

Social barn- och
ungdomsvård

4.

Social barn- och ungdomsvård

Slutsatser

- Under 2000-talet har socialtjänstens myndighetsutövning blivit alltmer evidensbaserad, till exempel ökar användningen av standardiserade bedömningsinstrument. Det är emellertid fortfarande relativt få kommuner som följer upp insatsernas resultat, både när det gäller heldygnsplaceringar och öppenvården.
- Under de senaste åren har arbete pågått för att förbättra kvaliteten inom barn- och ungdomsvården, på såväl nationell som på lokal nivå. Trots detta kvarstår fortfarande vissa förbättringsområden.
- Antalet heldygnsplaceringar ökar, men samtidigt minskar placeringstiderna inom både HVB och familjehem. Vilka konsekvenser minskningarna får för de enskilda är otillräckligt kartlagt.
- Öppenvården ökar och till viss del tycks den ersätta heldygnsplaceringar. Det saknas emellertid kunskap på nationell nivå kring hur stor del av innehållet i öppenvården kan komplettera behandlingsinsatserna inom heldygnsvården.

Den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning

Socialtjänstens organisation har blivit mer specialiserad under de senaste åren, men arbetssättet präglas fortfarande av att helhetssynen på familjen och nätverket har betydelse för barnet. Socialsekreterarnas handlingsutrymme är stort, då varje barns och familjs situation är unik. Handlingsutrymmet kräver dock att socialsekreterarna har hög kompetens och att det finns system för stöd och systematisk uppföljning av deras arbete.

Den sociala barn- och ungdomsvården uppvisar i dag ett mer genomfört barnperspektiv än tidigare, större möjligheter för barn och föräldrar att vara delaktiga, mer struktur i utredningar och insatser samt ett mer kunskapsbaserat arbete. Samtidigt har Socialstyrelsen med flera framfört kritik som bland annat rör brister i myndighetsutövningen [1].

På väg mot en evidensbaserad praktik

Ett viktigt mål för socialtjänsten är att arbetet ska bli mer evidensbaserat. På så sätt ökar möjligheterna att barn och unga får ta del av insatser som håller en så god kvalitet som möjligt och som bygger på bästa tillgängliga kunskap. En evidensbaserad praktik medför också att resurserna kan

användas så effektivt som möjligt. Effektiviteten handlar både om kostnader och om att barnet eller den unge ska få den insats han eller hon är i behov av.

Evidensbaserad praktik är en strategi för transparent beslutsfattande som består av en sammanvägning av

1. brukarnas erfarenheter
2. den professionelles expertis
3. den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen.

Sedan slutet av 1990-talet har det genomförts ett flertal satsningar för att socialtjänsten ska bli mer kunskaps- och evidensbaserad. Bland annat ingår regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) årligen överenskommelser om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten [2]. Sedan 2011 ingår arbetet med barn och unga i dessa överenskommelser.

För att den sociala barn- och ungdomsvården ska bli mer evidensbaserad behöver den:

- utveckla systematisk uppföljning och utvärdering av insatsernas effekter för barnet eller den unge
- använda ny kunskap i verksamhetsutvecklingen
- förbättra vidareutbildning och kompetensutveckling för personalen.

Evidensbaserad praktik har ett starkt stöd bland socialtjänstens chefer, men dess genomslag tycks inte vara lika stort bland berörda lokala politiker. Det visar en undersökning som Socialstyrelsen gjorde 2012. På nämndnivå blir mål som omfattar evidensbaserad praktik emellertid vanligare, och i kommunernas verksamhetsplaner finns det vanligtvis även strategier för att uppnå dem [3].

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökar

Minimivillkor för att arbeta evidensbaserat är att dokumentera barnets eller den unges situation före en åtgärd, att dokumentera åtgärden i sig och hur den enskildes situation ser ut efter åtgärden. Dokumentation ska vara systematisk och jämförbar, och då kan ett standardiserat bedömningsinstrument vara till hjälp. Det är ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ i form av numerär eller verbal skala. Det finns flera sätt att samla in information med bedömningsinstrument, som till exempel intervjuformulär, skattningsformulär, självskattning eller observationsformulär.

Allt fler kommuner och stadsdelar använder standardiserade bedömningsmetoder. Andelen kommuner har ökat från 47 procent 2010 till 59 procent 2012 [4]. Den senaste mätningen visar att

- 30 procent av kommunerna använder sig av standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av barn och unga med utagerande beteende eller annat normbrytande beteende
- 78 procent av kommunerna vid utredningar av barn och unga med missbruk eller andra sociala problem
- 7 procent av kommunerna använder standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av föräldraförmåga och familjeklimat.

Regionala skillnader i hanteringen av fel och brister

År 2012 uppgav 75 procent av landets kommuner och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm att de hade rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras,

analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp [4]. Kommunerna uppgav dessutom följande:

- 39 procent av dem har följt upp resultat av insatser i öppenvård för barn och unga på grupp-nivå någon gång under de senaste två åren
- 23 procent har på samma sätt följt upp resultat av insatser i heldygnsvård
- 43 procent har under de senaste två åren genomfört minst en undersökning av hur barnen och föräldrarna uppfattar verksamheten samt använt resultatet för att utveckla verksamheten.

