungera behövs stöd från andra verksamheter i skolan som exempelvis elevvård och skolhälsovård. Mot bakgrund av den problembild som finns när det gäller barn och ungdomars hälsa och ohälsa är det regeringens bedömning att kommuner och andra skolhuvudmän i första hand bör ha kompetens inom det omvårdande, det medicinska, det psykologiska, det sociala arbetets och det specialpedagogiska området för att kunna arbeta med sociala, känslomässiga, inlärnings- och neurologiskt betingade problem hos barn och ungdomar.

### Skollagskommitténs förslag

Skollagskommittén föreslår i sitt betänkande Skollag för kvalitet och likvärdighet (SOU 2002:121) att ett nytt verksamhetsområde, elevhälsa, införs i skollagen. I verksamhetsområdet skall ingå omvårdnad samt medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska insatser. För verksamheten skall enligt Skollagskommittén finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevens behov kan tillgodoses. Det är huvudmannen eller skolan själv som avgör omfattning och inriktning på personalens sammansättning och kompetens utifrån lokala behov och förutsättningar vilka kan variera över tiden. Vidare föreslår kommittén en särskild bestämmelse om särskilt stöd till elever som kan befaras inte uppnå de mål som minst skall uppnås eller som uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation. De elever som kan vara i behov av särskilt stöd definieras inte närmare men exempel ges. Det kan vara frågan om elever med olika slag av inlärningssvårigheter eller funktionsnedsättningar, elever från socialt och på andra sätt utsatta miljöer, elever som utsätts för misshandel eller andra övergrepp, liksom elever som är utagerande och aggressiva eller tysta och passiva samt elever med neuropsykiatriska tillstånd. Vidare nämns elever som skolkar eller har svårigheter att anpassa sig till formerna för undervisningen. Kommitténs förslag bereds för närvarande inom Utbildnings- och kulturdepartementet.



## Kort beskrivning av elevvård hämtad från Elevvårdsutredningen

I sitt slutbetänkande *Från dubbla spår till Elevhälsa* (SOU 2000:19) konstaterade Elevvårdsutredningen att det var svårt att tydligt och avgränsat beskriva vilket ansvar olika yrkeskategorier inom elevvården har. De yrkesgrupper som nämns är skolsköterska, skolläkare, skolkurator, skolpsykolog, specialpedagog samt studie- och yrkesvägledare. Utredningen beskriver olika sätt för hur elever aktualiseras hos elevvården. Det förekommer att elevvårdarna är konsulter till klassföreståndaren som har ett tydligt ansvar för eleven. Ett annat arbetssätt är att elevvården tar över ansvaret för eleven efter att eleven varit anmäld till en elevvårdskonferens. Utredningen konstaterar vidare att skolhälsovårdens och elevvårdens resurser varierar starkt mellan olika kommuner och skolor och menar vidare att det alltför ofta saknas ett förtroendefullt samarbete mellan förskola, skola och socialtjänst i kommunerna. I de kommuner där socialsekreterare förlagt hela eller delar av sin arbetstid på skolor beskrivs en bättre kommunikation mellan de olika verksamheterna.

## Uppgifter om elevvårdens resurser

Efter att tidigare ha ökat, har antalet elever per anställd i elevvården minskat sedan slutet av 1990-talet. Utvecklingen har varit densamma i fristående och kommunala skolor.

**Tabell 7.1** Antal elever per årsarbetare i elevvården 1997–2003

	Skolsköterska	Skolläkare	Skolkurator	Skolpsykolog
<i>1997</i>				
Kommun	764	12 200	1 495	3 348
Fristående	881	4 176	2 507	6 001
<i>2000</i>				
Kommun	732	11 524	1 199	2 324
Fristående	638	5 174	2 006	4 751
<i>2003</i>				
Kommun	644	10 509	976	2 024
Fristående	-	-	-	-

*Källa:* Skolverkets statistikdatabas

Variationerna över landet är dock stora vilket framgår av nedanstående tabell.

**Tabell 7.2 Antal elever per årsarbetare 2003; spridningsmått för kommuner**

	Skolsköterska	Skolläkare	Skolkurator	Skolpsykolog
Max	2 942	-	4 604	-
50 procent	661	16 215	952	2 236
Min	241	660	342	621

*Källa:* Skolverkets statistikdatabas; maxvärdet anger värdet för den huvudman som har högst värde och min anger värdet för den som har lägst medan 50 procent anger antalet som har det aktuella värdet eller lägre.

### 7.3.3 Polisen och rättsväsende

Det åligger enligt 3 § polislagen (1984:387) polisen att fortlöpande samarbeta med myndigheterna inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem. Vidare framgår av 12 § polislagen att anträffas någon, som kan antas vara under arton år, under förhållanden som uppenbarligen innebär en överhängande och allvarlig risk för hans eller hennes hälsa och utveckling, får han eller hon tas om hand av polisman för att genom dennes försorg skyndsamt överlämnas till sina föräldrar eller någon annan vårdnadshavare eller socialnämnden. Av anmälningar till socialtjänsten om att barn kan behöva skydd görs de flesta av polisen (Sundell m.fl., Socialtjänstens barn, Stockholms stad FoU-rapport 2004:4). Samarbete mellan kommuner och polismyndigheter förekommer över landet men har olika omfattning och ser ut på olika sätt. Det förekommer att socialsekreterare är placerade hos polisen. Samverkan förekommer även inom förebyggande arbete.

Av de cirka 13 000 ungdomar, 15–17 år, som lagförs i Sverige får cirka 40 procent åtalsunderlåtelse eller strafföreläggande. De återstående cirka 5 000 ungdomarna döms i domstol och får någon form av påföljd, vanligtvis böter eller överlämnande till socialtjänsten. Ungefär 2 500 av dem överlämnas till vård inom socialtjänsten. Denna påföljd är ämnad för den som bedöms ha ett problem av social eller psykisk karaktär. Ungdomsbrottskommittén föreslår i betänkandet *Ingripande mot unga lagöverträdare* (SOU 2004:122) att påföljden skall användas endast när den unge efter en kvalificerad bedömning har bedömts löpa risk för

fortsatt brottsligt beteende och därför är i behov av kraftfulla åtgärder från socialtjänsten. Vidare föreslås att påföljden skall ändra namn till socialtjänstpåföljd. Förslaget bereds för närvarande inom Justitiedepartementet.

#### **7.3.4 Ideella organisationer**

Den sociala barn- och ungdomsvården kan samverka med ideella organisationer men samverkan kan ha olika karaktär beroende på vilken typ av organisation det gäller. Idrottsföreningar och kyrkor eller samfund har ofta verksamhet som vänder sig särskilt till barn och ungdomar och kan ses som verksamhet som förebygger sociala problem. Andra arbetar som exempelvis Rädda Barnen och BRIS och kan bedriva informations- och påverkansprojekt samt bedriva arbete som vänder sig direkt till flickor och pojkar. Ytterligare andra kan sälja tjänster som socialnämnden utnyttjar för att ge flickor och pojkar insatser. Det kan vara fråga om behandlingsplatser, terapier, platser på hem för vård eller boende samt stöd vid familjehemsplacering.

#### **7.3.5 Exempel från några kommuner.**

Nya arbetssätt håller på att växa fram i vissa kommuner. Det gäller dels hur man organiserar arbetet inom individ- och familjeomsorg dels hur man organiserar samverkan med andra samhällsorgan. Uppgifter som redovisas är inhämtade från dokumentationen från Socialstyrelsens seminarium Vart är IFO på väg?, genom kontakter med företrädare för kommunerna samt vid kommitténs seminarium.

##### **Karlstads kommun**

Karlstad har cirka 81 000 invånare. Familjehuset i Karlstad är en öppenvårdsenhet för barn, ungdomar och familjer i Karlstads kommun. När familjerna tas emot är de redan utredda och beslut om insats har tagits av en socialsekreterare. Inom Familjehuset använder man sig av en rad olika metoder som exempelvis familjeterapi, familjesamtal, föräldrasamtal, samtal med enskilda barn och ungdomar, närverksmöten, föräldragrupper, barngrupper och sam-

spelsbehandlingen Marte Meo. Inom Familjehuset arbetar sju familjebehandlare och en enhetschef. De kompetenser som finns representerade är socionomer, beteendevetare, förskollärare, fritidspedagog och specialpedagog. Sedan början av år 2002 utvärderas behandlingsarbetet systematiskt. Utvärderingsmodellen beskriver familjen, ger möjlighet att använda informationen i det pågående behandlingsarbetet samt är till hjälp i metodutvecklingen.

### **Strömstads kommun**

Strömstads kommun har cirka 11 000 invånare. År 2003 sammanfördes alla kommunens resurser till barn i behov av särskilt stöd i en gemensam förvaltning under barn- och utbildningsnämnden. Resurscentrum Barn & Ungdom under 21 år bildades. I resurscentrum ingår socialtjänst för barn och ungdom, familjerätt, fritidsverksamhet, LSS/LASS för barn och ungdom, resursskola och ansvar för remisser/yttranden. Skolhälsovården, specialpedagoger, pedagogiskt centrum, elevassistenter, särskola samt familjecentral med öppen förskola, socialsekreterare, ungdomsmottagning och BUP:s öppna grupper är också en del av resurscentrum. Där finns också ett gemensamt barn- och ungdomsteam som består av en socialsekreterare, en skolkurator, en socionom från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, en specialpedagog och en barnomsorgs- och skolpsykolog. Teamet arbetar med grupper och individer samt i stor utsträckning personalstödjande med metodutveckling, utbildning och handledning. Resurscentrum har ett gemensamt ledarskap men två chefer, en från socialtjänsten och en från skolan. Den organisatoriska förändringen har lett till flera tidiga insatser liksom tillgång till fler typer av insatser än i traditionell socialtjänst. Anmälningarna har minskat med hälften och antalet utredningar med två tredjedelar sedan förändringarna inleddes. Kostnaderna för institutionsvård har minskat till en femtedel och kostnaderna för externt personalstöd till skolan har fallit bort.

### **Gagnef**

Gagnef är en glesbygdskommun med cirka 10 000 invånare. För tio år sedan började man diskutera förbättring av samverkan mellan socialtjänst, skola och mödra- och barnhälsovård. Resultatet blev

Familjens hus där syftet är att tillsammans arbeta förebyggande och med tidiga insatser. En omfördelning av resurser har också skett inom socialtjänsten till förmån för mer öppen rådgivning till allmänheten. Socialsekreterare befinner sig i allt större utsträckning ute på öppna förskolor, skolor, fritidsgårdar och vårdcentraler. Detta har lett till färre anmälningar från anmälningsskyldiga myndigheter och allmänheten men fler ansökningar om insatser från föräldrar. Antalet institutionsplaceringar har minskat kraftigt och familjerna nås nu tidigare. Genom att socialsekreterarna är på plats kan man tidigt synliggöra såväl problem som resurser, sätta sig ner med skolans personal och diskutera vad man kan göras tillsammans.

”Man känner sig så liten medan de andra är så stora.

Det känns som att dom inte bryr sig eller fattar någonting.”

”De vill dra upp saker som finns i mitt liv som jag själv inte vill vara delaktig i.”

”Dom vet bara var man finns, inte hur man mår.”

”Vissa är sura och bryr sig inte lika mycket som andra.”

”Försvavar eller stryker över problem.”

”Att alla sitter och kollar på en.”

”Ensam. Att alla vuxna är emot en, då känns det som om man inte har något att säga till om.”

”Att socialtanten inte är allmänbildad. Dom kan ingenting om att vara familjehemsplacerad!”

”Lyssnar inte alltid på vad du säger.”

”Det är bara att sköta sig så blir allting...”

Ur ”Minusmöten med Socialtjänsten”, Rädda Barnens höringar

## Linköping

Linköpings kommun har cirka 135 000 invånare. Sedan 1992 är kommunens organisation uppdelad i beställarnämnder och myndighetsnämnder. En av grundtankarna med denna organisation är att rollfördelning mellan beställande och utförande ska vara tydlig. Sedan 2002 har en specialiserad organisation av socialtjänsten tillskapats för att tydligt skilja mellan myndighetsutövning å ena sidan och råd och stöd å andra. Individ- och familjeverksamhetens råd- och stödsatser är därför organisatoriskt placerad inom produktionsområde omsorg, medan insatser som baseras på anmälan eller ansökan eller annan information som kan föranleda utredning finns inom sociala förvaltningen. I Linköping har man medvetet försökt gå ”från myndighetsutövning till service”. Tanken är att dörren skall vara öppen och att det skall vara lätt att söka stöd. Råd o Stöd är öppna så kallade lågröskelverksamheter dit enskilda kan söka sig. Barnavårdscentral, förskola och skola kan vända sig till eller hänvisa föräldrar och unga till råd- och stödmottagning. Om stöd till barn, unga och familjer bedöms som ”service” sker behandlingen inom Råd och Stöd. Bedöms ett ärende allvarigare, om det finns misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa, anmäler Råd och Stöd detta till socialförvaltningen som har hand om myndighetsutövning. Där utreds och beslutas om alla insatser i form av heldygnsvård. Inom Råd och Stöd görs inga utredningar och fattas inga formella beslut. Däremot förs statistik på vilka olika åtgärder som utförs. Uppfattningen i kommunen är att man med en riklig och differentierad öppenvård som erbjuds på ett tidigt stadium når grupper med olika behov som annars kanske inte skulle ha nåtts av socialtjänsten. Den minskade byråkratin innebär att enskilda får hjälp snabbare. Sedan slutet av 2004 finns tecken som tyder på att placeringar av flickor och pojkar på hem för vård eller boende minskar.

### 7.3.6 Exempel från England och Norge

#### England

I England har 150 lokala myndigheter (local authorities) ansvar för social barn- och ungdomsvård och utbildning. De lokala myndigheterna ligger på olika administrativa nivåer i olika delar av landet. Mindre kommuner (district councils) har inte ansvaret för dessa

frågor utan ansvaret ligger i stället på den regionala nivån; county councils. I londonområdet och i sex storstadsområden ligger ansvaret på lokal nivå i så kallade boroughs eller metropolitan districts. I övriga landet förekommer att ansvaret ligger på unitary councils som ligger på en nivå mellan lokal och regional nivå som i dessa fall saknas. I England får "kommuner" endast företa sig sådant som uttryckligen är tillåtet i lag.

Childrens Act 1989 började tillämpas år 2001 och innehåller en omfattande reglering av bland annat den sociala barn- och ungdomsvården. Trots detta har det inträffat att barn inte fått hjälp, "fallit mellan stolar" och i värsta fall dött till följd av övergrepp och vanvård. Efter utredningar av dödsfallen arbetades ett förslag – Every Child Matters - fram som fokuserar på fyra olika teman. För det första att stärka stödet till familjer och vårdare. För det andra att garantera nödvändiga insatser innan barn råkar i kris och skydda dem från att falla igenom skyddsnetet. För det tredje att undanröja problem med dåligt ansvarstagande och dålig samordning inom och mellan myndigheter och institutioner som har ansvar för barn. För det fjärde att tillförsäkra de som arbetar med barn god utbildning och goda villkor.

Ett tillägg till Childrens Act antogs under hösten 2004. Lagen omfattar bestämmelser om bland annat följande. Utökad samarbete mellan myndigheter som har ansvar för barn och informationsutbyte mellan dem. Inrättandet av en funktion som ungefär motsvarar barnombudsmannen samt bestämmelser om lokalt utsedda tjänstemän med särskilt ansvar för barnfrågor och inrättande av särskilda lokala styrelser för att skydda barn och utöva tillsyn av familjehem.

Varje barn eller ung som är i behov av stöd kan få gå igenom flera olika bedömningar och möta personer med olika professioner men riskerar ändå att bli utan rätt stöd. Slutsatsen har blivit att alla olika aktörer måste samarbeta och ha gemensamt fokus på att förebygga snarare än att bota. Varje "children´s services authority" har skyldighet att upprätta överenskommelser med andra relevanta myndigheter och andra organisationer som har någon funktion som rör barn i myndighetens område. Myndigheter har en skyldighet att samarbeta och de får bidra med olika resurser eller pengar.

Varje children´s services authority är skyldig att upprätta en Local Safeguarding Childrens Board (LSCB) för sitt område. Styrelsen skall ha representanter från den myndighet som upprättat den och från myndigheter med polis-, övervaknings-, Youth

Offending Teams, hälso- och sjukvård-, ungdomsvårdsskole- eller fängelseverksamheter samt från the Children and Family Court Advisory and Support Service. Andra medlemmar kan ingå om de myndigheter som ingår kommer överens om det. En LSCB har till uppgift att samordna det arbete som utförs av de personer, myndigheter eller organisationer som ingår i syfte att garantera och främja barns välfärd i området samt säkerställa att arbetet i de olika verksamheterna bedrivs effektivt.

Utbildningsministern får förelägga lokala myndigheter att utarbeta och publicera en plan – Children´s and young people´s plans – som anger myndighetens strategi för att fullgöra sina uppgifter vad avser barn och unga.

Children´s trusts bildas i olika delar av England. Där samlas stöd till barn och unga i ett område enligt en skyldighet i the Childrens Act att samarbeta så att deltagande verksamheter kan fokusera på att utveckla resultatet för alla barn och unga. På Every Child Matters hemsida ([www.everychildmatters.gov.uk](http://www.everychildmatters.gov.uk)) presenteras 30 (april 2005) olika children´s trusts som omfattar olika myndigheter och inriktar sitt arbete på olika grupper av barn.

## Norge

I Norge har de cirka 400 kommunerna ansvar för social barnavård. Kommunerna utreder och beslutar om vilken insats ett barn skall få utom när det gäller tvångsvård som fylkesnämnden beslutar om. Många kommuner är dock för små för att kunna handlägga komplicerade barnevernsärenden. Kommunerna kan därför få stöd från ett barn-, ungdoms- och familjedirektorat som lyder under Barne- och familjdepartementet. På direktoratet finns sex avdelningar varav två ansvarar för barn- och familjevård och har myndighetskontor i fem regioner. Varje regionkontor har flera fackteam som är utplacerade i regionen. I Norge finns sammanlagt 26 fackteam med fem till nio anställda som är psykologer, skolpedagoger och barnevernspedagoger (socionomer). Fackteamens uppgift är att hjälpa kommunerna med utredning och att lämna förslag på vilka insatser ett barn bör få. Kommunerna kan välja att vända sig till fackteamen eller låta bli. Det finns dock ekonomiska incitament för kommunerna att utnyttja fackteamen. Om en kommun väljer att i samråd med fackteamet besluta om en insats i exempelvis öppenvård med MST kostar det kommunen (år 2004) 11 000 NKR



medan motsvarande kostnad för en institutionsplacering uppgår till 22 000 NKR. Staten betalar de överskjutande kostnaderna. Kommunen kan avstå från att samråda med fackteamet och anordna en insats på egen hand men får då stå för hela kostnaden.

De uppgifter som redovisas ovan är inhämtade vid kommitténs sekretariats besök vid Barn-, ungdoms- och familjedirektoratet i Norge i augusti 2004. Ansvar för barnevernet hade då flyttats över till direktoratet från fylkena vid det senaste årsskiftet. Erfarenheterna så långt var att kommunerna i varierande omfattning vände sig till fackteamen. Kommuner med god kompetens och små kommuner med kanske endast en halv tjänst för barnevernsärenden var de som utnyttjade fackteamen mest.

## **7.4 Analys och problembilder**

### **7.4.1 Organisation**

Det finns många olika modeller för att organisera den sociala barn- och ungdomsvården. Forskning som belyser organisationen av den sociala barn- och ungdomsvården är sparsam. En studie som omfattar 100 svenska kommuner genomförs för närvarande vid Stockholms universitet. Den kommer att presenteras under hösten 2005 och ger förhoppningsvis indikationer om organisationens betydelse för den sociala barn- och ungdomsvårdens resultat. Problemen med kvalitet på insatser och utredning, dålig kunskap och hög personalomsättning behöver inte huvudsakligen vara orsakade av sättet att organisera den sociala barn- och ungdomsvården. I svaren på kommitténs intervjuundersökning med 115 kommuner eller kommundelar var en stark majoritet nöjd eller mycket nöjd med organisationen av den sociala barn- och ungdomsvården.

Varje typ av organisation har sina fördelar och nackdelar. När organisationen utgår från barnet finns risken att man tappar helhetssynen och inte inkluderar familj och nätverk. Medan i en organisation med geografisk indelning där man har hand om all individ- och familjeomsorg finns risken att barnperspektivet tappas bort. Vilken organisationsform en kommun än väljer behöver båda perspektiven vara vägledande för arbetet i den sociala barn- och ungdomsvården. Skulle perspektiven komma i konflikt med varandra skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Behovet av förebyggande arbete och tidiga insatser eller tidigt stöd påtalas ofta. Kommunerna har löst det på olika sätt och med olika organisation. Exempel på sätt att möta behovet är att tillsammans med landstingen bilda familjecentraler eller att skapa lättillgängliga verksamheter i öppenvård. Även här saknas forskning om själva organisationsformen även om det finns forskning som visar att förebyggande arbete har betydelse. Dessutom finns utvärderingar av enskilda familjecentraler jfr. Cederblad i Forsknings-sammanställning, IMS rapport och Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd, Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.

Inom den sociala barn- och ungdomsvården har det blivit vanligare att insatser ges utan föregående utredning och biståndsbeslut. Det finns en tveksamhet inför anmälningsförfarandet och utredningsverktyget som den primära vägen för socialtjänsten att ge stöd. Arbetssättet kan innebära att den här typen av verksamheter organiseras i en särskild enhet. Utvecklingen är positiv om den medför att flickor, pojkar och deras familjer kan nås i ett tidigt stadium av en ogynnsam utveckling. Formen för att organisera arbetet får dock inte innebära att barn som behöver skydd inte utreds. Reglerna om handläggning och utredning i 11 kap. socialtjänstlagen gäller oberoende av hur socialnämnden väljer att organisera den sociala barn- och ungdomsvården.

#### 7.4.2 Samverkan

Ansvar för att ge stöd till barn och unga som behöver det är delat mellan olika verksamheter och huvudmän. De flickor och pojkar som har en sammansatt problematik kan samtidigt behöva stöd från flera verksamheter. Om stöd skall ges på det sätt som är bäst ur barnets perspektiv måste det vara tidigt, samordnat och ges utifrån en helhetssyn på barnet och dess situation. För att detta skall kunna ske krävs att de inblandade verksamheterna samverkar. Samverkan sker i olika former och med olika framgång. Det finns många faktorer som försvårar samverkan som oklar ansvarsfördelning mellan huvudmännen, att mer omfattande verksamheter som bedrivs i samverkan ofta bekostas med projektmedel samt att den ekonomiska styrningen har svårt att skapa incitament som tydliggör och belönar vinsterna med samverkan.

Problemet med oklar ansvarsfördelning är kanske tydligast vad gäller socialtjänstens och den sociala barn- och ungdomsvårdens samverkan med hälso- och sjukvården. Av förarbetsuttalanden till såväl socialtjänstlagen (prop. 1979/80:1) som till hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97) framgår att det inte anses möjligt att dra gränsen mellan vad som är socialtjänst och vad som är hälso- och sjukvård utan att den frågan får lösas i samverkan mellan huvudmännen. I utvärderingar av samverkansprojekt anges just oklar ansvarsfördelning som en svårighet i samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Samtidigt skall samverkan lösa problemen med ansvarsfördelningen. Ett samverkansmoment 22 har uppstått.

Trots de svårigheter som exemplifierats kan samverkan inte undvaras. Alternativet vore att all samhällsverksamhet som riktar sig till flickor och pojkar ingick i en enda organisation. Det framstår varken som effektivt eller önskvärt och skulle sannolikt leda till behov av samverkan inom organisationen i stället. Socialstyrelsen har i Strategier för samverkan, presenterat vad styrelsen menar är centralt för att samverkan kring barn som far illa skall utvecklas. Samverkan behövs även när det gäller förebyggande arbete och tidiga insatser eller tidigt stöd.

De verksamheter som förväntas samverka styrs av sin respektive regelverk, de flesta är politiskt styrda organisationer och dessutom förekommer inom organisationerna en ekonomisk styrning. För att bidra till att samverkan skall komma till stånd, utvecklas och fortleva bör styrsystemen för de olika verksamheterna samverka. Inte bara målen och ambitionen att utgå från det enskilda barnets behov behöver vara gränsöverskridande utan också den ekonomiska styrningen. Resurser bör fördelas på ett sådant sätt att samverkan mellan olika verksamheter gynnas och incitamenten bör vara sådana att samverkan över olika organisatoriska gränser gynnas.

**Miljön och formen för möten**

”Att samtal inte har ägt rum på ett trevligt ställe exempelvis ett café.”

”Tråkiga rum ... Känns instängt.”

”Opersonligt, obekvämt och tråkigt på socialkontoret.”

”Fula färger på väggarna.”

”Långa utdragna möten som gör att man får huvudvärk.”

”Att mina föräldrar ska vara med.”

”Tråkiga möten. Man tar upp saker som man inte behöver.”

”Soc.möten suger.”

Ur ”Minusmöten med Socialtjänsten”, Rädda Barnens höringar

## 8 Utredning och insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården

### Till Socialen!!!

...Smärt, Plåga och Sorg.

Hat, Osäkerhet och Rädsla.

Besviknen, Förvirrad och Förtvivlad.

Ledsen, Övergiven och Ensam.

...Det är mitt liv uppbyggt på...

Hur kan ni kräva att jag ska sköta mig?

Med denna börda innanför mitt bröst är det omöjligt.

Ingen kan tvinga mig att må bra.

Jag kan inte, orkar inte, hur gärna jag än vill.

Tvinga inte på mig hjälp, jag måste vilja själv för att lyckas.

Tala inte om för mig hur jag mår, det är endast jag själv som kan avgöra det.

Rör mig inte, Tala inte med mig, låt mig komma själv.

Spring inte efter mig och tjata, när jag är redo så kommer jag.

Ber om din hjälp och satsar på att lyckas.

Men tvinga mig inte för då stretar jag emot mer och mer och det löser inga problem.

Då blir bördan bara tyngre...

*ZannY\*\**

I kommitténs uppdrag ingår att göra en samlad analys av den sociala barn- och ungdomsvårdens mål, innehåll, resultat och organisation samt ta ställning till om det är möjligt att precisera målen för den sociala barn- och ungdomsvården.

Socialtjänstens inklusive den sociala barn- och ungdomsvårdens verksamhet skall syfta till att öka den enskildes möjligheter att ta del av samhällets gemenskap och förebygga att sociala svårigheter uppstår samt begränsa eller avhjälpa behov av stöd och hjälp. I socialtjänstlagens portalparagraf anges de grundläggande målen för socialtjänsten – demokrati, jämlikhet och solidaritet.

Enligt socialtjänstlagen skall kommunerna verka för att barn och unga, flickor och pojkar, växer upp under trygga och goda förhållanden och med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos dem som visat tecken på ogynnsam utveckling. När beslut fattas som rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Målet för barnpolitiken är att barn och unga skall respekteras, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2004/05:1).

## **8.1 Anmälan och utredning**

De barn eller unga som har behov av socialnämndens stöd, hjälp eller skydd kan aktualiseras på flera olika sätt. De kan bli aktuella genom att föräldrarna eller barnet gör en ansökan om bistånd, genom att det inkommer en anmälan, en myndighetsbegäran om yttrande eller på nämndens eget initiativ. För att kunna bedöma om och vilken hjälp barnet behöver måste barnets förhållanden utredas.

### **8.1.1 Anmälningar**

Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla det till socialnämnden. Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, rättspsykiatrisk verksamhet, polismyndigheten, kriminalvården och socialtjänsten är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller

även dem som är anställda hos sådana myndigheter. Anmälningskyldighet gäller också dem som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som berör barn och unga eller annan yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område. För att förtydliga anmälningskyldigheten infördes från den 1 juli 2003 en hänvisning till socialtjänstlagens anmälningsplikt i de lagar som reglerar verksamheter som vänder sig till barn och ungdom.

I samband med att bland annat de nämnda hänvisningarna infördes konstaterades i förarbetena (prop. 2002/03:53) att bara en liten del av de fall där barn kan misstänkas fara illa anmäls till socialtjänsten. Vidare angavs som exempel på situationer när ett barn riskerar att fara illa att barnet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummelse att tillgodose barnets grundläggande behov. Skyldigheten att anmäla är absolut i den meningen att den inte får bli föremål för övervägande av den anmälningskyldige själv, jfr JO 1995/96 s 247.

Det saknas dock statistik inom flera delar av den sociala barn- och ungdomsvården i Sverige vilket konstaterats tidigare i betänkandet Valfärd, vård och omsorg (SOU 2000:38) samt av Socialstyrelsen (SoS-rapport 1998:4). Det innebär att det saknas årlig nationell statistik över antalet barnavårdsanmälningar, vem som gör anmälningarna, vad de innehåller, hur många anmälningar som leder till utredning och hur stor andel av de utredda barnen som slutligen får en insats. Det saknas även nationella uppgifter om antalet barn som utreds utan att få en insats och som senare återkommer för ny utredning.

Eftersom det inte finns någon heltäckande och enhetlig statistik av anmälningar och utredningar i landet går det inte att med säkerhet uttala sig om andelen anmälningar och utredningar ökar eller minskar. Många kommuner för visserligen statistik över antalet anmälningar men det görs inte på ett enhetligt sätt och siffrorna kan därför inte jämföras.

Länsstyrelsen i Västra Götaland har sedan 1999 sammanställt uppgifter om antalet inkomna anmälningar under första kvartalet varje år och hur många av dem som lett till utredning. Från år 2000 har även insamlats uppgifter om vilka som gjort anmälan och orsaken till anmälan.

Tabell 8.1 Anmälningar och utredningar i Västra Götalands län

År	Antal anmälningar	Antal utredningar	Procentuell andel inledda utredningar
1999	2 639	1 671	63 %
2000	2 894	1 660	57 %
2001	3 075	1 606	52 %
2002	2 831	1 392	49 %
2003	3 301	1 469	45 %
2004	3 845	1 721	45 %

Befolkningen i Västra Götaland i åldersgruppen 0–18 år har under perioden 1999–2003 ökat med drygt 1 100 personer.

Antalet anmälningar har ökat kontinuerligt sedan mätningarna började och antal inledda utredningar har minskat, mätt i såväl faktiska tal som i andel av anmälningar. Inkomna anmälningar och ansökningar ökade något även i Stockholms kommun åren 2002–2004 (FoU-rapport 2004:5, Stockholm).

Under år 2004 angavs i Västra Götaland kriminalitet (27 procent) som vanligaste orsak till anmälan följt av bristande omsorg (23 procent) (Barnvårdsanmälningar och utredningar 2003 – Länsstyrelsen i Västra Götaland Rapport 2004:52). Följaktligen var polisen den vanligaste anmälaren (cirka 35 procent) och därefter kom förskola och skola (cirka 20 procent). Hälso- och sjukvården med bland andra barnvårdscentraler och barnpsykiatri stod för mindre än 10 procent av anmälningarna. Även i svaren på de intervjuer kommittén låtit gör med företrädare för 115 kommuner och kommundelar anges polis samt förskola och skola som de vanligaste anmälarna.



## 8.1.2 Utredning

### Det finns mycket

Det finns mycket  
man missar  
men om man bestämmer  
att man inte ska missa något  
så gör man det inte heller.

Helsingborg

Av bestämmelserna i 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att socialnämnden utan dröjsmål skall inleda utredning om det som har kommit till nämndens kännedom kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Det är nämndens ansvar att bedöma om det finns grund för en inkommen anmälan och vilka åtgärder som i så fall behöver vidtas. Utredning bör inte inledas om det redan från början står klart att någon insats inte är aktuell (prop. 1979/80:1 s. 562). JO har uttalat att nämnden i varje enskilt fall skall göra en individuell bedömning av om utredning skall inledas eller ej. Den bedömningen bör ta sikte på innehållet i anmälan och nämndens kännedom om den eller de som anmälan rör. Det har således ingen betydelse för bedömningen vem som är initiativtagare till anmälan (JO 1995/96 s 313).

I Stockholm är det huvudsakligen anmälningar som rör snatteri och annan kriminalitet som inte leder till utredning (Kaunitz m.fl., 2004, Social barnavård i Stockholms stadsdelar, FoU-rapport 2004:5).

Utredningen skall bedrivas på ett sådant sätt att barnet synliggörs. Om möjligt skall barnets inställning klarläggas. Det kan ske genom samtal med barnet eller genom att utredaren på annat sätt försöker skaffa sig kunskap om barnets behov och vad som är viktigt för barnet. Barnet skall ges rätt och möjlighet att komma till tals under utredningstiden men barnet har ingen skyldighet att tala. Utredaren skall bedöma barnets hela situation och barnets behov

bör vägas mot föräldrarnas förmåga att tillgodose dem. Barnets bästa skall, som framgår av 1 kap. 2 § socialtjänstlagen, vara vägledande i den slutliga bedömningen.

Vid utredning inhämtas uppgifter i första hand från den flicka eller pojke som utredningen gäller och från vårdnadshavarna. Information kan också inhämtas från förskola, skola och hälso- och sjukvården. Ett led i utredningen kan vara att barnet utreds vid barn- och ungdomspsykiatri, utredningshem eller särskilt ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse. Väntetiderna för utredning av barn- och ungdomspsykiatri kan vara långa och överskrida den tid på fyra månader inom vilken en utredning skall vara slutförd enligt 11 kap. 2 § andra stycket socialtjänstlagen. Samverkan mellan den sociala barn- och ungdomsvården och barn- och ungdomspsykiatri behandlas i kapitel 9. Även om andra bidrar med material är det alltid socialnämnden som ansvarar för en barnavårdsutredning.

### **Antal barn som årligen utreds**

Vad som redan sagts om den bristfälliga nationella statistiken gör att det med säkerhet inte går att säga hur många barn som årligen utreds av socialtjänsten. Olika uppskattningar och beräkningar har gjorts. Sundell & Egelund har beräknat antalet barn som årligen kan ha blivit föremål för en barnavårdsutredning till närmare 100 000 (Sundell, K., & Egelund, T., 2002, Barnavårdsutredningar – En kunskapsöversikt).

När Statistiska centralbyrån 1993 undersökte antalet anmälningar och utredningar i barnavårdsärenden visade det sig att vid mättillfället var 6 600 barn föremål för utredning. Två tredjedelar av utredningarna rörde barn i åldern 0–12 år. När Socialstyrelsen 1997 gjorde en uppföljning av studien skattades antalet barn som var föremål för pågående utredning till 10 000. I rapporten uppskattas antalet utredningar under ett år vara två till tre gånger så stort.

Länsstyrelsen i Västra Götaland beräknade antalet inledda utredningar till 45 procent av antalet anmälningar under år 2003 till skillnad från år 1999 då 63 procent av anmälningarna ledde till utredning.

Såväl utländska som svenska studier visar att ungefär hälften av alla utredningar leder till insats. Variationerna mellan kommunerna är dock stor. I Sundell och Karlssons (1999) studie varierade anta-

let utredningar som ledde fram till insats från 91 procent i en kommun till ingen i en annan (Sundell, K. & Karlsson, U. (1999) Social barnavård i tio svenska kommuner. FoU-rapport 1999:26, Stockholm). Sundell, Vinnerljung, Löfholm, Humlesjö (2004) har följt en grupp Stockholmsbarn födda 1968 och 1975 från födelsen till 25 års ålder. Enligt rapporten har andelen stockholmsbarn som någon gång under barndomen utretts beräknats till 19 procent och andelen som erhållit insats till 10 procent (Socialtjänstens barn FoU-rapport 2004:4 Stockholms stad, Stockholm).

Uppgifterna om antalet anmälningar och utredningar är osäkra och svåra att använda som underlag för beräkningar. Med de redovisade uppgifterna som grund kan antalet anmälningar uppskattas till mellan 44 000 och 400 000 per år och antalet utredningar till mellan 20 000 och 100 000.

### Kvaliteten i utredningsförfarandet

Uppgifter om kvaliteten på utredningar i barnavårdsärenden framkommer dels genom länsstyrelsernas tillsyn och dels genom olika forskarrapporter.

#### *Uppgifter från tillsynen*

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport om tillsyn 2003, att länsstyrelserna lyft fram att det finns brister i handläggningen av barnavårdsutredningar. En brist är att anmälningar inte utreds i tillräcklig omfattning. Skälet uppges vara att det saknas en systematisk metod för att bedöma om anmälningar skall leda till utredning eller inte. Barn som visar ett riskbeteende fångas därför inte alltid upp av socialtjänsten.

Av Socialstyrelsens rapport om länsstyrelsernas tillsyn 2003 framgår också att socialtjänsten i kommunerna har svårigheter att hålla utredningstiden och att familjerna inte informeras under utredningstiden. Utredningarna saknar dessutom ofta helhetsperspektiv avseende barnets levnadsförhållanden och barnet kommer inte till tals i tillräcklig omfattning. Av motsvarande rapport från tillsynen 2004 framgår att sju länsstyrelser menar att kommunerna blivit allt bättre på att beakta barnperspektivet i handläggningen

och vården. Framförallt redovisas barnens egna synpunkter bättre i utredningarna.

#### *Utredning av länsstyrelsen i Stockholm*

Länsstyrelsen i Stockholm har under perioden 1998–2003 granskat barnavårdsutredningar ur ett barnperspektiv. Första året granskades utredningar om barn i åldern 0–6 år. Barnens förhållanden var inte alls beskrivna i nästan hälften av alla ärenden och bara i en fjärdedel av ärendena hade socialnämnden gjort en bedömning i förhållande till barnets behov. Granskningen utvidgades därefter till att gälla åldersgruppen 0–17 år. Länsstyrelsen konstaterar i sin rapport 2003 att alltfler utredningar ger en god beskrivning av barnet och dess behov och att även de yngre barnen i allt större utsträckning får tala med sin socialsekreterare. Det finns fortfarande ett stort behov av att utveckla och förbättra metoder och dokumentation i barnavårdsutredningar. Det är för stor andel av utredningarna som inte ger en tillräckligt mångfacetterad bild av barnet och dess levnadsomständigheter för att socialtjänsten skall kunna bedöma risken för att barnet utvecklas ogynnsamt och för att kunna identifiera behovet av stödinsatser.