Oavsett om utvecklingsarbetet tar sin utgångspunkt i ny kunskap, nya riktlinjer, hantering av fel och brister, hantering av avvikelser eller brukarenkäter, så krävs resurser för beredning och stöd i kommunerna. Detta är ett mindre problem för större kommuner, medan de små kommunerna ofta beskriver nationella projektpengar eller andra anslag som en livlina. Oavsett kommunstorlek krävs dock en ledning som är engagerad i förbättringsarbetet och en verksamhetskultur där man ser avvikelser som förbättringsmöjligheter [3].

Uppföljningen är en viktig del i myndighetsutövningen

Antalet externa utförare i kommunernas socialtjänst har ökat kraftigt under senare år. Det innebär att biståndsbedömningen blir kärnan i allt fler kommuners socialtjänst, i kombination med en beställarfunktion. Utförarna är många gånger andra än socialtjänsten, vilket ställer höga krav på transparenta uppföljningssystem.

En rättssäker handläggning av ärenden och att sätta barnets behov i centrum är viktiga grund-

förutsättningar för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården. Ett sätt att göra en rättssäker bedömning är att använda handläggnings- och dokumentationssystemet *Barns behov i centrum* (BBIC), som främjar en helhetssyn och kontinuitet i myndighetsutövningen.

År 2012 hade 72 procent av kommunerna ordinarie licens för BBIC, vilket är en ökning med 44 procent sedan 2010. Förbättringar sker över hela landet. Endast fem kommuner i landet har inte prövolicens för BBIC [4].

Uppföljningar av BBIC har genomförts i olika delar av landet. I uppföljningarna framför socialsekreterare som använder BBIC en frustration över att de inte kan tillgodose de behov som framkommer hos barnet i BBIC-utredningen. De insatser kommunerna erbjuder motsvarar inte alltid barnens behov [5].

BBIC är ett heltäckande handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. BBIC innehåller en uppsättning formulär som vilar på en teoretisk kunskapsbas hämtad från utvecklingsekologi¹ och anknytningsteori. Formulären bygger på ett antal grundprinciper som bland annat handlar om att handläggaren ska utveckla ett samarbete med barn, föräldrar och andra professionella, samt att handläggaren ska ha barnet eller den unge i centrum. I en verksamhet som kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig roll för att tillämpa en helhetssyn utan också för kontinuiteten i myndighetsutövningen.

¹ Utvecklingsekologi är riktning inom pedagogik och psykologi som betonar människors utveckling i samspel med sin miljö. Den betonar att all utveckling är en produkt av såväl människors medfödda egenskaper som den miljö han eller hon vistas i och har vuxit upp i.

Var åttonde socialsekreterare saknar erfarenhet

I vissa kommuner arbetar nyutbildade och oerfarna socionomer med svåra ärenden inom den sociala barn- och ungdomsvården. Ungefär 15 procent av de socialsekreterare som handlägger barnutredningar saknar antingen socionomexamen eller minst ett års erfarenhet av någon form av socialt arbete. Denna andel har ökat under de senaste två åren [4]. Inom de närmaste åren kommer dessutom pensionsavgångarna att vara stora inom detta område.

En alltmer specialiserad organisation kräver mer samverkan

Kommunernas socialtjänst är i hög grad specialiserad. Detta kan få negativa konsekvenser för de barn och föräldrar som har kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården. Exempelvis kan handläggarna få svårigheter att upprätthålla en helhetssyn på barnet, eftersom kontinuiteten i kontakten med barnet bryts när barnet går vidare i processen, från utredning till insats och slutligen till uppföljning av insatsen. Barnet får byta kontakter på sin väg genom systemet, och det kan då vara svårt för barnet och föräldrarna att överblicka vad som händer [5]. För att motverka de negativa konsekvenserna behöver socialtjänsten ha upparbetade rutiner för samverkan med andra aktörer.

I öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården 2013 redovisar 66 procent av kommunerna och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm att de har rutiner för att samordna enskilda ärenden med ekonomiskt bistånd och 67 procent med familjerätten [4].

Barn och unga som behöver hjälp och stöd är beroende av att stödinsatserna omfattar hela deras livssituation, och att insatserna samordnas

mellan de verksamheter och huvudmän som ansvarar för olika delar av stödet. Detta behov gäller inte minst samverkan mellan förskola, skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården 2013 redovisar Socialstyrelsen för hur många kommuner² som har överenskommer på ledningsnivå rörande samverkan med andra aktörer i enskilda ärenden:

- 77 procent har samverkansöverenskommelser med förskolan eller skolan
- 69 procent har samverkansöverenskommelser med barn- och ungdomspsykiatri
- 60 procent samverkar med barnhälsovården
- 66 procent samverkar med polisen.

Antalet kommuner och stadsdelar med överenskommer har ökat sedan 2010 [4].

Anmälningar beror ofta på problem i barnets miljö

Under 2010 gjordes cirka 140 000 anmälningar enligt 14 kap. 1 § SoL till socialtjänsten om barn som misstänktes fara illa, visar en undersökning som Socialstyrelsen har gjort [6]. Anmälningarna avsåg 60 000 barn och ledde till 30 000 inledda utredningar i riket som helhet.

En utredning kan avse ett barns behov av stöd eller skydd och kan aktualiseras genom anmälan, ansökan eller på annat sätt. I 42 procent av anmälningarna var orsakerna barnets beteende, och i 52 procent handlade det om problem i barnens omgivande miljö. Anmälningarna avsåg fler pojkar än flickor, och barnen var vanligen i åldern 13–17 år [6].