#### *Bedömningar i rapporter*

Kritik har riktats mot socialtjänstens utredningar i barnavårdsärenden. Såväl tillsynsmyndigheterna som forskare har påtalat att barnavårdsutredningar många gånger inte uppfyller formella krav på handläggning och kvalitet. De tar till exempel lång tid, de uppfyller inte kravet på neutralitet, klienterna har inte tillräcklig insyn, det finns brister i dokumentationen och barnen kommer inte till tals i tillräcklig utsträckning. Andra exempel är att alla inblandade inte kontaktas, begränsningar i urvalet av den information som tas med i utredningen samt bristfälligt underbyggda generaliseringar (Sundell, K., och Egelund, T., (2002), Barnavårdsutredningar – en kunskapsöversikt CUS, Social tillsyn 2003, Glingvall-Priftakis, G., och Sundell, K., (1995) FoU-rapport 1995:21, Sexuella övergrepp mot barn, Wähländer, E., (1994), FoU-rapport 1994:3 En jämförande undersökning av barnavårdsutredningar och sociala insatser, Edvardsson, B., (2003), Kritisk utredningsmetodik).

Sundell och Egelund (2002) pekar i sin kunskapsöversikt om barnavårdsutredningar på de problem som finns när det gäller utvärdering av barnavårdsutredningar. Det saknas etablerade kriterier för att göra sådana bedömningar. Ett annat problem författarna lyfter fram är att de krav som lagstiftningen ställer på en utredning är otydliga.

Det finns olika sätt att utreda ett barns behov av insats och det går inte att bedöma om det ena sättet är bättre än det andra. Centrum för utvärdering av socialt arbete; CUS, konstaterar i en undersökning av sex kommuner att de kommuner som har specialiserade utredningsenheter inleder utredning tidigare, är mer benägna att ansöka om tvångsvård, prioriterar skyddet för barnet framför föräldrarnas vilja och har något tydligare barnperspektiv än de integrerade enheterna. I rapporten konstateras att handläggare inom en kommun kan göra olika bedömningar av samma ärende, men de konstaterar också att även om handläggarna gör samma sak så kan de rubricera handlingarna olika. Problemet är att det saknas enhetliga begrepp och/eller att begreppen är otydliga (CUS skrift 2000:3 Barnavårdsutredningar i sex kommuner, F Östberg, m.fl.).

### **Löften som inte hålls**

”Dom är dåliga på att hålla vad dom lovar.”

”Att dom inte följer upp min utredning.”

”Dom glömmer att fråga vad man själv anser om besluten. Det känns som att dom vill gå så fort som möjligt så de får åka hem till sitt hem/liv snabbare.”

Ur ”Minusmöten med Socialtjänsten”, Rädda Barnens höringar

## Ett utrednings- och uppföljningssystem

Socialstyrelsen har tagit fram den utrednings- och uppföljningsmodell som beskrivs här. Detta delvis som ett svar på den kritik som kommunerna fått från Riksdagens revisorer och Justitieombudsmannen för bristande kvalitet i arbetet med de familjehemsplacerade barnen.

BBIC – Barns behov i centrum – är ett projekt som Socialstyrelsen drivit sedan 1999 tillsammans med sju projektkommuner/kommundelar och som beräknas vara klart för nationell spridning under 2005/2006. Projektet har hämtat inspiration från ett engelskt system som framtagits genom omfattande forskning om utsatta barn och deras familjer. Målet med projektet är att utveckla ett enhetligt system för handläggning och dokumentation inom den sociala barn- och ungdomsvården och därmed stärka barnets ställning. Fokus i utredningsarbetet skall läggas på barnet och inte föräldrarnas problem.

Dokumentationssystemet består av en serie formulär som följer hela ärendehandläggningen. Från att anmälan eller ansökan görs, till utredning och uppföljning av insatsen. Utgångspunkten är att barnets grundläggande behov skall fångas upp och bedömas utifrån följande sju behovsområden; hälsa, utbildning, känslö- och beteendemässig utveckling, identitet, familj och sociala relationer, socialt uppträdande och ”hur klara sig själv”. Barnets behov sätts i relation till föräldrarnas förmåga och faktorer i den omgivande miljön.

Systemet kan användas vid uppföljning av såväl heldygninsatser som öppenvårdsinsatser och följer en strukturerad metod där alla inblandade parter skall vara klara över vilka insatser barnet behöver, vem som ansvarar för att de genomförs och när de skall följas upp. För barn som är placerade i familjehem eller på institution sker BBIC-uppföljningen i utvärderingsmöten. Mötet leds av en oberoende ordförande, som inte är involverad i placeringen. Syftet med dessa möten är att regelbundet stämma av vården och förvissa sig om att barnet får sina behov tillgodosedda. Genom denna arbetsform visar man på en öppenhet för insyn i socialtjänstens uppföljningar av placerade barn – det ger en kvalitetssäkring åt vården.

Under år 2004 har tre delutvärderingar av BBIC publicerats. Projekterfarenheterna så här långt visar att föräldrarna och barnen är positiva till den tydliga strukturen i BBIC, något som också bekräftats i de engelska utvärderingarna. Samarbetet med skolan har förbättrats, barnens behov har blivit mer synliggjorda, besluts-

underlagen har fått ökad kvalitet och blivit lättare att kommunicera till politiker, länsrätt, samarbetspartners och föräldrar. Barnen har överlag kommit till tals i högre grad än tidigare och blivit mer delaktiga i socialtjänstens arbete (Socialstyrelsen 2004 Utvärderingsmöten i BBIC. En studie av barns delaktighet och medbestämmande, Socialstyrelsen (2004) Implementeringen av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer. En studie av den lokala organisationen av projektet Barns behov i centrum. Underlag från experter, Socialstyrelsen, Stockholm).

Den sammanfattande värderingen som görs av Rasmusson (2004) är att utvecklingsarbetet av BBIC, generellt sett, förefaller vara på god väg att motsvara sina syften i praktiken det vill säga att stärka barnets ställning i enlighet med FN:s konvention om barns rättigheter och 1 kap. 2 § samt 3 kap. 5 § socialtjänstlagen. Dessutom skapas struktur och systematik i arbetet med att identifiera och dokumentera barns behov av insatser samt ges bidrag till ökad kvalitet och rättssäkerhet i utredningar (Rasmusson, B., 2004, Barnvårdsutredningar på nya grunder – Meddelanden från Socialhögskolan 2004:1, Socialhögskolan i Lund).

### 8.1.3 Flickor och pojkar som anmäls och utreds

Även vad gäller fördelningen av anmälningar mellan pojkar och flickor saknas säkra uppgifter. Under år 1998 rörde i Linköpings kommun 54 procent av anmälningarna pojkar och 44 procent flickor (Cocozza, M., 2003, rapport nr 26, juni 2003, Hälsouniversitet/Linköpings universitet). Av Socialstyrelsens rapport Jämställd socialtjänst, 2004, framgår att fler pojkar anmäls på grund av sitt beteende medan anmälningar som rör flickor handlar om brister i hemmiljön. Vidare framgår att något fler pojkar än flickor tycks bli utredda av den sociala barn- och ungdomsvården och att flickor får generellt färre insatser än pojkar. En studie av barnvårdsutredningar visar att flickor beskrivs genom inre egenskaper och pojkar genom sina handlingar och att flickornas situation kartläggs medan pojkarnas förhållanden förklaras (Jämställd socialtjänst 2004, Socialstyrelsen).

*Barn och unga med utländsk bakgrund*

Ungdomar som är födda utomlands är överrepresenterade inom alla nivåer av socialtjänstens arbete och det gäller även anmälningar och utredningar. Anmälningarna avser sällan missbruk. När anmälningarna har sin grund i brottslighet tyder de på att brottsligheten är grövre än i anmälningar som avser andra ungdomar, något som troligen påverkar socialnämndens benägenhet att öppna en utredning. Ungdomarna själva söker ofta hjälp på grund av relationsproblem i familjen. Det vanligaste skälet till att en utredning inleds är problem i relationen mellan en ungdom som är född utomlands och familjen (Individ och familjeomsorgens arbete med ungdomar, Socialstyrelsen, SoS-rapport 1998:5).

## 8.2 Öppenvårdsinsatser

Begreppet öppenvård är inte närmare definierat. Alla insatser som inte är heldygnsvård som vård i familjehem, i hem för vård eller boende eller vård vid särskilt ungdomshem kan betraktas som öppenvård.

### 8.2.1 Mål

Målet med vård i öppna former är inte särskilt preciserat i lagstiftningen och skiljer sig huvudsakligen inte från målen för andra insatser. Det framgår av 5 kap. 1 § socialtjänstlagen att socialnämnden skall verka för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden, följa utvecklingen hos de barn och ungdomar som visar tecken på ogynnsam utveckling, förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom och i nära samarbete med hemmet sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver.

Insatserna skall enligt uttalanden i förarbetena (prop. 1996/97:124) sättas in så tidigt som möjligt eftersom de då kanske inte behöver bli så omfattande och ingripande.



Dom gav mej kontaktpersoner som inte hade någon erfarenhet om missbruk. Det kändes som om man var tvungen att bygga upp en mask som dom kunde acceptera, som dom gillade. En mask av lögner, en annan människa. Som man varje gång tog på sej när man skulle prata med soc. Allt kändes så enkelt, dom såg den här masken och inget annat. Men jag vet att dom visste hur det låg till, dom ville bara inte se det. Men dom nöjde sej med masken.

Anonym

### 8.2.2 Olika öppenvårdsinsatser

Under senare år har kommunerna utvecklat arbetet med öppenvårdsinsatser så att allt mer av det sociala arbetet bedrivs i öppna former på hemmaplan. Samtidigt har en metodutveckling skett. Arbetet riktas till individer eller till grupper.

Insatserna kan variera allt ifrån råd och stöd till målinriktade program där ett barn eller en ung person och familjen är inskriven dagtid. Utbudet av öppenvårdsinsatser kan variera mellan olika kommuner. De större kommunerna kan ibland erbjuda en mängd olika alternativ medan mindre kommuner har mer begränsade möjligheter. Det saknas således en enhetlig definition av begreppet öppenvårdsinsats.

Av socialtjänstlagen framgår dock att socialnämnden kan tillhandahålla vissa öppenvårdsinsatser. Av lagens 3 kap. 6 § framgår att nämnden kan utse en kontaktperson eller en kontaktfamilj med uppgift att hjälpa ett barn och hans eller hennes närmaste med personliga angelägenheter. Kontaktfamilj och kontaktperson är två olika insatser. Kontaktfamilj beviljas i allmänhet familjer med yngre barn och med behov av avlastning. Ofta vistas barnet hos familjen regelbundet till exempel en helg varje månad. Kontaktperson ges vanligen som ett stöd till lite äldre barn som behöver socialt stöd, hjälp med läxor och fritidsaktiviteter. Vidare finns bestämmelser

om att föräldrar som behöver hjälp att hitta lösningar på frågor som rör vårdnad, umgänge och boende skall erbjudas samarbetsamtal samt hjälp att träffa avtal i dessa frågor. Dessutom skall kommunen sörja för att det finns tillgång till familjerådgivning för dem som begär det. I övrigt får en kommun avgöra vilka öppenvårdsinsatser som skall tillhandahållas invånarna.

Öppenvård kan bedrivas av såväl kommuner som enskilda utförare. Ett hem eller en öppen verksamhet som bedriver vård under begränsad del av dygnet är tillståndspliktig om den bedrivs yrkesmässigt av en enskild utförare. I september 2004 hade 49 hem eller öppna verksamheter tillstånd att bedriva verksamhet. I övrigt saknas uppgifter om hur många öppenvårdsverksamheter som finns i landet.

Socialstyrelsen har i sin statistik delat in de öppenvårdsinsatser som redovisas där, som strukturerade öppenvårdsprogram, personligt stöd, kontaktperson/-familj enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen samt kontaktperson eller behandling enligt 22 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, så kallat mellantvång.

### Öppen enskild dagverksamhet med tillstånd

Som exempel på behandlingsinriktning inom den tillståndspliktiga öppenvårdsverksamheten har länsstyrelserna i sina svar till kommittén uppgivit nätverksarbete. Av utfärdade tillstånd framgår att verksamheterna kombineras med skolverksamhet och olika former av utbildning och arbetsträning.

En av dessa skolverksamheter beskriver på sin hemsida, i sammandrag, arbetet på följande sätt:

Dagverksamheten arbetar med barn i åldrarna 13–16 år med allvarliga beteendevårigheter. Barnen kan också ha andra problem – i familjen, med nätverket och det sociala livet. En specialpedagog kartlägger barnets kunskaper och tidigare erfarenheter av framgångar och svårigheter. Undervisningen sker i liten klass med utgångspunkt från det individuella barnets möjligheter, med de formulerade behandlings- och skolmålen i sikte. Miljöterapi integreras i det pedagogiska arbetet. I samråd med föräldrar och barn gör terapeuten och läraren ett träningsprogram. Terapeuterna ansvarar för och leder alla regelbundna möten som rör ett enskilt barn och dess familj. Strävan är att det dagliga arbetet verkar mot de för barnet uppsatta målen. Om föräldrar vill gå i egen terapi, gemensamt eller enskilt, så finns den möjligheten.

## Öppna verksamheter som erbjuds barn, unga och föräldrar

Vilka insatser erbjuds då barn, unga och föräldrar förutom de som nämns i socialtjänstlagen? Det förekommer många olika varianter. Här följer en sammanställning av exempel på stöd- och behandlingsformer som det förekommer att kommuner erbjuder. Uppgifterna bygger på information från den sociala barn- och ungdomsvården i olika kommuner samt från kommunernas hemsidor. De öppenvårdsinsatser som en kommun erbjuder kan tillhandahållas av såväl kommunala som enskilda utförare.

### *Stöd till föräldrar*

Föräldrar erbjuds stödjande och rådgivande samtal som är inriktade på att förändra och utveckla föräldrarollen. Spädbarnsverksamheter bedrivs av kommuner eller kommuner och landsting i samverkan. De riktar sig till blivande föräldrar och spädbarnsfamiljer och är inriktade på relation och samspel mellan föräldrar och barn. Syftet med behandlingen är att stödja föräldrarna i föräldrarollen och stärka omsorgsförmågan genom att utveckla den känslomässiga kontakten med barnet. En särskild metod att stödja föräldrar är *Marte meo* som bygger på videoinspelade samtalssituationer.

Det förekommer föräldrautbildningsprogram som vänder sig till föräldrar med utagerande barn i åldern 3–10 år. Syftet är att på ett tidigt stadium bryta negativa samspelsmönster mellan föräldrar och barn och stärka föräldraskapet. Under pedagogiska och strukturerade former får föräldrarna hjälp att hitta förhållningssätt som stärker föräldrarollen. Föräldrarna får utbildning, och handledning individuellt eller i grupp. Utbildningen följer en strukturerad manual. Dessutom förekommer gruppverksamheter som vänder sig till grupper med personer som har liknande problem som med ledning kan stödja varandra. Det kan gälla unga mammor, föräldrar med missbruksproblem och ofrivilliga fäder.

### *Stöd till familjer*

Stödet till familjer kan, beroende på vilka problemen är, se mycket olika ut. Det kan vara fråga om olika former av familjebehandling, nätverksarbete och familjerådslag. Vidare kan familjepedagoger arbeta långsiktigt med psykosocialt förändringsarbete på individ-,

familje- och samhällsnivå i familjens hemmiljö. Verksamheten riktar sig till människor med långvarig social problematik såsom isolering, begåvningshandikapp, missbruksproblem, arbetslöshet, separationer samt familjer med svårigheter i relationen mellan föräldrar och barn som till exempel tonårsproblematik. Huvudmålsättningen är att stärka familjen så att familjemedlemmarna kan använda sina egna resurser till att klara av och förbättra sin situation, utifrån deras egna behov.

På senare tid har nya familjebehandlingsmetoder skapats som FFT – funktionell familjeterapi och MST – Multi systemic therapy/treatment och MTFC – Multidimensional treatment foster care.

FFT vänder sig till familjer, barn och ungdomar med komplexa behov som hamnat i negativa, destruktiva mönster med svåra beteendeproblem som följd. Målet med behandlingen är att minska beteendestörningar, kriminalitet och förbättra familjerelationerna så att barnet inte skall behöva placeras utanför hemmet. En behandlingssamordnare utses som har till uppgift att organisera ett team kring familjen. Teamet kan bestå av familjebehandlare, individualbehandlare och specialpedagoger.

Behandlingen är indelad i fyra faser där behandlarna inledningsvis förstärker uppfattningen om att det finns möjligheter till förändring och samtidigt försöker minimera faktorer som förstärker föreställningen om att saker och ting inte kommer att lyckas. Kommunikationen mellan familjemedlemmarna stärks med olika metoder.

MST vänder sig till familjer med ungdomar i åldern 10–17 år som utvecklat ett antisocialt beteende. Ungdomarna har ofta varit föremål för socialtjänstens insatser, begått brott, uppträtt aggressivt och fungerat dåligt i skolan. Oro för missbrukproblem kan finnas med i bilden. Målsättningen är att aktivt stödja och mobilisera familj och nätverk runt den unge. Det terapeutiska arbetet betonar starkt familjeperspektivet och har ett tydligt föräldrafokus. Syftet är att steg för steg skapa värme och struktur i relationerna mellan föräldrar och barn. Arbetet sker mot konkreta mål som utvecklas tillsammans med familjen och bedrivs i hemmet och barnets närmiljö. En terapeut ansvarar för behandlingen och för att utveckla samarbetet mellan familj, skola och fritid. Arbetet är intensivt och terapeuterna finns ständigt tillgängliga.

MST håller för närvarande på att utvärderas på initiativ av Institutet för metodutveckling i socialtjänsten, IMS. Utvärderingen beräknas vara avslutad under år 2006.

MTFC är ett alternativ till traditionell institutionsvård och familjehemsvård för antisociala, emotionellt störda och kriminella ungdomar som bedrivs när den unge är placerad i familjehem. Målgruppen är ungdomar som är i riskzonen för tvångsplacering eller har varit tvångsplacerade. Behandlingstiden är begränsad och kan utsträckas till högst ett år. I behandlingsteamet ingår en familjeterapeut, ungdomsterapeut och samordnare som tar ansvar för de dagliga kontakterna med samtliga involverade. Vid akuta möten förväntas samtliga myndighetspersoner kunna delta med mycket kort varsel. Utvärdering sker genom mätning före, under och efter behandling.

Familjehemmen är rekryterade och utbildade för att ge ungdomen behandling och intensiv handledning i hem-, skol- och socialmiljö. Familjehemmet medverkar varje vecka i ett grupphandledningsmöte. Därutöver får familjehemmet dagligen stöd och handledning via telefonsamtal i syfte att kontrollera ungdomens utveckling. Familjehemmet synliggör konsekvensen av ett visst handlande och ungdomen som ställer till problem måste också ställa till rätta. Familjehemmets roll blir att visa på val och möjligheter. Ungdomen deltar i ett dagligt strukturerat handledningsprogram som är implementerat i familjehemmet. Dessutom deltar ungdomen varje vecka i individuell social färdighetsträning. Skolnärvaro, beteende och hemläxa är noga övervakat och interventioner är gjorda för ungdomens bästa i skolan. Ungdomens föräldrar får familjeterapi och utbildas i att använda det strukturerade system som ingår i behandlingen. De håller intensiv kontakt med samordnaren för att följa ungdomens utveckling. Syftet är att barnet skall återplaceras i hemmet. Under hela behandlingstiden har ungdomen under kontrollerade former helgumgänge med föräldrarna.

Metoden är beforskad och utvärderad i USA och en av de elva behandlingsformer av 600 som ingår i den så kallade Blueprint-listan, det vill säga det är en behandling som har utvärderats och konstaterats ha vissa effekter. Kjell Hansson, professor vid Lunds Universitet, har introducerat behandlingsmodellen i Sverige och startat ett forskningsprojekt för att få fram vetenskapliga fakta om denna och andra manuellbaserade metoder.

### *Stöd till ungdomar*

Öppenvård som riktar sig till ungdomar har utvecklats i olika former och skulle kunna indelas i insatser med inriktning mot skola och sysselsättning samt stödboende och socialträning. En särskild behandling är ART – Aggression replacement training. Metoden har sina rötter i kognitiv beteendeterapi och social inlärningspsykologi. Utgångspunkten är att aggressioner är ett inlärt beteende. Ungdomarna tränas individuellt i konfliktlösning och socialt accepterade beteenden.

Medling vid brott vänder sig till ungdomar mellan 12–20 år som begått brott och erkänt sig skyldiga. Målet är att förhindra återfall i brott, och att ge brottsoffret en möjlighet till upprättelse. Medling vid brott innebär att gärningsman och brottsoffer träffas tillsammans med en opartisk medlare och samtalar om brottet. Deltagandet bygger på frivillighet från båda parter. Föräldrar och stödpersoner kan få närvara i en passiv roll. Arbetet sker i nära samverkan med polis, socialförvaltning, brottsofferjour, åklagare och domare.

Ungdomsboende innebär ett eget boende kombinerat med olika former av träning i sociala funktioner och etablering av social tillhörighet genom nätverksarbete. Samtidigt kan ungdomarna erbjudas samtal eller terapi där de får hjälp att bearbeta känslomässiga problem.

Det förekommer även grupper som riktar sig till barn eller unga med vissa typer av problem. Det kan vara barn till missbrukande föräldrar, barn som levt i våldsutsatta familjer, barn till separerade föräldrar eller barn till psykiskt sjuka föräldrar. Syftet är att ge kunskap om problemet och att ge känslomässigt stöd. Barnet får, tillsammans med andra barn i samma situation, stöd och hjälp att uttrycka egna behov och känslor och att lära sig sätta gränser. Metoden är pedagogisk. Gruppen träffas med fast struktur och tydliga regler och rutiner.

### **8.2.3 Hur många får öppenvårdsinsatser**

Statistiken har samlats in av Socialstyrelsen. Kommunerna har uppgivit att de haft svårigheter att ta fram den efterfrågade statistiken ur sina administrativa datasystem. Uppgifterna har hämtats från kommuner med olika organisationer och rutiner. Inom kommunen

har uppgifterna hämtats från flera olika källor, vilket ger utrymme för skilda tolkningar av undersökningsvariablerna. Detta kan bidra till osäkerhet i statistiken.

Som behovsprövat personligt stöd räknas kontakt med socialsekreterare, familjeterapi, familjebehandling, att familjen har hemterapeut eller att familjen får förtur till förskola.

Barn har beviljats totalt 50 434 insatser som strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd eller kontaktperson/-familj under år 2004. Av dessa insatser var kontaktperson/-familj vanligast 22 565 barn hade insatsen under 2004, därefter kom behovsprövat personlig stöd som beviljats 20 435 barn och strukturerat öppenvårdsprogram 7 437 barn.

I de intervjuer som gjorts för kommitténs räkning med representanter för 115 kommuner och kommundelar angav 86 procent av de svarande att andelen öppenvård ökat under de senaste fem åren. Som orsaker angavs bland annat att det var bättre att arbeta på hemmaplan, ny kunskap och ekonomiska skäl.

#### **8.2.4 Flickor och pojkar i öppenvård**

Fler pojkar än flickor hade öppenvårdinsatser den 1 november 2004. Ungefär 55 procent var pojkar och 45 procent flickor. Öppenvårdinsatser är vanligast i åldersgruppen 13–17 år. I denna åldersgrupp hade 18 barn per 1 000 beslut om öppenvårdinsatser jämfört med 10 barn per 1 000 i åldern 0–12 år. Bland de yngre barnen 0–12 år, var kontaktperson/-familj vanligast medan äldre ungdomar 18–20 år i högre utsträckning fick personligt stöd. Hur stor andel utlandsfödda barn och unga som får någon form av öppenvårdinsats saknas det uppgifter om.

##### *Ungdomar med utländsk härkomst*

Av en rapport från Socialstyrelsen från 1998 framgår att 60–70 procent av de utredningar som inleddes och avsåg flickor och pojkar med utländsk bakgrund resulterade i en insats. De flesta fick öppenvårdinsatser och den absolut vanligaste formen var kontakt med socialsekreterare. Intensiteten i kontakten kunde vara allt från några gånger per månad till flera gånger i veckan (Socialstyrelsens

rapport Individ- och familjeomsorgens arbete med ungdomar, SoS-rapport 1998:5)

### 8.2.5 Resultat och effekter av öppenvårdsinsatser

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser för barn och ungdomar är inte utvärderade i någon större omfattning. Både kunskaperna och effekterna av dessa insatser är mindre än vad gäller dygnsvård. Det gäller så väl insatsernas omfattning som kvalitet (prop. 2002/03:53). I samband med ändringarna i socialtjänstlagen 1998 konstaterade regeringen att det fanns en rad konkreta exempel på insatser där personal och klienter var positiva till det resultat som uppnåts men för att möjliggöra metodutveckling ansågs det angeläget att insatserna utvärderades och följdes upp så att resultatet fortlöpande kunde bedömas (prop. 1996/97:124).

I en forskningsöversikt, 2001, över insatsen kontaktperson/-familj görs bedömningen att insatsen kontaktperson/-familj sammantaget är den vanligaste insatsen socialtjänsten ger till barn, ungdomar och deras familjer. De som får insatsen kontaktfamilj är vanligen barn till ensamstående mödrar och de som ger den oftast är en fullständig familj. Av alla tillgängliga rapporter att döma tycks kontaktperson/-familj vara en insats med förvånansvärt positiva förtecken sett ur alla berörda parterers perspektiv. Insatsen fortgår ofta så länge alla är nöjda och avslutas när barnet blir större, inte vill längre eller när föräldern inte längre är nöjd eller tycker det fungerar som föräldern tänkt sig. Det är sällan barnen själva har problem när insatsen kontaktfamilj beviljas. Skälet är ofta att föräldern av sociala eller psykiska skäl behöver avlastning. De flesta som får kontaktperson i tonåren får det på grund av egna problem eller problem i relationen till föräldrar. Det finns tecken som tyder på att flickor behöver en kvinnlig förebild att tala med och pojkarna en manlig förebild att göra saker med. Av rapporten framgår att kunskaperna om effekterna av insatsen är begränsad och att det skulle vara en grannlaga uppgift att bestämma vilka kriterier som skulle kunna vara adekvata mått på lyckat resultat. (Andersson och Bangura-Arvidsson, Vad vet vi om insatsen kontaktperson/-familj, En kunskapsöversikt, Socialhögskolan Lund, 2001:01).



### 8.3 Haldygnsinlatser

Socialnämnden skall sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i familjehem eller i ett hem för vård eller boende. Varje kommun ansvarar för att det finns tillgång till familjehem och hem för vård eller boende för dem som behöver vårdas eller bo utanför det egna hemmet.

Statens institutionsstyrelse tillgodoser behovet av hem för unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn så kallade särskilda ungdomshem. Främst gäller det vård beslutad enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga men också ungdomar som dömts enligt 31 kap. 1a § brottsbalken. Det förekommer även att unga som bereds vård frivilligt enligt socialtjänstlagen får vård vid särskilda ungdomshem.

I detta avsnitt behandlas frågor som är gemensamma för heldygnsvård. I avsnitt 8.4 behandlas familjehemsvård och i avsnitt 8.5 vård vid hem för vård eller boende.

#### 8.3.1 Mål

Målen för heldygnsvården är till stor del desamma som målen för öppenvårdsinsatser. Således skall socialnämnden verka för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden, följa utvecklingen hos de barn och ungdomar som visar tecken på ogynnsam utveckling, förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom och i nära samarbete med hemmet sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver. Dessutom skall socialnämnden om hänsynen till den unges bästa motiverar det sörja för att den unge får vård och fostran utanför hemmet.

Socialnämnden skall enligt 6 kap. 7 § socialtjänstlagen medverka till att barn som placerats i familjehem får god vård och fostran samt verka för att de får lämplig utbildning.

Riksdagens revisorer tolkade i sin rapport 2001/02:16 målet för familjehemsvården så att den genom att normalisera uppväxtvillkor och kompensera tidigare brister i barnets liv skall bidra till att barnet mår bra och utvecklas positivt.

Av förarbetena till socialtjänstlagen framgår att institutionsvården så långt som möjligt skall ledas av samma mål och principer

som socialtjänsten i övrigt. Vården skall utformas så att den medger en hög grad av flexibilitet, kontinuitet och närhet till hemmet.

Målet med vården för det enskilda barnet skall framgå av den plan socialnämnden upprättar i samband med barnets placering enligt 11 kap. 3 § socialtjänstlagen. Av den skall framgå vilka förändringar man för barnets del vill uppnå med placeringen, med andra ord vilka förändringar som måste till för att vårdnadshavaren skall kunna ta hand om barnet igen.

### 8.3.2 Socialnämndens ansvar för placerade barn

All heldygnsvård skall enligt 6 kap. 4 § socialtjänstlagen bedrivas i samråd med socialnämnden. Det gäller således för vård i familjehem, i hem för vård eller boende och särskilda ungdomshem. Det innebär att vården skall planeras tillsammans med nämnden och att den som bereder barn eller unga vård skall hålla nämnden informerad om barnets förhållanden och de förändringar som sker under vårdtiden.

När ett barn behöver vårdas i ett annat hem än det egna skall enligt 11 kap. 3 § socialtjänstlagen en plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att ordna. Vårdplanen skall även innehålla åtgärder och insatser som andra huvudmän ansvarar för. Av 5 kap. 1 a § socialtjänstförordningen framgår att en vårdplan skall, om det inte möter särskilda hinder, beskriva följande.

- De särskilda insatser som den unge behöver
- Hur umgänget med barnets föräldrar, vårdnadshavare och andra närstående skall ordnas
- Målet med vården
- Den unges och hans eller hennes vårdnadshavares syn på den planerade vården.

Syftet med en vårdplan är enligt förarbetena (prop. 2000/01:80) att tydliggöra vilka mål och medel som behövs för det enskilda barnet. Planen blir ett redskap i nämndens arbete med genomförandet av vården. Avsikten är att placeringarna skall bli mer genomtänkta och att målet med vården skall tydliggöras. Det underlättar vårdnadshavaren/nas möjligheter att ta ställning till vården. Dokumentet blir i förlängningen ett underlag för uppföljning och utvärdering av vård och behandling för barnet. Vårdplanen bör undertecknas av vårdnadshavaren, det barn som är fyllda 15 år, vårdgivaren samt

handläggaren vid den nämnd som beslutar om vården. Vårdplanen bör revideras när förutsättningarna för vården förändras. Planen bör alltid kompletteras med en behandlingsplan som mer konkret beskriver hur målet med vården skall genomföras och uppnås.

Av 5 kap. 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (SOSF 2003:20 (S)) skall för var och en som får behandling i hem för vård eller boende upprättas en behandlingsplan i samverkan med den enskilde och socialnämnden. Om planen avser ett barn, skall samverkan även omfatta barnets vårdnadshavare. Samverkan med barnets vårdnadshavare får endast underlåtas om vårdnadshavaren är förhindrad eller motsätter sig sådan samverkan.

Socialnämnden skall noga följa vården av ett barn. Av 5 kap. 1 b § socialtjänstförordningen framgår att det främst skall ske genom

1. regelbundna personliga besök i det hem där den unge vistas,
2. enskilda samtal med den unge,
3. samtal med den eller dem som tagit emot den unge i sitt hem,
4. samtal med vårdnadshavarna.

Uppföljningen skall omfatta den unges hälsa, utveckling, sociala beteende och skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående.

Minst var sjätte månad skall socialnämnden överväga eller ompröva om vården fortfarande behövs vilket framgår av 6 kap. 8 § socialtjänstlagen och 13 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Syftet med bestämmelsen är att betona nämndens uppföljningsansvar för vården när det gäller såväl frivilliga placeringar som placeringar utan samtycke.

Länsstyrelserna har i sin tillsyn konstaterat att det finns brister när det gäller nämndernas uppföljning av familjehemsvården. Det är inte ovanligt att både besöken och övervägande/omprövning sker mer sällan än en gång var sjätte månad. Socialnämnden skall vid sina besök i familjehem eller institutioner ta ställning till hur barnets behov av stöd ser ut och bedöma om barnet får tillräckligt stöd från familjehem eller institution, barnomsorg, skola och sjukvård. Syftet med besöken är att undersöka om behoven förändrats sedan vårdplan och behandlingsplan upprättades. Vägen till målen kan behöva konkretiseras och förtydligas och vården i familjehemmet kompletteras med ytterligare insatser. När socialnämnden saknar tillräckliga kunskaper om vad som skulle hjälpa

barnet kan ytterligare utredning behövas. En viktig del av uppföljningen är barnens skolgång. Forskning visar att familjehemsplacerade barn som grupp löper hög risk att få problem med sin skolgång jämfört med barn som växer upp i sitt ursprungshem, jfr avsnitt 8.4.5 om resultat och effekter av familjehemsvård.

### Inlåst

Här är jag inlåst igen.  
Och saknar mitt eget hem.  
Men ändå är det inget som händer.  
Jag tittar på mina händer,  
Tittar på mina fötter,  
Sen tittar jag mig själv i spegeln.  
Och undrar vad fan det är med mig.  
jag vaknade till, och såg ingenting.  
Bara det ledsna ansiktet som inte sa nånting.

*Claudio*

### 8.3.3 Barn i heldygnsvård

Enligt Socialstyrelsens statistik har andelen barn och unga med heldygnsvård ökat med ungefär 20 procent under perioden 1994 – 2004. Det gäller oavsett om man mäter antalet placerade barn vid en viss tidpunkt, alla barn som placerats under året eller antalet barn som varit placerade under året, Barn och unga – insatser 2004, Socialstyrelsen Socialtjänst 2005:8.

Under 2004 var totalt 19 791 barn placerade i familjehem eller på institution. År 2004 gjordes 7 531 placeringar enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och 64 procent av placeringarna gjordes på grund av brister i hemmiljön.

## Hur lång tid har flickor och pojkar varit placerade

Av de cirka 6 600 placeringar som avslutades under 2004 hade barnen i genomsnitt varit placerade knappt två år. Totalt hade cirka 5 500 flickor och pojkar varit placerade enligt socialtjänstlagen och cirka 1 100 enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Vårdtiden var betydligt längre för de flickor och pojkar som vid vårdtidens slut, vårdats enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga än för de som vårdats enligt socialtjänstlagen. De barn och unga som var placerade med tvång vid vårdtidens slut hade i genomsnitt vårdats nästan 44 månader och de som placerats frivilligt i drygt 17 månader.

Vårdtiderna för placeringar som avslutades 2004 i familjehem var längst. Flickor och pojkar som hade varit placerade enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga hade bott i familjehem i genomsnitt sex år och de som hade varit placerade enligt socialtjänstlagen i knappt två år.

Vårdtiderna inom institutionsvården 2004 är ungefär två år för flickor och pojkar som varit placerade enligt lagen med särskilda bestämmelser för vård av unga när det gäller såväl kommunala som enskilda hem för vård eller boende. Vårdtiden vid placering vid särskilda ungdomshem är något kortare, knappt 19 månader. Vårdtiderna för de flickor och pojkar som varit placerade enligt socialtjänstlagen varierar mer. Placering i enskilda hem för vård eller boende varade i genomsnitt drygt ett år. Kortast vårdtid hade barn och ungdomar placerade i kommunala/landstingsägda hem för vård eller boende med knappt sex månader. Flickor och pojkar som frivilligt vårdats vid särskilda ungdomshem hade en genomsnittlig vårdtid på något mer än sju månader.

174 flickor och pojkar var vid vårdtidens slut placerade i det egna hemmet enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Den totala vårdtiden för dessa flickor och pojkar var nästan två år.

Drygt 5 500 flickor och pojkar hade vid placeringstillfällets slut varit placerade vid flera tillfällen under vårdperioden. Den sammanhängande vårdtiden för dessa flickor och pojkar är i genomsnitt drygt 18 månader när det gäller placeringar enligt socialtjänstlagen. Flickor och pojkar som varit placerade enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga har i genomsnitt varit placerade i nästan två och ett halvt år. Drygt 500 flickor och pojkar hade vid placeringstillfällets slut varit placerade vid flera tillfällen under vårdperioden enligt både socialtjänstlagen och lagen med

särskilda bestämmelser om vård av unga. Den sammanhängande genomsnittliga vårdtiden för deras del var nästan 6 år. De flickor och pojkar som avslutade vården i familjehem hade i genomsnitt vårdats i mer än åtta år och de barn och unga som avslutade vården på institution hade vårdats i genomsnitt i tre och ett halvt år.

Den genomsnittliga tiden för placering i heldygnsvård har minskat de senaste åren. I familjehem är minskningen nästan tre månader 2000–2003 och för hem för vård eller boende tre veckor. Minskningen var störst vid hem för vård eller boende som drivs av kommuner och landsting och minst vid särskilda ungdomshem (Socialstyrelsen; Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2004)

I den nationella tillsynsrapporten påtalas att det finns en tendens att behovsbedömningen anpassas till socialtjänstens i stället för det enskilda barnets behov. Det finns kommuner som har som policy att inte placera barn i heldygnsvård. Enligt rapporten förekommer det att placeringar av barn och ungdomar avslutas, även om behovet av vård kvarstår (Socialstyrelsen, Social tillsyn 2004; Socialstyrelsen Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2004).

### Om att inte bli lyssnad till

”Dom bestämmer vad jag tycker, utan att ens fråga mig.”

”När de pratat med andra i rummet, till exempel ’tycker inte du att hon ser trött ut’ istället för

att fråga direkt, eller säga direkt till personen det berör.”

”Dom lyssnar mer på socialkärningar än på oss.”

”När jag vill prata har de aldrig tid. De har en massa möten och så.”

”De vuxna tar itu med de synliga problemen, och man känner sig inte sedd. De som inte ber om hjälp, får inte hjälp.”

”Personalen säger att vi inte får prata med varandra om våra problem. Bara för att göra så att andra inte mår dåligt. De vuxna tror att de förstår men det gör de inte. De ser det på sitt sätt, därför pratar vi med varandra.”

”Man märker om det är någon idé att säga till om något”

”En jävla skillnad om man har LVU, då har man inte lika mycket att säga till om.”

”Så fort man föreslår något eller undrar över behandlingsmetoder, eller ifrågasätter något blir personalen sura, uttrycker sig luddigt eller slutar lyssna.”