² Inklusive stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Kommunernas befolkningsstorlek har ett samband med antalet anmälningar, på så sätt att de minsta kommunerna och stadsdelar i de största städerna har det lägsta antalet anmälningar. Övriga kommuners anmälningsnivå är något högre, se tabell 4:1. Samtidigt är spridningen stor i stadsdelarna, och uppgifterna i tabellen bör därför tolkas med viss försiktighet.

Samma skillnader mellan de olika kommuntyperna syns även när det gäller antalet anmälda barn och antalet inledda utredningar [6].

Polisen är den aktör som står bakom flest anmälningar som rör barn. Den skyldighet att anmäla som bland annat polisen har enligt 14 kap. 1 § SoL gör att många polisärenden som involverar barn leder till en anmälan till socialtjänsten. Detta sker rutinmässigt men behöver inte resultera i att socialtjänsten startar någon utredning.

Det förekommer också att hälso- och sjukvården gör anmälningar till socialtjänsten, om än

inte i lika stor utsträckning som polisen. Enligt Socialstyrelsens undersökning stod hälso- och sjukvården för tio procent av anmälningarna [6].

Antalet anmälningar återspeglar inte nödvändigtvis bara problem som har att göra med barnen och ungdomarna. Exempelvis är den allmänna uppfattningen om vad som är ett problem inte statisk, utan förändras hela tiden (så kallad anmälningsbenägenhet). Även administrativa beslut som till exempel anmälningsplikt påverkar att antalet anmälningar förändras.

Insatser inom heldygnsvården

Samhällsvården, eller heldygnsvården som den brukar benämnas, omfattar i huvudsak två placeringsformer, *familjehem* och *hem för vård eller boende (HVB)*. Numera finns även *jourhem* som en särskild placeringsform, det vill säga hem som tar emot barn för tillfällig vård och fostran. En undergrupp av HVB utgör de *särskilda ungdomshem* som tar emot unga som behöver särskild tillsyn på grund av sitt eget beteende. Behovet av sådana hem tillgodoses av staten, och Statens institutionsstyrelse (SiS) är den myndighet som svarar för planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen.

Vården som ges kan vara frivillig enligt SoL, eller ges med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

Kvaliteten blir bättre, men flera förbättringsområden kvarstår

Under de senaste åren har arbete pågått för att förbättra kvaliteten inom barn- och ungdomsvården, på såväl nationell som på lokal nivå. Enligt Tillsynsrapport 2013 har kvaliteten blivit bättre, men trots detta kvarstår fortfarande vissa

Tabell 4:1. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga

Antal anmälningar (medianvärde) per 1 000 barn 0–17 år 2010, fördelat på kommuner med olika befolkningsstorlek samt stadsdelar i Göteborg, Malmö och Stockholm.

Kommunstorlek	Antal anmälningar per 1000 barn 0–17 år
<15 000 inv.	52,4
15 000–30 000	84,3
30 000–70 000 inv.	83,2
>70 000 inv.	82,3
Stadsdelarna i storstäderna	48,2
Totalt	63,5

Källa: Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga. En undersökning om omfattning och regionala skillnader, Socialstyrelsen 2012.

förbättringsområden [7]. Verksamheterna uppfyller till exempel inte alltid kraven som gäller personalens kompetens och bemanningen. Kunskapen om behandlingsmetoder tycks vara låg på HVB, vilket innebär risker för barnen och de unga, om behandlingen omfattar metoder som saknar vetenskapligt stöd och som utförs av personal med bristande kompetens. I många verksamheter är personalens insikt om vad som är en manualbaserad metod begränsad och ibland vad som är en behandlingsmetod överhuvudtaget. Många HVB har uppgett dokumentationssystemet BBIC och olika bedömningsinstrument, till exempel ADAD, som behandlingsmetoder. Några av metoderna har evidens för vuxna, men inte för ungdomar. Socialstyrelsens bedömning är också att kompetensen för de aktuella metoderna tycks vara otillräcklig i var femte HVB-verksamhet [7].

Socialstyrelsen har tidigare funnit barnen i familjehem besöktes alltför sällan och uppföljningarna var ostrukturerade [1]. Täta byten av socialsekreterare lyftes fram som ett stort problem som försvårar en förtroendefull kontakt mellan socialtjänsten och barnet. Familjehemsutredningarnas kvalitet var skiftande och socialtjänsten förlitade sig, i strid med lagstiftningen, på utredningar som gjordes av privata företag. Någon förnyad nationell tillsyn av socialtjänstens familjehemsverksamhet har inte genomförts och det finns därför ingen nyare, samlad kunskap om hur kvaliteten i familjehemsvården har utvecklats.

Andra problem i familjehemsvården som har framkommit i Socialstyrelsens granskningar är att endast en minoritet av kommunerna erbjuder utbildning för familjehem och att barn som behöver ett långsiktigt familjehem inte får tillräcklig trygghet vid en frivillig placering, bland annat till följd av att alltför få vårdnadsöverflyttningar görs [1].

De familjehemsplacerade barnens rättigheter behöver stärkas

De familjehemsplacerade barnens rättigheter har under senare år varit i fokus, inte minst genom de intervjuer som Barnombudsmannen (BO) har genomfört och redovisat i sina årsrapporter 2010 och 2011 [8, 9]. BO ifrågasatte i den förstnämnda rapporten tvångsmedlet avskiljning³, som förekommer vid de särskilda ungdomshemmen och menade att den nuvarande lagen har ett bristfälligt rättighetsperspektiv [8]. I den senare rapporten ger de familjehemsplacerade barnen en relativt positiv bild av sin tillvaro medan de HVB-placerade barnen ger en dystrare bild. Dessa ungdomar upplever sällan att de blir lyssnade på och upplever att de möts av negativa förväntningar. Enligt BO görs inskränkningar i barnens frihet som innebär att grundläggande mänskliga rättigheter kränks [9].