Ur ”Dåligt med Behandlingshem”, Rädda Barnens höringar

#### 8.3.4 Flickor och pojkar i heldygnsvård

All svensk forskning om barn som placerats utanför hemmet visar att de sällan har sammanboende föräldrar (Vinnerljung, B. (1996) Svensk forskning om fosterbarnsvård. En översikt. CUS, Liber,

Stockholm) och att fäderna oftast är frånvarande (Lundström, T. & Sallnäs M (2003) Klass, kön och etnicitet i den sociala barnvården, Socialvetenskaplig tidskrift nr 2–3, 2003). När det gäller placering på grund av den unges eget beteende är det vanligare att flickor placeras på grund av relationsproblem och pojkar på grund av beteendeproblem. Brister i omsorgen var lika vanligt skäl för flickor och pojkar. Någon form av asocialt beteende var nästan dubbelt så vanligt vid placering av pojkar. Pojkar hade mer av psykiska problem, skolproblem, kriminalitet och våldsamt beteende. Missbruk var lika vanligt hos båda grupperna Sexuellt utagerande eller prostitution noterades hos en större andel flickor än pojkar men skillnaden var liten (Jämställd socialtjänst, Könsperspektiv på socialtjänsten, 2004).

Den 1 november 2004 var enligt Socialstyrelsens statistik andelen placerade pojkar 53 procent eller 7 849 och antalet flickor 6 881. Helydignsinsatserna var vanligast i åldersgruppen 13–17 år. Flickor var i högre utsträckning än pojkar placerade i familjehem. Pojkar var under 2004 i högre utsträckning än flickor placerade i särskilda ungdomshem enligt 12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.

### **Barn och ungdomar med utländsk härkomst**

Enligt Socialstyrelsens statistik 2004 hade drygt 6 700 av de placerade barnen minst en förälder som var född utomlands. Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport Invandrabarn i familjehem (1995) att nästan 40 procent av barnen i familjehem har invandrabakgrund. Vidare sägs att vid val av familjehem är det ibland svårt att bedöma hur stor vikt som bör läggas vid språk och kultur-aspekter i förhållande till andra aspekter och att det saknas mer systematiskt professionellt erfarenhetsutbyte (SoS-rapport 1995:7).

## **8.4 Familjemsvård**

Uppgifterna i avsnittet om familjemsvård är bland annat hämtade från Riksdagens revisorers rapport Familjemsvården (2001/02:16). Kommittén har låtit SCB göra en enkät som riktats till familjemsvärdar som är medlemmar i Familjemmens Riksförbund.



### 8.4.1 Familjehemsvårdens utveckling

Ända sedan början av 1900-talet har intentionen varit att barn i första hand skall placeras i familjehem och i andra hand på institution. Många av de barn som då placerades utanför hemmet var barn till ensamstående mödrar som inte klarade av att försörja sina barn. När de allmänna levnadsförhållandena i landet förbättrades, minskade antalet familjehemsplacerade barn. I början av 1950-talet var 28 000 barn placerade i familjehem och i början av 1990-talet hade siffran minskat till 10 000 (Vinnerljung m.fl., dygnsvård för barn och ungdomar 1983–1995, Socionomen nr 8, 1999). Under 2004 var cirka 15 000 barn placerade i familjehem någon gång under året.

Det saknas säkra uppgifter om antalet familjehem i landet. I olika sammanhang har det beräknats till 8 000. Riksdagens revisorer bedömde att vid cirka 40 procent av placeringarna hade det aktuella hemmet inte tidigare verkat som familjehem (Rapport 2001/02:16). Det innebär att cirka 1 900 familjehem nyrekryteras varje år.

Vid den intervjuundersökning som för kommitténs räkning gjorts med företrädare för 115 kommuner och kommundelar menar knappt 40 procent av de intervjuade att familjehemsvårdens andel ökat de senast fem åren, drygt 35 procent anser att den varit konstant och drygt 25 procent att den minskat. Som anledningar till minskning nämns mer arbete på hemmaplan, att man försöker undvika placeringar, att det finns färre familjehem och fler öppenvårdsinsatser. Anledningar som nämns till en ökning av familjehemsvården är att man väljer familjehem i stället för hem för vård eller boende, fler asylsökande barn familjehemsplaceras samt en medveten satsning på familjehem.

### Önskevuxen

"Lyssna"

"Låta barnet få ta eget ansvar."

"Generös" – "Bjuda på sig själva, handlar inte bara om pengar"

"Kramgo" – "tycker om att visa känslor, allmänt kärleksfull"

"Rättvis" – "behöver inte handla om att få lika mycket men ger rättvis bedömning"

"Ha samma erfarenheter som en själv."

"Ärlig"

"Trygg"

"Laga god mat."

"Snygg"

"Kunna ge och ta kritik."

"Vara konsekvent."

"Pålitlig" – "Inte föra vidare till socialen. Kunna föra vidare till familjehemsföräldrar utan att dom sen för vidare."

"Mest att kunna lita på personen om man har problem, kunna berätta något pinsamt utan att dom berättar det för andra."

#### 8.4.2 Familjehem

Med familjehem avses enligt 3 kap. 2 § socialtjänstförordningen ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård eller fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. När ett barn placeras skall socialnämnden i första hand överväga om barnet kan tas emot av en anhörig eller annan

närstående. Det framgår av 6 kap. 5 § socialtjänstlagen där det också anmärks att vad som är bäst för barnet alltid skall beaktas.

Hur ett familjehem arvoderas är inte reglerat men ersättning utgår vanligen enligt fastställda rekommendationer.

Ett barn får inte utan socialnämndens medgivande eller beslut om vård tas emot för stadigvarande vård eller fostran i ett enskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller någon annan som har vårdnaden om barnet. Socialnämnden får inte lämna medgivande eller fatta beslut om vård utan att förhållandena i det enskilda hemmet och förutsättningarna för vård i hemmet är utredda. Bestämmelserna finns i 6 kap. 6 § socialtjänstlagen.

### Yrkesmässigt

Enligt definitionen av familjehem är det en verksamhet som inte bedrivs yrkesmässigt. Enligt uttalande i förarbetena avses med yrkesmässig verksamhet sådan verksamhet som bedrivs kontinuerligt och i förvärvssyfte. Vad som menas med förvärvssyfte uttalas inte närmare. Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen (Dnr S2004/4415/ST), som Regeringskansliet överlämnat till kommittén, bland annat påtalat att det därför råder en betydande osäkerhet om gränserna för tillståndsplikt och anför följande. En särskild aspekt är den avgränsning begreppet innebär mellan institutionsvård och vård i familjehem. När två personer på heltid ägnar sig åt att vårda ett placerat barn torde det vara att anse som kontinuerlig verksamhet som bedrivs i förvärvssyfte. Verksamhet i form av ett yrkesmässigt bedrivet familjehem rymms dock inte inom dagens reglering. Enligt uppgift från länsstyrelserna kräver kommunerna i många fall tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende för att ersätta båda vuxna så att de kan arbeta med det eller de placerade barnen.

Begreppet förvärvssyfte förekommer i skatterätten som ett av flera kriterier vid bedömningen av om en verksamhet är att betrakta som näringsverksamhet. Med förvärvssyfte avses i detta sammanhang att verksamheten skall ge någon form av ekonomiskt utbyte; det skall finnas ett vinstsyfte (Skatteverket,Handledning för beskattning av inkomst och förmögenhet vid 2005 års taxering).

Av svaren på den enkät som tillställts familjehemsföräldrar framgår att 28 procent av dem förvärvsarbetade heltid, 37 procent deltid och att 34 procent inte förvärvsarbetade alls.

## Jourhem

Jourhem finns inte särskilt reglerat men med jourhem brukar avses ett enskilt hem som under kortare tid, ej stadigvarande, tar emot barn för akuta placeringar på uppdrag av en eller flera socialnämnder.

Antalet jourhemsplaceringar har under perioden 1999–2004 ökat med 54 procent. Andelen jourhemsplacerade flickor har under hela perioden varit något högre än andelen pojkar.

Större kommuner eller kommuner i samverkan har ofta kontrakterade jourhem. De är beredda att ta emot barn vid akuta placeringar under en begränsad tid. Dessa familjer utreds i många fall på samma sätt som andra familjehem men skall därutöver klara av att ta emot barn och familjer i kris och orka med och klara av att hantera ständiga uppbrott. Jourhemsfamiljer har ofta en garanterad minimiersättning även under de perioder då man inte har någon placering.

I Vem ser barnet? en granskning av 100 familjehemsplacerade barn åren 2002–2003 av länsstyrelserna i Dalarnas, Gävleborgs, Värmlands, Västmanlands och Örebro län konstateras följande. Oklarheter finns var gränsen går mellan tillfällig placering och placering för stadigvarande vård och fostran. Olika praxis tillämpas i kommunerna. Gränserna för att en placering skall ses som tillfällig varierar mellan 3 till 6 månader. En risk med tillfälliga placeringar är, enligt länsstyrelserna, att de har en tendens att bli längre än vad kommunen avsett från början. Barnen riskerar därför att placeras i familjer som inte utretts av socialnämnden.

### 8.4.3 Rekrytering av familjehem

Att det har blivit allt svårare att rekrytera familjehem har konstaterats i flera sammanhang. Det framgår av riksdagens revisorers rapport Familjehemsvården (Rapport 2001/02:16) samt av tillsynsmyndigheternas iakttagelser (Socialstyrelsen; Social tillsyn 2003; Stockholm 2004, Social tillsyn 2004; Stockholm 2005) Bilden bekräftas även av företrädare för den sociala barn- och ungdomsvården i olika kommuner.

Anledningarna till svårigheterna att rekrytera familjehem är flera. I de flesta familjer arbetar båda föräldrarna. Det kan därför saknas utrymme att ta emot ett barn som behöver vård och fostran. Många av de barn som placeras har svåra problem som kräver stora insatser

av familjehemsföräldrarna. De kan få svårt att klara av ett uppdrag om de inte får tillgång till utbildning, stöd och handledning när de behöver det.

Familjehemsföräldrar anför ofta att förutsättningarna för att få ersättning från arbetslöshetsförsäkring och socialförsäkring påverkar deras förhållanden negativt. Det kan bidra till att försvåra rekryteringen av familjehem.

### **Hur och vilka familjer rekryteras till familjehem**

Intentionen i svensk lagstiftning är att barn skall återförenas med sin ursprungsfamilj men det finns ändå många barn som aldrig kan återvända hem till sina föräldrar. Det gäller såväl barn som är placerade enligt socialtjänstlagen som barn placerade enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Familjehemmet måste kunna förhålla sig till denna ovisshet.

Ingrid Höjer skriver i sin avhandling 1999, (Fosterfamiljens inre liv) att barn i familjehem skall kompenseras för de tidigare bristerna. Själva omvårdnaden i familjen förutsätts medföra att barn utvecklas på ett positivt sätt. Metoden för att kompensera barnen och ge dem goda utvecklingsmöjligheter är således att de bor i en välfungerande familj, där det är själva familjen som har en läkande funktion. Många barn som bor i familjehem har därutöver ett behov av olika öppenvårdsinsatser. Den kommun som har beslutat om vistelsen har även ansvar för dessa insatser, 16 kap. 2 § socialtjänstlagen.

Av kommitténs enkätundersökning till familjehemsföräldrarna framgår att de familjer som väljer att bli familjehem gör det för att de är socialt engagerade familjer och har utrymme och en vilja att hjälpa ett barn till en trygg tillvaro. Av familjehemsföräldrarna svarar 78 procent att de varit familjehem i mer än fem år. Vidare framgår av svaren att 66 procent hade ett eller två barn placerade hos sig den 1 november 2004. Vid samma tidpunkt hade 11 procent fyra eller fler barn placerade hos sig. Det är vanligast att man haft ett eller två barn placerade hos sig men 7 procent uppger att de varit familjehemsföräldrar för mer än 20 barn.

När ett barn behöver placeras skall nämnden i första hand undersöka om det finns möjligheter att placera barnet hos en släkting eller annan närstående person. Är det inte möjligt att finna ett lämpligt hem i barnets nätverk undersöker socialtjänsten ofta om

något av de familjehem som redan har placerade barn kan passa det aktuella barnets behov.

Företrädare för socialtjänsten i olika kommuner uppger att de familjehem som har barn placerade och informella kontakter är viktiga informationskällor för att finna nya, lämpliga familjehem. Att ha bra relationer med befintliga familjehem är därför en viktig faktor för att socialnämnden skall kunna rekrytera nya familjehem. Det hör till undantagen att kommuner har en bank av redan utredda familjehem som väntar på att ta emot barn. Det förekommer att socialtjänsten i en kommun vänder sig till andra kommuner för att få hjälp med rekrytering.

Ett vanligt sätt att rekrytera familjehem är att genom olika medier annonsera efter lämpliga familjer. Det förekommer också att kommuner vänder sig till enskilda verksamheter som förmedlar rekryterade familjehem.

#### *Vägar för att rekrytera och utbilda familjehem*

För att försöka lösa de rekryteringsproblem som finns och möjliggöra en ökad rekrytering har flera projekt startats i landet. Här nedan ges några exempel på pågående eller avslutade projekt.

Familjehemsprojektet i Göteborg startade för några år sedan när kommunen hade svårigheter att rekrytera familjehem och utvidgades senare till att arbeta även med utbildning av familjehem. Projektet tog hjälp av sponsorer och professionella marknadsförare för att utforma informationsbroschyrer, affischer och annonser. Syftet var att nå ut till nya familjer och uppnå attitydförändringar till familjehemsvården. Av 600 familjer som anmälde intresse blev slutligen 60 familjehem. Kostnaden för kampanjen beräknades exklusive löner till 350 000 kr. Verksamheten är numera permanent.

Kommunförbundet Gävleborg startade i början av 2004 ett projekt för att utreda vad som kunde göras för att förbättra familjehemsvården i länet. I första hand gällde det rekrytering och utbildning av familjehem. Projektet resulterade i ett förslag om inrättande av en Familjeenhet för Gävleborg som skall ha som mål att rekrytera nya familjehem, svara för grundutbildning och vidareutbildning av familjehemmen, följa utvecklingen av metoder inom familjehemsvården och stödja metoder som utvecklar barnet och framhåller barnets perspektiv.

I Stockholms län har åtta kommuner i nordvästra Stockholm under 2004 startat ett samverkansprojekt. Syftet är i första hand att se om kommunerna kan finna former för samverkan runt rekryterings- och utbildningsfrågor.

Kommunförbundet i Norrbotten startade under 2004 ett projekt vars övergripande syfte är att utveckla nya samverkansformer mellan några norrlandskommuner för att försöka hitta alternativ till institutionsplaceringar för vissa tonåringar som idag placeras på institution långt ifrån hemmiljön. Olika modeller för lokal samverkan skall prövas när det gäller rekrytering, utbildning och stöd till familjehem för tonåringar.

### Familjehemsutredningar

Socialnämnden får, som redan konstaterats, inte besluta om placering eller lämna medgivande till en familjehemsplacering utan att förhållandena i det enskilda hemmet och förutsättningarna för vård i hemmet är utredda. I socialtjänstlagen anges inte vilka krav som skall ställas på ett familjehem. Av lagens 6 kap. 7 § framgår dock att socialnämnden skall medverka till att barn som placerats i familjehem får god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden. Det ankommer således på socialnämnden att bedöma om en familj kommer att kunna ge ett barn den vård och fostran det behöver. I utredningen ingår i allmänhet samtal med det tilltänkta familjehemmet, kontroll med social-, brotts- och miss-tankeregister samt inhämtande av referenser och läkarutlåtanden.

Det finns företrädesvis två metoder som används vid familjehemsutredningar. Kälvestens intervjumethodik och Pride (Pride Parent resources for information, development and education). Bakgrunden till att Pride-utbildningen startades i Sverige var ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen där det påpekades att det behövdes en metodutveckling för att bättre förbereda familjehemmen för sin uppgift. Ursprunget till Kälvestenmetoden är den socialpsykiatriska undersökningen av 222 stockholmspojkar som Anna-Lisa Kälvesten och Gustav Jonsson gjorde på 1950-talet. Långt ifrån alla kommuner utreder blivande familjehem enligt någon av de två metoderna. Frågorna i Kälvestenmetoden har ibland ansetts ålderdomliga och nya frågor har lagts till det ursprungliga materialet. Pride-utbildningen kräver att cirka tio

familjer deltar men få kommuner är så stora och har så många barn placerade att de har resurser att själva anordna utbildningen.

I svar på enkäten till familjehemsföräldrar angav 53 procent av de svarande att de utretts enligt Kälvestenmetoden medan 26 procent uppgav att de inte vet vilken metod som användes.

Knut Sundell och Mona Thunell har gjort en pilotstudie begränsad till 30 familjehem. Tio familjer var utredda enligt Kälvestenmetoden, tio familjer enligt Pridemetoden och de övriga tio familjer var släktingfamiljer varav de flesta intervjuats enligt Kälvestenmetoden. Resultatet tolkades av forskarna som att socialtjänsten lyckats väl i sitt rekryteringsarbete. Utbildning i sig tycks inte heller vara någon garanti för att resultatet av vården blir bättre (Att arbeta som familjehem FOU-rapport 1997:4).

Det visade sig i en undersökning som Riksdagens revisorer genomförde (Rapport 2001/02:16) att de krav som ställs på familjehemsföräldrarna skiljer sig åt mellan olika kommuner. Det kan innebära att en familj som inte godkänts som familjehem i en kommun blir godkänd i en annan. Det finns inga register för vare sig godkända eller inte godkända familjehem. Socialnämnden skall om den prövar om ett hem i en annan kommun kan bli familjehem, informera och samråda med den kommunen innan nämnden fattar sitt beslut om placering. Syftet med den här bestämmelsen i 6 kap. 6 § andra stycket socialtjänstlagen är att uppmärksamma kommunen på att det kommer ett barn som kanske behöver barnomsorg, skola, fritidssysselsättning mm. Socialnämnden i den kommun där hemmet är beläget har möjlighet att kontrollera om familjen finns i socialregistret.

### Utbildning och handledning av familjehem

Den socialnämnd som utreder och godkänner familjehemmet har också ett ansvar för att familjehemmet har såväl förmåga som tillräckligt med kunskaper för att hjälpa det placerade barnet. Nämnden skall lämna såväl familjehem som vårdnadshavare det stöd och annan hjälp som de behöver.

Möjligheten att erbjuda familjehemmen utbildning skiftar beroende på i vilken kommun familjehemmet ligger. Förutom den tidigare nämnda kombinerade utrednings- och utbildningsmetoden Pride, erbjuder kommunerna ibland kortare utbildningar i egen eller i annans regi. Familjehemsföreningarna i landet har till



exempel utbildningar såsom grundkurser, vidareutbildningar och temadagar. I Göteborgs kommun erbjuds familjehemmen en grundutbildning som omfattar sju tillfällen. Familjehemmet ersätts för förlorad arbetsinkomst. I Stockholms kommun erbjuds familjehemmen Pride-utbildning. I många kommuner finns ingen utbildning alls att tillgå.

I svar på den enkät kommittén låtit göra med familjehemsföräldrar uppgav knappt hälften att de fått särskild utbildning för uppdraget som familjehemsförälder och de flesta av dessa (78 procent) hade fått sin utbildning av socialtjänsten. De så kallade förstärkta familjehemmen hade fått utbildning i samma omfattning som andra familjehem. Av alla svaranden menar de flesta att man behöver en särskild kompetens för att klara av sitt uppdrag.