Socialstyrelsen har i sin tur tagit fram informationsmaterial och startat en telefonlinje för placerade barn. Under 2012 kontaktade omkring 160 barn och unga Socialstyrelsen via det särskilda telefonnumret [7]. De vanligaste frågorna och önskemålen var att barnen och de unga ville få sina rättigheter klargjorda och få hjälp med kontakten med socialtjänsten.

Ett annat sätt att stärka barnens och de ungas rättigheter är att låta dem själva komma till tals i Socialstyrelsens inspektioner. När Socialstyrelsen granskar HVB samtalar inspektörerna med de barn som vill det, enskilt och i grupp. Under 2011 genomfördes samtal med cirka 2 600 barn. Många av dem är ensamkommande utan vård-

3 I dag kan barn på vissa ungdomshem isoleras i särskilda avskiljningsrum i högst 24 timmar. Avskiljning får endast användas om barnen uppträder våldsamt eller är så påverkade av alkohol eller droger att de äventyrar ordningen på ungdomshemmet.

nadshavare i Sverige. Det finns ingen systematisk sammanställning av dessa samtal, men av den tillsyn som har gjorts, framgår att de flesta barn och unga i HVB känner sig trygga och har förtroende för personalen [10]. Denna bild bekräftas av 2013 års tillsynsrapport [7].

Socialstyrelsens tillsyn visar att barnens rättssäkerhet vid de särskilda ungdomshemmen har förbättrats. I ett mindre antal kommunalt eller enskilt drivna HVB har Socialstyrelsen under flera år uppmärksammat att ordningsregler och arbetssätt innehåller otillåtna skydds- och begränsningsåtgärder. Det har handlat om generella förbud mot att ha mobiltelefoner, urinprovtagningar, avskiljning med mera. Vissa HVB, även de särskilda ungdomshemmen, arbetar med teckenekonomi⁴, som en metod som går ut på att förstärka önskvärt beteende. När Socialstyrelsen har granskat hemmen har myndigheten uppmärksammat och påtalat att metoden används på ett felaktigt sätt som innebär bestraffningar [1, 7].

Ungdomar på SiS-institutionerna är medvetna om sina rättigheter. De lämnar oftare enskilda klagomål till Socialstyrelsen än unga på andra HVB och de ringer oftare till Socialstyrelsens barntelefon. Det visar Socialstyrelsens tillsyn [7]. De flesta unga som är placerade på SiS-institutioner uppger att de trivs och tycker att de får hjälp. De känner sig trygga och litar på personalen. Det finns alltid personal som lyssnar. När ungdomar inte är nöjda handlar det oftast om personal som har ett dåligt bemötande. En del personal kan ha egna regler eller sakna förmåga att agera när det

förekommer bråk och mobbning. Många ungdomar är nyanserade och säger att det finns både bra och dålig personal.

Omfattande utvecklingsarbete ska förbättra heldygnsvården

Under senare år har staten gjort flera satsningar. Frekvenstillsynen⁵ av HVB med ett stärkt barnrättighetsperspektiv har redan nämnts. Den har bland annat lett till följande konkreta resultat:

- Socialstyrelsen har infört en rutin att alltid prata med barnen vid inspektionerna.
- Socialstyrelsen har tagit fram ett informationsmaterial om barnens rättigheter och startat en telefonlinje för placerade barn.
- Socialstyrelsen har under drygt ett år samlat ett ungdomsråd bestående av familjehemsplacerade ungdomar för att ta vara på deras erfarenheter.
- Sedan flera år utvecklar Socialstyrelsen en bedömningsmetod för att utreda familjehem, som kommer att spridas under 2013.
- En försöksverksamhet med tillsynsombud inom familjehemsvården slutförs i början av 2013 och en utvärdering redovisas hösten 2013.

⁴ Teckenekonomi används för att motivera och förstärka önskvärda handlingar eller beteenden. Genom att personalen systematiskt uppmärksammar och premierar önskade beteenden förväntas dessa öka. Samtidigt förväntas problembeteenden minska, eftersom de är motsatsbeteenden till de önskvärda beteenden personalen fokuserar på i teckenekonomin.

⁵ Socialstyrelsen ska göra regelbundna inspektioner av HVB för barn och unga, inklusive de särskilda ungdomshemmen, samt bostäder med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Bestämmelsen infördes 2010 i socialtjänstförordningen (2001:937) respektive förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Frekvenstillsynen innebär att inspektion av verksamheterna ska göras minst två gånger per år, att minst en av inspektionerna ska vara oanmäld och att den som genomför inspektionen ska samtala med de barn och ungdomar som samtycker.

Stärkt skydd för barn och unga

Socialstyrelsen har också gjort en större satsning på trygg och säker vård i familjehem och HVB. Inom det uppdraget har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller HVB, som trädde i kraft den 1 oktober 2012. De innehåller bland annat krav på vad en utredning av ett familjehem eller ett jourhem ska innehålla, och allmänna råd om att alla placerade barn ska besökas minst fyra gånger per år. I föreskrifterna anges även vilken information de placerade barn ska få och att det av genomförandeplanen ska framgå vilka åtgärder som planeras i fråga om barnens behov av utbildning, hälso- och sjukvård och stöd i umgänget med föräldrar, syskon och andra närstående. Socialstyrelsen har också tagit fram en handbok som stöd för rättstillämpningen, ett utbildningsmaterial för familjehem och ovan nämnda vägledning om placerade barns utbildning och hälsa [11]. Publikationerna publicerades i början av 2013. Utbildningsmaterialet testas och kommer att spridas under våren 2013.

Den 1 januari 2013 trädde ändringar i socialtjänstlagen i kraft. För att förbättra uppföljningen av placeringar ska enligt 6 kap. 7 c § SoL en särskild socialsekreterare utses vid vård i familjehem och HVB som ansvarar för kontakten med barnet eller den unge. Socialnämnden ska enligt 6 kap. 6 b § SoL teckna avtal med familjehemmet och enligt 6 c § samma kapitel se till att de får den utbildning som de behöver. Socialnämnden ska också enligt 3 kap. 3 a § SoL se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden.

Några utvecklingstrender

I detta stycke redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom heldygnsvården, och uppgifterna

baserar sig främst på Socialstyrelsens officiella statistik samt myndighetens öppna jämförelser av den sociala barnvården.

Vanligast med frivillig vård

Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats har ökat.⁶ Ökningen var 70 procent mellan åren 2000 och 2011.

År 2011 placerades cirka 26 200 barn och unga utanför hemmet (se figur 4:1). Av dem var ungefär 8 100 nytillkomna, det vill säga de hade inte varit placerade någon gång under de föregående fem åren. De flesta vårdades enligt SoL, men 17 procent fick vård enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser för vård av ungdom, LVU (varav 15 procent hade blivit omhändertagna omedelbart).

Familjehem och jourhem är den i särklass vanligaste placeringsformen. Bland barn och unga med pågående insats den 1 november 2011 var 67 procent placerade i familjehem eller jourhem och i åldersgruppen 0–12 år var andelen nära 90 procent.⁷

Flest pojkar vårdas inom heldygnsvården

Fler pojkar än flickor fick en heldygnsinsats under 2011. Knappt 60 procent var pojkar och drygt 40 procent flickor. Det var dessutom något vanligare att pojkarna var placerade i HVB jämfört med i familjehem. Denna könsfördelning har varit stabil över tid [12].

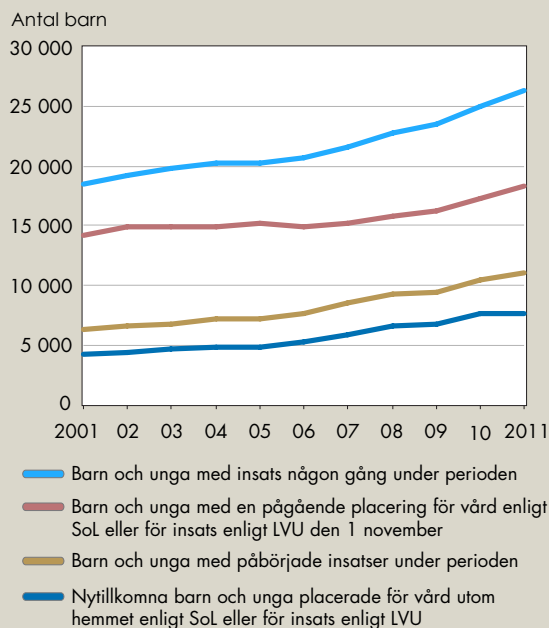
Det är också vanligast att unga i åldern 13–17 år vårdas inom heldygnsvården. Åldersgruppen 13–17 år har dominerat under i stort sett hela

6 Redovisningen nedan om förändringar under perioden 2000–2011 bygger i huvudsak på uppgifter som avser den 1 november respektive år.

7 I den officiella statistiken räknas även barn och unga i jourhem som familjehemsplacerade.

Figur 4:1. Heldygnsinsatser inom socialtjänsten

Heldygnsinsatser barn och unga 0–20 år. Fyra mått på heldygnsvård enligt SoL och/eller insatser enligt LVU.



Källa: Barn och unga – insatser 2001–2011. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Socialstyrelsen.

2000-talet och har också ökat kraftigt under senare år. Av samtliga barn och unga som var placerade för vård enligt SoL eller LVU den 1 november 2011 tillhörde nästan hälften denna åldersgrupp jämfört med 11 procent 2000. Ökningen de senaste åren anses till största delen förklaras av ensamkommande asylsökande barn och unga [12].⁸

⁸ Ensamkommande barn och unga utgör ingen kategori i statistiken. Slutsatsen bygger på andelen barn med annan vårdnadshavare än föräldrar eller okänd vårdnadshavare.

Placeringstiderna inom HVB blir allt kortare

Andelen barn och unga som placeras i HVB ökar, men samtidigt blir placeringstiderna kortare. År 2012 hade 8 procent av placeringarna i HVB pågått mer än ett år, jämfört med nästan 13 procent året innan.⁹

År 2011 var den genomsnittliga placeringstiden för HVB 67 dagar. Det ska jämföras med 2000, då motsvarande siffra var 86 dagar. De statliga ungdomshemmen har i allmänhet betydligt kortare placeringstider än andra HVB och där är förändringen obetydlig [12].