Vad gäller handledning svarar 54 procent att de får den av kommunen, 16 procent av familjehemsverksamhet och 17 procent av barnpsykiatrin. Av de svarande får 19 procent ingen handledning alls. 79 procent är ganska nöjda eller mycket nöjda med den handledning de får.

#### **8.4.4 Verksamheter som rekryterar och stödjer familjehem**

Med förstärkt familjehem menas att familjehemmet får stöd från en konsulent. Inledningsvis användes den här typen av hem för vuxna inom missbrukarvården efter förslag i betänkandet Det förstärkta familjehemmet (Ds S 1981:17). I början av 1990-talet etablerades organisationsstödda familjehem som vänder sig till barn och unga. I dag finns minst 25 organisationer och bolag som rekryterar och stödjer familjehem som tar emot barn och unga. Riksdagens revisorer uppskattade antalet till 10–15 i början av 2000-talet (Rapport 2001/02:16). Det förekommer även att kommuner och kommunalförbund bedriver särskilda verksamheter som rekryterar och stödjer familjehem.

Verksamheterna har som idé att förmedla platser i familjehem och ge stöd och handledning till familjehemmet. Dessa verksamheter bedriver ingen vård, men det förekommer att de förmedlar behandlande och utredande insatser. Det förekommer också att man rekryterar familjehem som vänder sig till särskilda grupper av flickor och pojkar som barn från vissa kulturer, barn med vissa typer av problem som missbruk eller neuropsykiatrisk diagnos.

Enligt socialtjänstlagen är det förbjudet för enskilda eller sammanslutningar att bedriva verksamheter som syftar till att förmedla barn till familjehem, 6 kap. 10 § socialtjänstlagen. Att enskilda eller sammanslutningar anvisar nämnden lämpliga familjehem har inte ansetts omfatta sådan förmedling som avses i bestämmelsen.

De verksamheter som stödjer och rekryterar familjehem brukar benämnas på olika sätt, konsulentstödd verksamhet, förstärkt familjehemsvård eller paraplyorganisationer. De rekryterar, utreder och bedömer familjehemmet och tecknar därefter kontrakt med familjen som erbjuds stöd, handledning och utbildning. Socialnämnden betalar verksamheten för att få tillgång till ett utbildat familjehem som får stöd och handledning av verksamheten. När socialnämnden placerar ett barn i ett förstärkt familjehem debiteras nämnden ofta en vårddygnavgift. I dessa fall förmedlar verksamheten arvodes- och omkostnadsersättning till familjehemmet.

Vid rekryteringen gör således den konsulentstödda verksamheten den första bedömningen av hemmets lämplighet att fungera som familjehem. Även om socialnämnden inte själv rekryterar ett familjehem utan får det förmedlat av en verksamhet som rekryterar och stödjer familjehem har nämnden ansvar för att utreda om hemmet är lämpligt för uppdraget och uppfyller de krav som måste ställas utifrån det enskilda barnets behov. Placeringskommunen har således samma ansvar för dessa familjehem som för de familjehem de själva rekryterat. Kommunen ansvarar för att vård- och behandlingsplaner upprättas och följs samt vid behov revideras. Uppdraget till familjehemmet bör enligt uttalande i propositionen Ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) formaliseras och tydliggöras genom att det skrivs ett avtal mellan socialtjänsten och familjehemmet.

Svenska kommunförbundet har efter samråd med Riksskatteverket uttalat att ersättning för familjehemsvård alltid skall utbetalas till den eller de fysiska personer som kommunen ingått avtal om vården med. Av Kommunförbundets cirkulär (1994:101) framgår att förbundet anser uppdraget vara knutet till en viss person eller familj och inte ensidigt kan överlämnas till ett bolag eller en stiftelse.

I svar på enkäten som ställts till familjehemsföräldrar angav 12 procent (75 svaranden) att de var så kallat förstärkt familjehem. Av dem angav 60 procent att deras arvode betalades av familjehemsverksamheten och 67 procent att de ingått avtal med verksamheten. Av de förstärkta familjehemmen hade 13 procent ingått

avtal med enbart kommunen och 18 procent erhöll arvode enbart från kommunen.

### Handläggning i relation till form för familjehemsplacering

Länsstyrelsen i Dalarnas, Gävleborgs, Värmlands, Västmanlands och Örebro län genomförde under år 2004 en tillsyn av socialtjänstens arbete med barn 0-18 år som var eller hade varit familjehemsplacerade under 2003 (Vem ser barnet? 2005). Frågeställningen var om familjehemsplaceringar handläggs olika beroende på om de sker genom familjevårdsenheter (verksamheter som rekryterar och stödjer familjehem) eller i kommunens regi. Totalt granskades 50 barn som familjehemsplacerats i kommunal regi och 47 som placerats genom familjevårdsverksamheter. Av dem var 44 flickor och 53 pojkar. Fler pojkar än flickor placerades i familjehem med konsulentstöd och enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.

I 30 procent av de granskade placeringarna saknades familjehemsutredning. Vid placeringar i kommunal regi fanns familjehemsutredningar i 88 procent av fallen och vid placeringar genom familjevårdsenheter fanns utredningar i 66 procent av fallen. I dessa senare fall var knappt 60 procent av utredningarna utförda av familjevårdsenheterna, 10 procent av socialtjänsten och drygt 30 procent av såväl socialtjänst som familjevårdsenhet. Barnets behov belystes dubbelt så ofta när flickor och pojkar placerades i kommunala familjehem som när de placerades i familjehem som rekryterats genom familjevårdsenheter.

Vårdplaner saknades vid 37 procent av placeringarna och här framkom ingen skillnad som kunde relateras till hur familjehemmet rekryterats. Vad gäller behandlingsplaner som mer i detalj beskriver hur vården skall genomföras fanns det vid 20 procent av placeringarna i kommunal regi men vid 43 procent av placeringarna som skett via familjevårdsenheter. Merparten av dessa var gjorda av enhetens personal. Avseende socialnämndens uppföljning genom besök i familjehemmen fanns ingen större skillnad mellan de olika typerna av familjehem.

Skrivna avtal mellan familjehemmet och socialnämnden fanns vid 80 procent av placeringarna i kommunala familjehem. Avtal mellan socialnämnden och familjehem som rekryterats genom familjevårdsenheter fanns i ett fall. Däremot fanns avtal skrivna mellan

socialnämnden och familjevårdsenheten vid nästan alla placeringar. Ersättning betalades genom vårdavgift till familjevårdsenheten och enligt de flesta avtalen utgår arvode och omkostnadsersättning enligt Svenska kommunförbundets rekommendationer.

### Vårdnadsöverflyttning

I 6 kap. 8 § föräldrabalken infördes 1983 följande bestämmelse. Om ett barn stadigvarande fostrats i ett annat enskilt hem än föräldrahemmet och det är uppenbart bäst för barnet att rådande förhållanden får bestå får vårdnaden flyttas över till familjehemsföräldrarna. Syftet är att garantera barnet trygghet. Möjligheten att flytta över vårdnaden enligt bestämmelsen användes i mycket liten utsträckning. Ett skäl till det var att socialnämnden saknade kunskap om hur de skulle arbeta med en vårdnadsöverflyttning. En ny bestämmelse infördes i socialtjänstlagen år 2003 som innebär att nämnden när ett barn varit placerat i ett familjehem i tre år, särskilt skall överväga om det finns skäl att ansöka hos tingsrätten om överflyttning av vårdnaden till familjehemsföräldrarna.

I kommitténs enkät till länsstyrelserna har frågan ställts om några särskilda problem konstaterats när det gäller vårdnadsöverflyttningar till familjehemsföräldrar. På frågan har 81 procent eller 17 av länsstyrelserna svarat ja. Som exempel på problem har 31 procent uppgivit ersättningen till familjehemmen, 19 procent att familjehemmen får minskat stöd efter en vårdnadsöverflyttning och drygt 12 procent har angivit familjehemsföräldrarnas rädsla för tvist med de biologiska föräldrarna.

Socialstyrelsen har i regleringsbrev för budgetåret 2004 fått i uppdrag att bland annat följa upp hur bestämmelsen i socialtjänstlagen tillämpas. Uppdraget skall redovisas senast den 31 januari 2006.

## Barn som fyller 18 år

Hej! Jag är en tjej som snart fyller 18 år. Mitt problem är att jag har flyttat runt 15 gånger sedan jag var 13 år. Jag tycker verkligen om den familjen jag bor hos nu men nu säger soc. att jag måste byta familj igen. Jag vet inte varför? Kan soc. bestämma över mig när jag är över 18 år. Jag bara undrar för om de inte kan de så har jag bestämt mig för att rymma och komma tillbaka när jag fyllt. Snälla BRIS, svara fort för det är bråttom.

Ur "Mail till BRIS"

En del barn bor i familjehemmet en begränsad tid, andra barn växer upp i familjehemmet och betraktar det som sitt hem. Om barnet efter 18 års ålder behöver fortsatt stöd kan socialnämnden bevilja det. Det kan vara fortsatt placering eller andra former av insatser.

Hur stödet skall se ut och under hur lång tid stödet skall beviljas avgörs utifrån det enskilda barnets behov. Målet i vårdplanen kan vara ett mått på hur det skall se ut för barnet när placeringen avslutas.

### 8.4.5 Resultat och effekter av familjehemsvården

Målsättningen med en familjehemsplacering är att barnet skall återförenas med sina föräldrar så snart målet med vården har uppnåtts. Socialnämnden ansvarar för att vården genomförs på ett sådant sätt att en återförening så småningom kan äga rum. Att mäta hur väl ett familjehem lyckas med sitt uppdrag är svårt. Det finns flera skäl till det. Barn som placeras är i olika faser av livet. De har olika problem och bakgrund och familjehemsföräldrar har olika förutsättningar att möta det placerade barnets behov. Andra fakto-

rer som påverkar resultatet kan vara den utbildning, det stöd och den handledning familjehemmet får för att handskas med placeringen på ett för barnet utvecklande sätt. Betydelse har också det stöd och den behandling barnet får under placeringstiden. En annan viktig omständighet är vilket stöd de biologiska föräldrarna får för att åter kunna ta ansvar för sitt barn. Det kan vara så att en placering delvis hjälpt barnet. Dessutom är det svårt att bedöma vad som skulle ha hänt om barnet inte hade placerats i familjehemsvård eller fått en annan insats.

Den forskning som finns om familjehemsvården är och har oftast inriktats på en liten grupp barn. Det kan därför vara svårt att bedöma resultaten. Här nedan presenteras forskningsprojekt och sammanställningar över forskning som har betydelse för att bedöma familjehemsvårdens resultat.

Två forskningsprojekt har dominerat familjehemsvården under 1980 och 1990-talet. Det är Barn i kris-projektet som omfattade 89 barn i åldrarna 0-16 år och som Bengt Börjesson ledde och Gunvor Anderssons forskning som omfattade 29 barn i åldern 0-4 år på ett barnhem i Malmö.

Barn i kris-projektet omfattade 89 barn i åldersgruppen 0-16 år som 1981 placerades i familjehem av Malmö kommun. Placeringarna studerades ur olika aspekter 50 dagar och två år efter placeringen. Intervjuer genomfördes med familjehemsföräldrarna, de biologiska föräldrarna, socialsekreterarna och barnen. Barnen testades med olika psykologiska tester.

Cederström (1990) undersökte 25 barn i åldern 4-12 år. Undersökningen gjordes mot bakgrund av det förhållningssätt som föräldrarna haft till barnet före placeringen. Resultatet visade att den känslomässiga, sociala och intellektuella utvecklingen till föräldrarna hade en avgörande betydelse för vad som hände med barnet i familjehemmet. Barn vars föräldrar inte kunde se deras behov hade sämre social och känslomässig utveckling i familjehemmet. Forskaren drog slutsatsen att goda familjehemsföräldrar inte räckte för att förbättra dessa barns utveckling. Många barn som placerats i familjehem bedömdes ha en så svår problematik att de var i behov av kvalificerad professionell behandling. För att kunna avgöra om en placering var möjlig, eller om det var andra åtgärder som måste till, men även för att kunna stödja familjehemsföräldrar så att de förstår vad som händer med barnet, bedömde forskaren att stor vikt skulle läggas vid förståelsen av den psykologiska situation som barnet befinner sig i. Hon anser att man måste utveckla metoderna

vid familjehemsplaceringar och utveckla andra behandlingsalternativ för barn som far illa (Cederström, A., (1990), Fosterbarns anpassning – en relationsproblematik. Om 25 barn i åldrarna 4–12 år som har placerats i fosterhem. Akademisk avhandling vid pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, Psykologtidningen nr 21, 1990).

Cederström (1994) undersökte i en annan studie inom ramen för samma projekt tio placerade barn som var under ett år vid placeringen. Syftet med studien var att försöka förbättra möjligheterna att förstå vad det kan innebära för ett barn att familjehemsplaceras under det första levnadsåret. Några av dem hade erfårit flera separationer innan de placerades i familjehemmet. Flera av de undersökta barnen var sena utvecklingsmässigt. Endast två barn var utvecklade i alla de avseenden som studerats. Samtliga barn hade kontakt med minst en biologisk förälder. Vid det andra undersökningstillfället bodde åtta barn i familjehem (tre barn hade bytt till ett annat familjehem), två barn hade flyttat hem. Fyra barn hade kontakt med en biologisk förälder. Resultatet visade att fyra barn hade utvecklats i positiv riktning. Sex barn hade utvecklats i negativ riktning. En påtaglig passivitet och brist på uttryck av egna behov fanns hos tre barn. De fyra som utvecklats positivt hade antingen flyttat hem eller så hade barnen familjehemsmödrar som visade lyhördhet för deras behov. Forskaren lyfte fram problemet att socialsekreteraren inte alltid har möjlighet till den konsultation hon skulle behöva för att bedöma barnets behov av placering. Hon ställer också frågan om det överhuvudtaget är rimligt att placera spädbarn i jourhem. Om familjehemsföräldrarna och barnet utvecklar en positiv relation blir det sannolikt smärtsamt för dem båda med en separation. Det kan leda till att i synnerhet jourhemsföräldrar för att omedvetet skydda sig mot smärtan vid en separation i någon grad avskärmar sig känslomässigt från barnet, vilket är negativt för barnets utveckling. I några fall skulle en kortare placering av ett spädbarn på en institution vara att föredra och inte heller vara så hotfullt för föräldrarna. Ur barnets synvinkel är det inte rimligt med en hemflyttning när barnet vuxit upp de första åren i sitt liv i ett familjehem och där fått sin känslomässiga anknytning (Cederström, A., (1994), Fosterbarns anpassning II Delstudie 1 Om 10 barn som har placerats i fosterhem under det första levnadsåret, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm.).

Lindén (1998) undersökte i samma projekt 27 tonåringar i åldern 13–16 år som placerades i familjehem. I gruppen fanns dels ungdomar som var placerade på grund av hemförhållandena och dels ungdomar som placerats på grund av det egna beteendet. Ungdomarna testades och såväl de som deras mödrar intervjuades. Familjehemsföräldrarnas grad av empati bedömdes också. Tonåringarna knöt an till de högenpatiska familjerna och det var endast dessa familjehemsföräldrar som lyckades hålla kvar tonåringen. I de övriga familjehemmen stannade den unge i genomsnitt 4 månader. Vid två års uppföljningen hade familjehemsvistelsen av olika skäl avbrutits för 20 ungdomar. Flera hemflyttningar misslyckades och forskaren menar att mödrarna hade behövt mer hjälp att bearbeta relationen till ungdomen under placeringstiden. Familjehemsföräldrarna hade behövt mer handledning av socialsekreterarna. Forskaren ansåg att ungdomarna förbättrades socialt men inte emotionellt (Lindén, G., (1998) Att bli fosterbarn i tonåren. Akademisk avhandling, Fakulteten för samhällsvetenskap, Lunds universitet, Lund).

Gunvor Anderssons forskning (1984, 1988, 1995) omfattade inledningsvis 29 barn i ålder 0–4 år som placerades 1980–1981. Gruppen undersöktes på barnhemmet och följdes sedan upp vid sex olika tillfällen sedan de lämnat barnhemmet. Efter tre månader, nio månader, 5, 10, 15 och 20 år. Barnen observerades på barnhemmet och i hemmet, föräldrar, familjehemsföräldrar och barn intervjuades. Under barnhemsvistelsen arbetade man med anknytningen. Föräldrarna hade tät kontakt med barnen. Av de familjehemsplacerade barnen fungerade de bäst som hade en bibehållen kontakt med sina biologiska mödrar och där kontakten mellan dessa och familjehemsföräldrarna var konfliktfri. Vid femårsuppföljningen var barn till de föräldrar som bedömts negativt kvar i familjehemmet och de biologiska föräldrarnas situation hade försämrats. De övriga barnen bodde hos eller hade kontakt med föräldrarna som fick hjälp och stödinsatser. Barnens beteende undersöktes med en symptomlista som fylldes i efter intervju med moder eller familjehemsmodern. Frekvensen av beteendeproblem avvek ej från en normalgrupp. Vid tio års uppföljningen hade fyra barn botten oavbrutet i samma familjehem och ytterligare tre hade med undantag för det första året botten i samma familjehem. Sex hade fortfarande inga andra placeringar än den ursprungliga barnhemsvistelsen. Övriga hade upplevt flera omplaceringar. Sju barn hade kraftiga beteendestörningar. Av de familjehemsplacerade barnen mårde de bäst som var anknutna i familjehemmet och de som hade



anknytning till både familjehem och biologiska föräldrar. Inget av barnen i gruppen utan anknytning hade god självkänsla (Andersson, G., (1984) *Små barn på barnhem*, Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet Gleerup, Lund, (1988); *En uppföljning av barn som skiljts från sina föräldrar*. Meddelande från socialhögskolan 1988:1; Lunds universitet. (1991) *Socialt arbete med små barn*, Studentlitteratur, Lund (1995) *Barn i samhällsvård*, Studentlitteratur, Lund). Vid en 20 års uppföljning, har de numera vuxna barnen delats in i tre grupper. Tio unga vuxna har det bra och mår bra, Nio mår "så där" men har en hygglig situation. Sju unga vuxna har det gått dåligt för. De har en historia av skolproblem, omplaceringar, återplaceringar, institutionsplaceringar, missbruk, kriminalitet och olika åtgärder med anledning av det (Familjehemmet, årgång 21 nr 4).

I ett annat forskningsprojekt med 22 barn i åldern 10–11 i pågående familjehemsvård har Gunvor Andersson undersökt familjereaktioner och vardagsliv ur fosterbarns perspektiv. Är det annorlunda att vara fosterbarn? Hälften av barnen upplevde till exempel familjehemsföräldrarna som sin mamma och pappa, även om de hade mer eller mindre regelbunden kontakt med sin mamma och i vissa fall med sin pappa. Hälften av barnen upplevde att de hade två familjer, de var fästa både vid familjehemsföräldrarna och föräldrarna (eller mamma) och hade funderat över hur de skulle kunna behålla två familjer, även om de flyttar hem. Beträffande vardagslivet var det ur barnens perspektiv inte någon större skillnad mot hur "vanliga" barn har det. Att bo i det familjehemmet kunde på många sätt vara bättre än att bo hemma, med de erfarenheter barnen hade av att bo hemma. (Socialvetenskaplig tidskrift, (1998) nr 1).