Familjehemsplaceringar avbryts ofta i förtid

Antalet familjehemsplaceringar ökar, men även här blir placeringstiderna kortare. År 2011 hade cirka 9 procent av alla avslutade familjehemsplaceringar pågått mer än 5 år. Motsvarande siffra för 2000 var drygt 15 procent.

Placeringstiderna inom familjehemsvården uppvisar även den största minskningen.¹⁰ År 2011 var den genomsnittliga placeringstiden drygt 6 månader, att jämföra med 9 månader 2000 [12].

Det blir vanligare att familjehemsföräldrar övertar vårdnaden, även om det rör sig om ett litet antal. År 2011 gjordes 213 vårdnadsöverflyttningar jämfört med 92 stycken 2000. Under 2011 adopterades 22 barn och unga av sina familjehemsföräldrar. År 2000 var motsvarande antal 42.

En ny studie från Socialstyrelsen visar att omkring var fjärde placering i familjehem avbryts i

⁹ För att beskriva hur många barn och unga som är långvarigt placerade i familjehem, jourhem och HVB (exklusive de särskilda ungdomshemmen) har den faktiska vårdtiden använts som mått. Beräkningarna har gjorts med utgångspunkt från antalet avslutade placeringar i olika vårdformer under respektive år.

¹⁰ De genomsnittliga placeringstiderna är beräknade som medianvärdet.

förtid [13]. Detta trots att barnet i många fall har varit placerat så länge som tio år i samma hem. Oftast, i 45 procent av fallen, är det familjehemmet som avbryter placeringen. Det gäller barn i alla åldrar. Om barnet är yngre än två år vid placeringen är risken för sammanbrott låg, liksom om de biologiska föräldrarna övergivit barnet eller avlidit. Om socialtjänsten fått varningssignaler, som att barnet sagt sig inte trivas i familjehemmet eller att familjehemmet uttryckt sig negativt om barnet, slutar 60 procent av placeringarna i sammanbrott. Vid 28 procent av sammanbrotten var det de långvarigt placerade barnen själva som tog initiativ till att avbryta placeringen. Bland de yngre barnen låg i stället de biologiska föräldrarna bakom 38 procent av sammanbrotten. Socialtjänsten behöver bli bättre på att erbjuda hjälp och stöd när det uppstår konflikter mellan de biologiska föräldrarna eller barnet och familjehemmet [13].

Allt vanligare med jourhems- och nätverksplaceringar

Det har blivit allt vanligare att barn och unga placeras i jourhem och i så-dana familjehem som benämns nätverkshem, det vill säga hos anhöriga eller andra närstående. Andelen barn och unga som var placerade i jourhem ökade mellan 2001 och 2011, från cirka 5 procent till cirka 15 procent. Under samma period ökade andelen nätverkshem från drygt 9 procent till drygt 21 procent. År 2011 utgjorde nätverksplaceringarna drygt 20 procent av samtliga placeringar [12].

Jourhemsplaceringarna har i stor utsträckning ersatt de tidigare kommunala akut- och utredningshemmen. En placering i jourhem får inte pågå längre än två månader efter avslutad utredning. År 2011 hade emellertid 12 procent av alla jourhemsplaceringar pågått mer än 6 månader,

jämfört med drygt 10 procent 2000. Den genomsnittliga placeringstiden minskade dock under samma period, från 50 till 44 dagar [12].

En grundprincip i samhällsvården är att barnet ska ha fortsatt kontakt med hemmiljön, det vill säga föräldrar och andra närstående. Att få till stånd ett fungerande umgänge mellan föräldrar och barn är också enligt Socialstyrelsen en högt prioriterad uppgift inom de flesta socialtjänster. Däremot får föräldrar ofta ett begränsat stöd i sin föräldraroll i övrigt. Vanligen försämrar deras situation om barnet tas om hand på grund av sina hemförhållanden.

Det finns ett lagstadgat krav på att placering hos anhöriga alltid ska övervägas när ett barn ska placeras i familjehem, HVB eller jourhem. Det är därför positivt att nätverksplaceringarna ökar. Socialstyrelsen bedömer att ökningen troligen beror på både politiska intentioner och förändrade metoder i socialt arbete där nätverket involveras i högre grad för att finna lösningar på barnets eller den ungas situation. Oftast innebär en placering i nätverket en mindre förändring i barnets liv och ökar barnets känsla av tillhörighet.

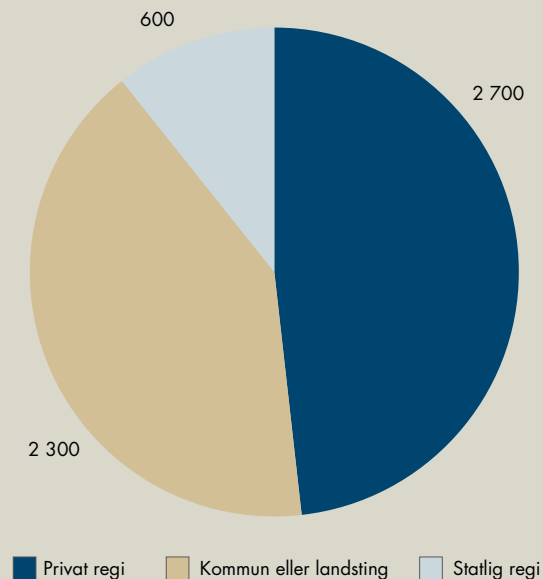
De privata aktörerna inom heldygnsvården blir allt fler

Nästan hälften av alla barn och unga som den 1 november 2011 var placerade i HVB, var placerade i HVB som drivs i enskild regi (se figur 4:2). Totalt var 5 600 barn och unga placerade i HVB vid denna tidpunkt. Ungefär 2 300 var placerade i hem som drivs av en kommun eller ett landsting och knappt 600 var placerade i ett statligt ungdomshem.

Andelen barn och unga som placeras i HVB som drivs i enskild regi har ökat under en längre tid. Orsaken är att HVB-vården har genomgått en kraftig privatisering sedan 1980-talet, och under

Figur 4:2. Barn och unga placerade i HVB-hem

Antal HVB-placerade barn och unga, uppdelat på regiform, år 2011.



Källa: Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen 2012.

2000-talet har det också blivit allt vanligare med privata företag och organisationer som rekryterar familjehem och erbjuder till kommunerna i kombination med så kallade konsulentstöd. Allt fler ungdomar med beteendeproblem placeras i familjehem, ofta med hjälp av konsulentstödda familjehemsverksamheter.

Öppenvårdens insatser

I de fall där behov av insats finns, men placering för vård utanför det egna hemmet enligt SoL eller LVU inte är nödvändig, kan någon form av

öppenvård erbjudas barnet/den unge eller dennes familj. Socialtjänstens öppenvård innehåller många olika insatser, som i de flesta fall ges i form av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Det kan till exempel vara en utsedd kontaktperson eller kontaktfamilj som stöd och hjälp. En annan insats är personligt stöd, vilket innebär att ett behovsprövat stöd och behandling som ges till barnet/den unge och som kan utföras av till exempel socialsekreterare, behandlingsassistent eller motsvarande.

De strukturerade öppenvårdsprogrammen avser individuellt målinriktade program som är regelbundna och begränsade i tiden.

Strukturerade behandlingsinsatser inom öppenvården ökar

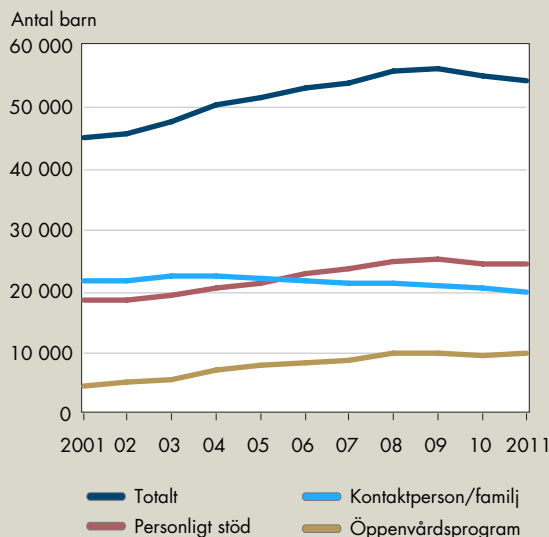
Socialtjänstens öppenvård har successivt byggts ut under det senaste decenniet. Figur 4:3 visar att öppenvården har ökat med 20 procent sedan 2001. Utvecklingen har påskyndats både från lokalt och centralt håll, bland annat genom statliga ekonomiska stimulansmedel som fördelats till kommunerna. Kommunerna har fått stöd för att arbeta mer evidensbaserat och detta har troligen lett till att socialtjänsten i högre utsträckning än tidigare tillhandahåller strukturerade öppenvårdsprogram som har effekt för barn eller den unge.

En av målsättningarna för utbyggnaden av öppenvården kan dessutom ha varit att den i möjligaste mån ska utgöra ett alternativ till heldygnsplaceringar.

Alla insatser har emellertid inte ökat. Figur 4:3 visar att insatsen kontaktperson/familj har minskat något under 2000-talet, närmare tio procent. Personligt stöd har förvisso ökat med nästan 30 procent, men under de senaste åren har ökningen stannat av och till och med minskat något.

Figur 4:3. Öppenvårdsinsatser i socialtjänsten

Barn och unga med behovsprövad insats någon gång under perioden, 2001–2011.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Öppenvårdsprogrammen har i sin tur mer än fördubblats, och ökningen har varit jämn under hela perioden. Inom den strukturerade öppenvården ryms de evidensbaserade öppenvårdsprogrammen. Detta bekräftas även av Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn och ungdomsvården:

- 57 kommuner¹¹ tillhandahåller öppenvård som biståndsbeslutad insats genom manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt/normbrytande beteende.

- 32 kommuner uppger att de använder manualbaserad psykosocial behandling för ungdomar med antisocialt/normbrytande beteende.
- 42 procent av kommunerna använder manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn och unga i familjer med psykosocial problematik [3].

Kan öppenvården ersätta heldygnsplaceringar?

Ett återkommande tema i diskussionen om öppenvårdens utbyggnad är om den kan ersätta heldygnsvård med samma eller till och med bättre kvalitet och bättre resultat. Den stora ökningen av strukturerade öppenvårdsprogram och metodutvecklingen inom evidensbaserad praktik skulle kunna tala för en sådan utveckling.

Kommunernas strävan att utöka öppenvården kan även härledas ur insikten om att det kan finnas en risk för negativa konsekvenser av institutionsvård. Socialtjänstens arbete med till exempel ungdomar med missbruksproblem eller kriminalitet har genom en utbyggd öppenvård många gånger större möjligheter att bygga en arbetsallians med den unges vårdnadshavare och den unges skola. En placering kan försvåra ett utvecklat familjearbete medan en satsning på öppenvård möjliggör detta i större utsträckning. Detta resonemang utesluter inte det fortsatta behovet av heldygnsvård, däremot skulle utvecklingen av kvalificerad öppenvård i barnets/ den unges närmiljö till viss del kunna utgöra ett alternativ eller komplement till heldygnsplaceringar.