#### *CUS rapport Svensk forskning om fosterbarnsvård*

Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS, har publicerat en forskningssammanställning *Svensk forskning om fosterbarn – en översikt* (Stockholm, 1996). Bo Vinnerljung som sammanställt rapporten menar att det finns problem med en sådan sammanställning. De studier som finns att tillgå har olika teoretiska utgångspunkter, olika inriktningar, skilda populationer och varierande metoder. Forskare som arbetat med samma material har kommit fram till olika slutsatser.

I rapporten påpekas att man måste hålla i minnet att den forskning som refereras berättar om förfluten tid, det vill säga data som var gamla redan när de publicerades. Undersökningens resultat har delats in i tre områden; stabiliteten i vården, barnens välbefinnande under tiden i familjehemmet och de nu vuxna familjehemsplacerade barnens anpassning i samhället.

Det är oklart vilken stabilitet familjehemsvården ger barnet. I de studier som gjorts ges inget svar på hur vanligt det är att de familjehemsplacerade barnen återvänder hem inom en viss tidsperiod. Studierna är för små för att dra några generella slutsatser men tyder ändå på att 20–40 procent av de barn som placerades under 80-talet återvände hem inom en tvåårsperiod. Många familjer förefaller ha svårt att fungera när barnet kommer hem igen och risken för att barnen åter skall placeras i vård ökar. Den enda stabiliserande faktor som styrks i mer än en undersökning är då barnet placerats vid låg ålder och vårdnadshavare och familjehemsföräldrar har goda relationer till varandra.

Bilden av barnens utveckling och anpassning till pågående vård är splittrad. Det finns några få undersökningar om barnens anpassning och välbefinnande, men när resultatet jämförs med studier av utsatta barn som vårdats hos sina mammor blir skillnaderna i barnens utvecklingsnivå små. Undantaget är en undersökning av spädbarn till narkotikamissbrukande mödrar, där barnen både vid ett och fyra års ålder var klart mindre symptombelastade än de barn som bott kvar hos sina mödrar. En forskare kom fram till att familjehemmet har små möjligheter att kompensera för tidiga brister i barnets liv.

Nästan alla studier som gjorts finner att socialarbetarens förhållningsätt har betydelse för vad som sker med barn och föräldrakontakten under placeringen. Däremot har svensk forskning inte kunnat belägga vilken betydelse barnets kontakt med föräldrarna har för vården.

De barn som vuxit upp i familjehem har lika stora problem som de utsatta barn som vuxit upp med sina föräldrar men man kan samtidigt konstatera att de familjehemsplacerade barnen har en bättre situation som vuxna än vad de institutionsplacerade barnen har. Kontakten med en förälder under placeringen har enligt svensk forskning inget samband med anpassning i vuxen ålder. Långa, stabila placeringar har däremot samband med gott utfall av familjehemsvården. Det råder delade meningar ifråga om tidiga placeringar

innebär en hygglig situation i vuxen ålder men vuxna personer som har varit familjehemsplacerade är själva nöjda med sin placering.

Familjehemsvårdens mål om återförening med familjen var alltså svårt att följa upp. Återföreningen kan vara ett tecken på en positiv utveckling men också att familjehemmet är mindre lämpligt. Många hemflyttningar tycks ske oplanerat vilket kan tyda på sammanbrott i placeringen.

*CUS forskningsrapport Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem på institution.*

Vinnerljung, Sallnäs och Khyle Westermark som skrivit rapporten (Socialstyrelsen, Stockholm, 2001) definierar tydliga sammanbrott som när vårdmiljön (fosterhemmet/institutionen) avbryter vården i strid med vad socialtjänsten vill, när tonåringen rymmer eller vägrar att stanna kvar i vården vilket leder till att placeringen upphör – i strid mot vad socialtjänsten vill och som när socialtjänsten avbryter placeringar på grund av missnöje med vårdmiljön.

Undersökningen omfattar 922 placeringar av 13–16-åringar under år 1991. 30–37 procent av alla placeringar bröt samman inom fem år. Antalet tydliga sammanbrott när det gäller olika typer av familjehem var 41 procent för ”vanliga” familjehem, 17 procent för släktinghem, 38 procent för nätverkshem, 31 procent för före detta kontaktfamiljer och 20 procent för jourhem. Av rapporten framgår således att sammanbrotten är vanligare i ”vanliga” familjehem än i släktinghem. Risken för sammanbrott ökar när barnet har asociala beteendeproblem vid placeringen. Om en placering föregåtts av ett sammanbrott ökar risken för ett nytt. Däremot tycks risken för sammanbrott minska om familjehemmet ligger mer än tio mil från hemorten. Risken för sammanbrott vid familjehemsplacering är signifikant större för flickor än för pojkar.

Vinnerljung, B., Öman, M., Gunnarsson, Th., (2004) undersökte hur vanligt det var att barn i åldern 0–15 år som flyttat hem till sina föräldrar återplacerades i vård. Drygt 30 procent återplacerades i vård inom två år. Tonårsbarnen återplacerades i högre utsträckning än de yngre barnen. Det blev färre återplaceringar om barnet vistats länge i familjehem. Tonårspojkar som vistats på institution återplacerades oftare än de övriga barnen (Vinnerljung, B., Öman, M., Gunnarsson, Th. (2004) Återplaceringar av barn i dygnsvård (I): – hur vanligt är det? Socialvetenskaplig tidskrift nr. 1)

I en studie analyserade Vinnerljung m.fl. (2003) faktorer som kunde påverka risken för återplacering i familjehemsvården. Risken för återplaceringar ökade för de yngre barnen i åldern 0–9 år om vårdtiden varit kort och om modern uppbar socialbidrag. Risken för återplacering minskade om modern var född i annat land. Risken för återplacering ökade också om modern vårdats på sjukhus för missbruk eller psykisk sjukdom.

Risken för återplacering ökade för de äldre barnen i åldern 10–15 år markant just för att de var tonåringar och om vårdtiden varit kort. Övriga faktorer hade svag inverkan på återplaceringen, (Vinnerljung, B., Hjern, A. och Öhman, M., 2003) Återplaceringar i dygnsvård II, Vad ökar och minskar risken? Socialvetenskaplig tidskrift nr 1.

Forskningen har inte lämnat något entydigt svar på frågan om varför brister finns i familjehemsplacerade barns skolgång. Det mest troliga har bedömts vara att flera faktorer samvarierar. Flera internationella studier lyfter fram socialvårdens oförmåga att hjälpa familjehemsföräldrarna och barn. Socialtjänstens kunskap om och planering av barns skolarbete var ofta begränsad. En brittisk studie visar att familjehemmen är osäkra på ansvars- och arbetsfördelning mellan familjehem och socialtjänst när det gäller barnets skolgång (Cliffe & Berridge 1991) samt att de anser sig ha dåligt stöd från socialtjänsten i dessa frågor (Fletcher-Campbell & Hall, 1990), Vinnerljung, B., Socialvetenskaplig tidskrift nr 1 1998).

I en kunskapsöversikt sammanställer och bedömer Richard P. Barth, Frank A Daniels och Charles Ferguson (2004) vetenskapliga studier som berör familjehemsplacerade barn och deras utbildning. Författarna har studerat utvärderingar av tre olika typer av utbildningsprogram vars syfte är att förbättra utfallet av barnens skolgång och konstaterar att utvärderingarna borde fokusera mer på utbildningsresultat. Enligt författarna skiljer sig inte de dåliga utbildningsresultaten för familjehemsbarn nämnvärt från barn med liknande bakgrund som lever med sina föräldrar. Många av dessa barn är dåligt förberedda och ofta belastade med olika typer av problem som i sin tur påverkar möjligheten till inläring. Målen med insatserna och ansvarsförhållanden med socialtjänst och andra aktörer behöver tydliggöras för att bättre kunna hjälpa familjehemsbarnen. Skolarbetet behöver fokuseras mer på inlärningsprocessen. Stödet till familjehemsplacerade barn behöver vara långsiktigt och ibland finnas kvar långt efter det att de blivit myndiga. och målet med insatserna behöver tydliggöras (Richard P. Barth, Frank A Daniels & Charles Ferguson, Educational risks and

interventions for children in foster care (2004), School of social welfare, IMS).

## 8.5 Hem för vård eller boende

Till grund för avsnittet ligger bland annat en enkät som kommittén låtit SCB göra med 376 hem för vård eller boende varav knappt 52 procent svarat. Förhållandet mellan den kommunala social barn- och ungdomsvård och enskilda verksamheter behandlas i kapitel 10.

Varje kommun har ansvar för att det finns tillgång till hem för vård eller boende för enskilda och familjer som behöver bo eller vårdas utanför det egna hemmet. Enligt 3 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937) avses med hem för vård eller boende ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt. I dessa fall får inte verksamhet bedrivas utan tillstånd från länsstyrelsen.

Hem för vård eller boende bedrivs av kommuner och av enskilda. Enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, skall för vård av unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn finnas särskilda ungdomshem. Om socialnämnden har beslutat att den unge skall vistas i ett sådant hem skall Statens institutionsstyrelse anvisa plats i ett sådant hem. På särskilda ungdomshem vistas främst ungdomar som vårdas med stöd av LVU eller som dömts till sluten ungdomsvård men det förekommer även att ungdomar vårdas med stöd av socialtjänstlagen.

**Dessutom...**

"Det värsta är att kan du inget om droger så lär du dig allt på behandlingshemmet."

"Man känner sig skitosäker, får se folk skära sig, att ens saker försvinner. Det är sånt man får ta när man bor på behandlingshem."

"Dom tror att dom kan hjälpa oss men hur ska dom kunna hjälpa någon dom inte känner"

"Kollektiv bestraffning"

"Orättvist behandlad"

"Personal saknar erfarenhet"

"Personalen säger att vi ska känna oss trygga i deras miljö och att dom finns där men vad gör personalen när ett bråk uppstår mellan ungdomarna? Dom försvinner ..."

Ur "Dåligt med Behandlingshem", Rädda Barnens höringar

**8.5.1 Hem för vård eller boende – hur ser de ut**

Socialstyrelsen har tidigare sammanställt en förteckning över landets enskilda hem för vård eller boende. Någon nationell förteckning och statistik finns idag inte över samtliga verksamma behandlingshem. En liknande förteckning ges i dag ut i privat regi men den är inte fullständig.

Riksrevisionsverket bad länsstyrelserna i en enkät uppge antalet enskilda och kommunala hem för vård eller boende som funnits i länen under åren 1990–2001. Det visade sig svårt att få in sådana uppgifter. Samtliga län kunde uppge hur många enskilda hem för vård eller boende som fanns eller funnits inom länet åren 1995–2001 men när det gällde de kommunala hemmen var kunskapen begränsad. År 2001 beräknades 456 hem för vård eller boende drivna av

såväl enskilda som kommuner finnas (Tillsyn av behandlingshem för barn och ungdomar, RRV 2002:06)

Av svaren på den enkät som kommittén gjort, som avsåg förhållandena i september 2004 och besvarats av samtliga länsstyrelser fanns 447 tillståndspliktiga hem för vård eller boende. Antalet kommunala hem angavs vara 59–60 men en länsstyrelse kunde inte svara på frågan. Sammanlagt fanns således 506 hem för vård eller boende. Statens institutionsstyrelse drev vid samma tidpunkt 35 särskilda ungdomshem.

Under år 2003 beviljade länsstyrelserna 61 tillstånd för nya verksamheter.

Enligt den beräkning som Marie Sallnäs gjorde efter en enkät år 1995 till hem för vård eller boende fanns det, 72 hem för vård eller boende som hade mindre än fem platser, 205 hem som hade mellan fem till nio platser och 102 hem hade mer än tio platser (Sallnäs; Barnvårdens institutioner, Akademisk avhandling, Stockholms universitet 2000).

I september 2004 fanns enligt länsstyrelsernas enkätsvar 76 mindre familjehemsliknande hem för vård eller boende.

Av svaren på den enkät som SCB sänt till hem för vård eller boende framgår hur antalet platser fördelade sig mellan hemmen.

	Antal	Procent
Fråga 9b Hur många platser hade ni 1 januari 2004?	0 platser	0
	1-5 platser	35
	6-10 platser	46
	11-20 platser	15
	Fler än 20 platser	4
	Total	100

	Antal	Procent
Fråga 9a		
Hur många platser hade ni 1 januari 2002?		
0 platser	14	8
1-5 platser	63	36
6-10 platser	76	44
11-20 platser	16	9
Fler än 20 platser	5	3
Total	174	100

Det sammanlagda antalet platser på hemmen ökade med 82 från 1 241 den 1 januari 2002 till 1 323 den 1 januari 2004.

### 8.5.2 Kostnader för platser vid hem för vård eller boende

Av rapporten Sammanbrott vid tonårsplaceringar framgår att majoriteten av platser på hem för vård eller boende kostade mindre än 2 000 kr per dag år 1991 i såväl offentliga (72 procent) som privata (78 procent) verksamheter. Avgifterna på hem som vände sig yngre barn kan ha varit annorlunda.

I januari 2005 var enligt svaren på SCB:s enkät avgiften lägre än 3 000 kr per dag vid 68 procent av hemmen och lägre än 6 000 kr per dag vid 98 procent av hemmen.

### 8.5.3 Verksamheternas inriktning

Marie Sallnäs uppgav i sin avhandling att 60 procent av behandlingshemmen hade en uttalad målgrupp. Ungdomar med psykosociala problem var den vanligast förekommande målgruppen där efter kom ungdomar med relationsproblem och emotionella problem, skolproblem, psykiska problem, kriminalitet och missbruk. Nästan 30 procent av behandlingshemmen uppgav att de inte arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem och 60 procent tog inte emot ungdomar som missbrukade. Uppgifterna är inhämtade genom en enkätundersökning 1995 (Sallnäs, M., Barnavårdens institutioner – framväxt, ideologi och struktur, 2000).

Ansökningarna om tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende avsåg under 2003 till 93 procent verksamhet som riktar sig till pojkar och flickor i åldern 13–18 år. Den huvudsakliga inrikt-



ningen på ansökningarna angavs av åtta länsstyrelser vara psyko-social problematik, av fyra kriminalitet och missbruk, av tre neuropsykiatriska sjukdomar, av två relationsproblem, av två ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp och två flickor som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld (Kommitténs enkät till samtliga länsstyrelser).

De hem för vård eller boende som besvarat den enkät som genomförts av SCB har som målgrupper för verksamheterna svarat enligt följande:

		Antal	Procent
Fråga 6 Vilka målgrupper har ni? Barn unga med...	Missbruksproblem	58	32
	Kriminellt beteende	85	46
	Neuropsykiatriska störningar	101	55
	Psykiatriska problem	98	53
	Relationsproblem	166	90
	Som skadar sig själva	88	48
	Annat, nämligen	62	34

Av det stora antalet svar framgår att de flesta av verksamheterna samtidigt vänder sig till flera målgrupper i en mängd olika kombinationer.

Av dessa verksamheter vänder sig 28 procent till åldersgruppen 13–15 år, 45 procent till gruppen 16–18 år och 15 procent till de båda angivna åldersgrupperna. Sex procent vänder sig till barn under 13 år.

De flesta eller 67 procent av verksamheterna vänder sig till flickor och pojkar medan 21 procent vänder sig till enbart pojkar och 12 procent till enbart flickor.

#### 8.5.4 Hur fungerar verksamheterna

Under 2003 fick länsstyrelserna in 210 enskilda klagomål som gällde hem för vård eller boende. De typer av klagomål som länsstyrelserna anger som vanligast avser dels genomförande, insatser och metoder i vården, dels dåligt bemötande samt dels föreståndarens lämplighet och personalens kompetens. Brister konstaterades vid 33,5 procent av klagomålen och allvarliga brister vid 8 procent av dem. Det är vanligt att socialnämnden, anhöriga och den som

placerats på en verksamhet klagar (Kommitténs enkät till samtliga länsstyrelser).

### 8.5.5 Resultat och effekter av vård i hem för vård eller boende

Syftet med att en flicka eller en pojke placeras på ett hem för vård eller boende bör framgå av vårdplanen. Precis som vid vård i familjehem är det svårt att mäta hur framgångsrik en placering varit. Här redovisas kortfattat uppgifter från två forskningsrapporter som bland annat behandlar förutsättningarna för institutionsvården och konsekvenserna av den.

#### Kunskapsöversikten Institutionsbehandling av ungdomar

Av kunskapsöversikten Institutionsbehandling av ungdomar (Andreassen, T., Stockholm, 2003) framgår att det är möjligt att uppnå goda effekter med institutionsbehandling av ungdomar med allvarliga beteendestörningar, men det ställer stora krav på personal och institutionens organisation. Val av metoder och förändringsmål har betydelse men också ungdomens kontakt med sin familj, skolinsatserna och eftervården.

Ungdomar med måttliga beteendeproblem löper stor risk att få ökade problem om de placeras tillsammans med ungdomar som har allvarliga beteendeproblem. Ungdomar med måttliga problem tillgodogör sig vård i familjehemsliknande miljöer bättre.

Enligt Andreassen är kognitiv beteendeterapi den effektivaste behandlingen när det gäller ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Terapin bidrar till att förändra både deras beteende och tankemönster. Den ger dessutom träning i sociala och praktiska färdigheter. Bästa resultatet har nåtts på de institutioner där man använder sig av flera metoder eller multimodala modeller som ART (aggression replacement training). För att ungdomarna skall tillgodogöra sig metoderna krävs att dessa anpassas till ungdomens förmåga och möjligheter att ta till sig information. Därför måste ungdomarna vara noggrant utredda liksom deras närmiljö. I behandlingen fokuseras inte bara på ungdomen utan även på omgivningen, det vill säga familj, skola, fritid och vänner. Det är viktigt att ge ungdomarna egen kontroll och visst inflytande över det dagliga livet inom gränserna för säkerhet och trygghet på

institutionen. Bäst möjlighet att påverka ungdomskulturen har en enig personalgrupp på en öppen institution som har en gemensam uppfattning om hur beteendeproblemen skall förändras. De är också viktigt att ungdomarna fullföljer behandlingen och att sammanbrotten minimeras. En del av behandlingen kan ske utanför institutionen. Metoden botar inte ungdomen men hjälper dem till viss förändring.

### **CUS forskningsrapport Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem på institution.**

Vinnerljung, Sallnäs och Khyle Westermarck som skrivit rapporten (Socialstyrelsen, Stockholm 2001) och undersökt en grupp tonåringar som placerades 1991 på grund av problematiskt beteende. Med en snäv definition av sammanbrott bröt 30 procent av alla placeringar samman inom fem år. Omkring 40 procent av alla placeringar på enskilda hem för vård eller boende havererade. I små verksamheter slutade mer än hälften av placeringarna med sammanbrott men antalet sådana placeringar i materialet var få.

Sammanbrott vid en föregående dygnsvårdsplacering är den bakgrundsfaktor som starkast verkar öka risken för sammanbrott vid placering i ett hem för vård eller boende. Andra faktorer som bedöms öka risken för sammanbrott är invandrarbakgrund hos tonåringen, asocialt beteende i barnets bakgrund samt missbruk bland de vuxna i barnets uppväxtmiljö. Dessutom anges som sådana faktorer att tonåringen utretts på ett § 12-hem men inte placerats där eller att han eller hon placeras på ett enskilt hem för vård eller boende och inte på en offentlig institution.

## **8.6 Analys och problembilder**

För att beskriva den sociala barn- och ungdomsvårdens arbete med utsatta barn på ett strukturerat sätt kan man dela in arbetsprocessen i utredning, insats, ”eftervård” och kontinuerlig uppföljning. Med eftervård menar vi här det stöd en flicka eller en pojke kan behöva efter det att en placering men inte behovet av stöd och behandling upphört. Den forskning som finns tyder på att alla led i processen har betydelse för vårdens resultat. En bra utredning minskar exempelvis risken för att vården avbryts i förtid.

### 8.6.1 Utredning och vårdplanering

För att kunna göra en barnvårdsutredning och bedöma vilken insats som är lämplig för en flicka eller pojke behöver socialsekreteraren ha både kunskap och erfarenhet. Det gäller såväl själva utredningsförfarandet som att bedöma vilket familjehem eller vilken institution som uppfyller behoven för ett visst barn. Är personalomsättningen stor eller är kommunen liten med relativt sett få placeringar kan det vara svårt för personalen att utveckla tillräcklig erfarenhet.

I avsnitt 8.1.2 redovisas uppgifter om brister i barnvårdsutredningar. Det gäller bland annat barnens möjlighet att komma till tals även om det är ett område där förbättringar konstaterats. Flickor och pojkars synpunkter kan ha betydelse vid bedömningen av vad som är rätt insats för dem. Bedömningen försvåras även när utredningarna har brister och är osakliga eller partiska något som riskerar barnens rättssäkerhet.

Länsstyrelsen i Stockholms län har under perioden 1998–2003 granskat barnvårdsutredningar ur ett barnperspektiv och konstaterar att det fortfarande finns ett stort behov av att utveckla och förbättra metod och dokumentation i barnvårdsutredningar. De anser att det är en för stor andel av utredningarna som inte ger en tillräckligt mångfacetterad bild av barnet och dess levnadsomständigheter för att socialtjänsten skall kunna bedöma risken för att barnet utvecklas ogynnsamt och för att kunna identifiera behovet av stödinsatser.

För den som behöver vård i familjehem eller i hem för vård eller boende skall utredningen leda fram till att en vårdplan upprättas. Det förekommer allt för ofta att vårdplan saknas eller upprättas först efter att ett barn placerats. Eftersom avsikten är att vårdplanen skall bidra till att vården blir mer genomtänkt och ge möjlighet för vårdnadshavare och äldre barn att ta ställning till vården är detta problematiskt.

Vårdplanen behöver kompletteras med en behandlingsplan som mer i detalj beskriver hur vården skall genomföras och vilka delmål som skall uppnås. Såväl vård- som behandlingsplan är viktiga instrument för socialtjänstens uppföljningsarbete men också för den som skall ge vården. Utan behandlingsplan blir det otydligt vad som rent konkret skall göras för att delmål och mål med vården skall uppnås.

När målet för heldygnsvården är nått bör vårdplanen revideras och ta upp hur barnets fortsatta stöd vid utslussning eller eftervård skall utformas. Bilden av hur detta fungerar är splittrad. Från att det fungerar tillfredställande till att det inte fungerar alls. Representanter för SiS-institutioner och hem för vård och boende hävdar att det är genom deras initiativ och inte socialnämndens som stöd när en placering avslutas kommer till stånd. Föreningar för familjehemsvården beskriver problem som uppstår när barnet blir myndigt och är i fortsatt behov av stöd och hjälp utan att socialtjänsten planerat för det. Hur det än är, är det angeläget att utslussning och eftervård fungerar. Socialnämnden som har ansvaret för vården kan i vårdplanen tydliggöra hur den skall utformas och vem som skall ge det stöd som flickan eller pojken behöver.

När det gäller placeringar utanför hemmet skall alltså en plan upprättas för vården. Motsvarande regler saknas när det gäller frivilliga öppenvårdsinsatser. När det gäller utredda och beslutade insatserna i öppenvård måste en behandlingsplan anses vara ett lika nödvändigt och värdefullt instrument för att tydliggöra målet med behandlingen eller stödet som det är när ett barn är placerat i dygnsvård. Stödet eller behandlingen kan innebära ett stort ingrepp i ett enskilt barns och dess familjs liv. Insatsen har kommit till stånd för att barnet och familjen är i behov av stöd och hjälp. Planen behövs för kommunikation mellan socialnämnden och familjen samt för uppföljning och utvärdering av vården men också för att konkret beskriva hur insatserna skall genomföras. Pojkar eller flickor som får ingripande, kvalificerade och strukturerade öppenvårdsinsatser kan ha ett lika stort behov av vård och uppföljning som den är placerad i heldygnsvård.

### 8.6.2 Familjehem

Fortfarande bor fler barn i familjehem än på institution men det är svårt att finna platser till äldre barn. Sannolikt beror det till stor del på att det blivit allt svårare att rekrytera familjehem eller att efterfrågan på familjehem ökat till följd av fler placeringar. Familjehemsvården skulle vara betjänt av att ha en bank av familjehemsföräldrar när det blir aktuellt med en placering. Skälet till att kommuner inte har det är dels bristen på familjehem dels brister på utredningsresurser i kommunen. Det är ovanligt att kommunerna hinner med att skaffa sig en bank av potentiella familjehemsföräld-

rar och gör de det finns alltid en risk att familjehemmet vänder sig till en annan kommun med sin tjänst eftersom de troligen har tänkt sig ett placerat barn nu och inte i framtiden. Det lönar sig alltså inte för en enskild kommun att försöka arbeta långsiktigt med rekryteringsfrågan.

I sin rapport Familjehemsvården (2001/02:16) tar Riksdagens revisorer upp tre övergripande orsaker till att det blivit svårare att rekrytera familjehem – samhällsförändringar, att det blivit en mer krävande uppgift att vara familjehem och den ökade professionaliseringen. I begreppet samhällsförändringar ingår en allt högre förvärvsfrekvens bland kvinnor och familjers ökande beroende av två inkomster samt att familjer har allt mindre tid. När pojkar och flickor som placeras i familjehem har allt större vårdbehov ställs större krav på de familjer som skall ta emot dem och på den utbildning och det stöd familjen behöver för att klara av sin uppgift. Har ett familjehem inte möjlighet att få det stöd som familjehemsföräldrarna behöver är risken stor att de slutar. De familjehem som svarade på kommitténs enkät var dock till stor del nöjda med det stöd de fick men de som valt att inte bli familjehemsföräldrar eller slutat fångas inte upp i en sådan enkät. Personal inom den sociala barn- och ungdomsvården med erfarenhet av familjehemsplaceringar menar vid samtal att stödet till familjehemmen är den viktigaste faktorn när det gäller möjligheten att rekrytera och behålla familjehem.

Problemet med att hitta lämpliga familjehem kan få olika konsekvenser för de barn och familjer som behöver ett. Långa tider för att rekrytera ett familjehem kan innebära att flickor och pojkar får bo kvar hemma alldeles för länge eller att barnet placeras på institution eller i en öppenvårdsverksamhet utan att det motsvarar det egentliga behovet. Några barn placeras i familjehem långt ifrån hemorten och får inte möjlighet att ha kontakt med sitt nätverk på det sätt barnet skulle behöva. Det innebär att lagens intentioner, som närhetsprincipen och att kontakten med anhöriga skall främjas, inte går att infria.

Andra faktorer som kan påverka viljan att bli familjehemsförälder eller kontaktperson är hur uppdragen påverkar rätten till förmåner från social- och arbetslöshetsförsäkring. Ett exempel är att Försäkringskassan ifrågasätter kontaktpersoners rätt till sjukpenning. Kassan har bedömt att engagemanget som kontaktperson eller kontaktfamilj visar på en viss förvärvsförmåga. En dom av Kammarrätten i Göteborg (mål nr 480-03) där rätten bedömde att

insatsen som kontaktperson inte varit av den arten eller omfattningen att den vara att jämföra med förvärvsarbete har av Försäkringskassan överklagats till Regeringsrätten. Målet är ännu inte avgjort.

Jourhem är en oreglerad form av familjehem. Barnen vistas där under den tid som krävs för att utreda och bedöma deras fortsatta vårdbehov. Vistelsen är inte avsedd att vara stadigvarande och hemmet är inte utrett för att ta emot stadigvarande placeringar. I praktiken förekommer dock att placeringar i jourhem blir långa och kommunerna har olika praxis för hur lång tid barnen kan vistas där.

### Vårdnadsöverflyttning

När vårdanden av ett barn av tingsrätten förs över till familjehemsföräldrarna upphör familjehemsplaceringen av barnet och samtidigt, när barnet bor i en annan kommun, socialnämndens ansvar för barnet. Skulle barnet eller de särskilt förordnade vårdnadshavarna därefter behöva stöd och hjälp får de vända sig till hemkommunen.

Bestämmelserna i 6 kap. 11 § socialtjänstlagen är ett undantag från regeln. Barnets föräldrar är även fortsättningsvis underhållsskyldiga för barnet. När vårdnaden flyttas över till familjehemsföräldrarna blir de således inte försörjningsskyldiga för barnet utan socialnämnden får fortsätta att betala dessa vårdnadshavare skälig ersättning. Det ekonomiska åtagande nämnden gör, regleras i ett avtal mellan den nämnd som placerat barnet och de nya vårdnadshavarna. Någon möjlighet att därutöver stödja familjehemmet och följa barnets utveckling finns inte. Det innebär att socialnämnden betalar ersättning för ett uppdrag de inte har någon insyn i.

Det har från såväl tillsynsmyndigheter som socialtjänsten, familjehemsföräldrar och familjehemsorganisationer framförts att det inte är betryggande att placeringskommunen inte kan följa hur det går för barnet när familjehemsföräldrarna blivit vårdnadshavare.

### Verksamheter som stödjer familjehem

I takt med att det blivit svårare att rekrytera familjehem och att deras behov av stöd har ökat har antalet verksamheter som stödjer och rekryterar familjehem ökat. Riksdagens revisorer uppskattade i

början av 2000-talet det antal företag/stiftelser som arbetade med förstärkt familjehemsvård till 10-15. Kommittén har efter bland annat kontakt med länsstyrelser och kommuner uppskattat att antalet enskilda verksamheter som stödjer familjehem som tar emot flickor och pojkar till minst 25. Även dessa verksamheter kan ha svårt att rekrytera familjehem. Gryning vård AB konstaterar i sin årsredovisning för 2004 att det blivit allt svårare att rekrytera nya familjehem för kontraktering då konkurrensen om kvalificerade familjehem är stor.

De problem som har uppstått när den förstärkta familjehemsvården vuxit fram är att det utvecklats en otydlig rollfördelning mellan de enskilda verksamheter som rekryterar och stödjer familjehem och kommunernas sociala barn- och ungdomsvård. Det förekommer att kommunerna inte gör någon utredning av det hem där barn placeras, att placeringen inte följs upp och att det saknas avtal mellan familjehemmet och kommunen. I stället kan den verksamhet som stödjer det förstärkta familjehemmet ha tagit över en eller flera uppgifter från socialnämnden.

### Om rättvisa och orättvisa

”Vi får inte ens åka till badhuset tillsammans.”

”Vi får inte heller röra, sitta i knä och gosa.”

”Vi har helt olika problem, helt olika åldrar. Varför blanda alla och alla får samma behandling? Om det inte passar säger ändå personalen att det passar dig. De vet ju inte vem jag är.”

”Dom borde inse att vi är rätt så vanliga ungdomar som vill göra normala saker för vår ålder – till exempel vara ute sent, dricka måttligt och umgås mycket med kompisar.”

”Om en spelar tv-spel hela natten så tar dom bort alla tv-spel.”

Ur ”Dåligt med Behandlingshem”, Rädda Barnens höringar



### 8.6.3 Hem för vård eller boende

Institutionsvården har fortsatt att öka trots att många kommuner har haft ambitionen att minska den och i stället erbjuda andra insatser. Ungefär hälften av de svarande i kommitténs intervjuundersökning med representanter för 115 kommuner och kommundelar svarar dock att andelen barn som placeras i hem för vård eller boende minskat. Under senare år har barn med samtidiga sociala och psykiatriska problem som är placerade på hem för vård eller boende ökat. Svaren på den enkät som gjorts med hem för vård eller boende ger den bilden. Dock svarade endast drygt hälften av de tillfrågade. Kontakter med personal i kommunernas sociala barn- och ungdomsvård, personal vid hem för vård eller boende samt representanter för länsstyrelserna ger en liknande bild. Det samma gäller de intervjuer som gjorts med representanter med 115 kommuner och kommundelar där en stor majoritet menar att de placerade barnen har en allt tyngre problematik. Olika förklaringar ges. Några är att barnen placeras allt senare och att den sociala barn- och ungdomsvården tagit över barn med neuropsykiatriska eller psykiatriska problem från barn- och ungdomspsykiatri.

De beskrivna förhållandena ställer nya krav på den sociala barn- och ungdomsvården och de institutioner som tar emot barnen. Det ökade vårdtrycket har lett till att en länsstyrelse i tillståndsärenden ställer krav på att det i verksamheten skall finnas tillgång till kompetens av barnpsykiatriker och sjuksköterska och att barnpsykiatrikern skall konsulteras innan klienter skrivs in i verksamheten. (Ett sådant beslut har överklagats)

Kraven på hem för vård eller boende och verksamhetens föreståndare och personal framgår av socialtjänstlagen, socialtjänstförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (SOSFS 2003:20 (S)). Frågan är om det med anledning av att flickor och pojkar med allt svårare problem och från delvis nya grupper finns skäl att ställa ytterligare och tydligare krav på de verksamheter som tar emot barnen. Det kan gälla reglering av vilka målgrupper som inte bör vårdas inom samma verksamhet, hur vida åldersgrupper en verksamhet kan rikta sig till och om en särskild kompetens krävs för att vårda en viss målgrupp.

När en flicka eller pojke avslutar sin placering i ett familjehem, ett hem för vård eller boende eller ett särskilt ungdomshem har hon eller han ofta ett fortsatt behov av stöd – eftervård. Socialnämnden har ansvar för att den kommer till stånd men kan överlåta på någon

annan att ge stödet. Det är ett stort problem för det enskilda barnet när eftervården inte fungerar. I värsta fall kan en omfattande behandlingsinsats omintetgöras. Vad gäller familjehemsplacerade barn som mist kontakten med sin ursprungliga familj kan man diskutera när den vården bör upphöra och hur det fortsatta stödet bör utformas. Ur flickors och pojkars synpunkt kan det vara problematiskt om placeringen upphör före det att skolgången avslutats eller om de inte efter placeringen kan få sitt eventuella stödbehov tillgodosett av det tidigare familjehemmet.

#### **8.6.4 Information i statistisk form saknas**

För att göra bedömningar av den sociala barn- och ungdomsvården, dess insatser och utvecklingen över tid behövs enhetlig statistik på riksnivå. För närvarande finns brister inom flera områden.

Uppgifter saknas på riksnivå om antalet anmälningar, utredningar, vem som gör anmälningarna och skälen till dem. Det går inte heller att ange hur många anmälningar som leder till utredning och hur många utredningar som slutligen leder till att ett barn får en insats. Det gör det svårt att följa eventuella förändringar i riket och över tid.

Även när det gäller systemet för att redovisa statistik över öppenvårdsinsatser finns brister. Det är inte möjligt att tala om hur många barn eller familjer som får en eller flera öppenvårdsinsatser. Det går inte heller att beskriva öppenvårdsinsatsernas utveckling, hur väl de fungerar och vad som är verksamt. Här är ett problem att det saknas gemensam terminologi för att beskriva olika typer av öppenvårdsinsatser.

På nationell nivå saknas tillförlitlig information om antal hem för vård eller boende och antal platser på dem. Det är alltså inte möjligt att följa utvecklingen av vårdens kapacitet över hela landet. Dessutom saknas säker information om målgrupper och behandlingsinnehåll i verksamheterna.

#### **8.6.5 Resultatet av vården och målen för den**

Om den sociala barn- och ungdomsvårdens resultat skall bedömas efter hur väl målen i socialtjänstlagen uppfylls är det svårt att göra en bedömning. Vissa mål som främjandet av ekonomisk och social

trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet är gemensamt för hela socialtjänsten. Det gäller även att när åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Dessutom finns särskilda mål som gäller för socialnämndens verksamhet som riktar sig till barn och unga. Socialnämnden skall verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden.

I avsnitt 8.2 om öppenvård och 8.3 om heldygnsvård redovisas de mål eller handlingsregler som socialnämnden skall följa. De anger inte tydligt målsättningen med den vård eller de insatser som erbjuds flickor och pojkar. Målen för den sociala barn- och ungdomsvården kan preciseras tydligare genom att exempelvis ange den effekt som skall vara målet för en viss insats. Här ligger svårigheten i att finna mål som går att mäta och kontrollera om de uppfylls. Andra faktorer än själva vården kan påverka utfallet och för närvarande saknas som redan konstaterats statistik på flera områden. Målsättningen måste vara att genom forskning och utveckling av den statistik som redan finns göra det möjligt att på sikt följa upp den sociala barn- och ungdomsvården på ett tydligare sätt än i dag.

Till stor del saknas verktyg för att bedöma den sociala barn- och ungdomsvårdens resultat. För att kunna göra det krävs ytterligare forskning.

#### **8.6.6 Utveckling**

Som Socialstyrelsen konstaterat i flera lägesrapporter och som bekräftas vid kontakt med kommuner utvecklas på många håll öppenvården och så kallade hemmaplanslösningar. De kan vara alternativ till eller komplettera heldygnsvård. Det finns behandlingar som inriktar sig på att stärka föräldrarna eller som bedrivs medan en flicka eller pojke finns i familjehem. De kan också innebära att barnet placeras i ett hem för vård eller boende en kort tid för att därefter få öppenvård på hemmaplan. Trots ökningen av öppenvården ökar samtidigt institutions- och familjehemsvården mätt i vårdtygn per invånare under 20 år. Samtidigt minskar vårdtiderna. Det framgår av statistik från Socialstyrelsen. Kontakter med den sociala barn- och ungdomsvården samt hem för vård eller boende ger samma bild av minskande vårdtider. Frågan är om antalet flickor och pojkar som får vård ökar eller om det är samma personer som får vårdas vid olika tillfällen. I den statistik som finns

över nytillkomna barn och unga i heldygnsinsats (Socialstyrelsen; Barn och unga – insatser 2003) visar att andelen nytillkomna barn per tusen 0–17 år ökat från år 2000. Nyplacerad är den som inte varit placerad för dygnsvård under fem år före statistikåret. Sammantaget ger detta bilden av att allt fler flickor och pojkar får vård eller möjligen att de samtidigt eller i en följd får olika typer av insatser.

En annan tendens är att allt mer av den verksamhet som bedrivs riktar sig till barn med neuropsykiatrisk problematik. Många hem för vård eller boende riktar sig till den gruppen, i vissa fall som enda målgrupp och men oftast som en av flera. Även personalens utbildning och kompetens skiljer mellan de olika verksamheterna som riktar sig till den här gruppen.