De ekonomiska incitamenten för utvecklingen mot en utökad öppenvård kan också vara av betydelse, eftersom den totala kostnaden för en eller flera öppenvårdsinsatser per individ är betydligt lägre än kostnader för till exempel en institutionsplacering.

¹¹ Inklusive stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Öppenvården tycks i viss mån ersätta heldygnsplaceringar

Om öppenvården alltmer ersätter heldygnsplaceringarna borde detta återspeglas i statistiken. Men såväl de öppna insatserna som heldygnsplaceringarna ökar, och det går därför inte att se en effekt i form av en direkt överflyttning. Samtidigt står ensamkommande barn och unga antagligen för en stor del av ökningen inom heldygnsplaceringarna, som vanligen placeras vid ett HVB i avvaktan på att deras ansökan om uppehållstillstånd prövas. Även de ungdomar som har erhållit permanent uppehållstillstånd kan under en tid bo kvar på ett HVB [13].

Ensamkommande asylsökande barn och unga

I registret *Insatser för barn och unga* saknas uppgift om vilka som är ensamkommande asylsökande. Antalet har därför skattats genom en samkörning av registrets uppgifter med folkbokföringsuppgifter och föräldrars utbildning. Barn och unga som uppfyller samtliga av följande villkor har i figur 1 räknats som ensamkommande asylsökande: Född utanför Norden, ej folkbokförd i Sverige året innan placeringen påbörjades, saknar föräldrar i utbildningsregistret samt saknar föräldravårdnadshavare (förordnad eller annan vårdnadshavare). Det skattade antalet kan avvika något från det faktiska antalet ensamkommande asylsökande barn och unga, men bedömningen är att de ligger ganska nära varandra. Av dem som antas vara ensamkommande asylsökande saknar 49 procent uppgift om födelseland, 28 procent är födda i Afghanistan, 10 procent i Somalia och 9 procent är födda i Irak, Iran, Eritrea eller Etiopien.

För att kunna studera sambandet mellan ökningen av öppenvårdsinsatserna och utvecklingen inom heldygnsvården behöver underkategorierna inom heldygnsvården särskiljas. I detta stycke presenterar Socialstyrelsen en analys där de ensamkommande barnen och unga särskiljs från andra heldygnsplaceringar. Analysen omfattar

åldersgruppen 13–20 år, som är det åldersspann där de flesta ensamkommande barn och unga återfinns. I denna åldersgrupp finns även den största ökningen av strukturerade öppenvårdsprogram [14].

Socialstyrelsens analys visar att ensamkommande barn och unga står för det mesta av ökningen inom heldygnsplaceringar.

Antalet heldygnsplacerade unga (13–20 år) har fördubblats under 1990-talet, vilket framgår av figur 4:4.¹² I början av 2000-talet avstannade ökningen och under några år låg antalet ganska konstant för pojkar medan det ökade svagt för flickor. Omkring 2005 började antalet unga som placerades på institution återigen att öka kraftigt, men som figuren visar består ökningen nästan enbart av ensamkommande asylsökande barn och unga.

Vanligt att politiska beslut ligger bakom ökad öppenvård

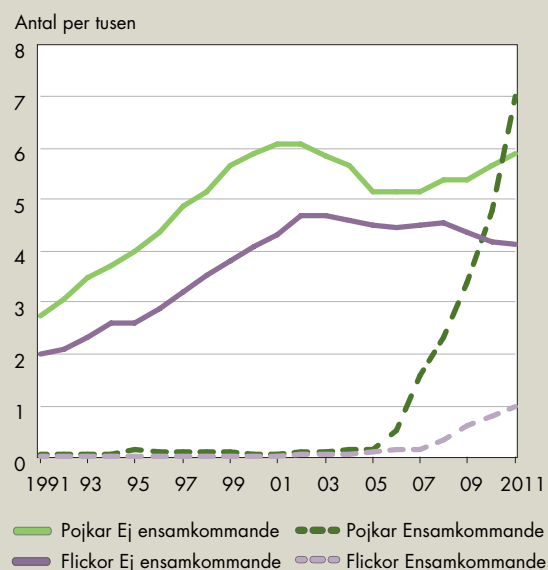
Socialstyrelsen har intervjuat socialchefer och chefer för individ- och familjeomsorgen (IFO) i nio kommuner, för att ta reda på mer om kommunens öppenvårdsinsatser, bakomliggande politiska beslut och pågående satsningar. Myndighetens ambition var att få bättre förståelse för vad som skiljer kommuner med lite öppenvård från kommuner med mycket öppenvård.¹³ Antalet kommuner var för få för att kunna dra långtgående slutsatser, men intervjuerna ger ändå en bild av kommunernas egen syn på utvecklingen.

12 Ökningen kvarstår även när hänsyn tas till befolkningsökningen.

13 Kommunerna valdes ut utifrån andelen individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser i relation till andelen heldygnsplaceringar under 2010 och 2011. Fem av kommunerna hade stor andel öppenvårdsinsatser under bägge år och resterande kommuner hade en liten andel öppenvårdsinsatser.

Figur 4:4. Haldygnssinsatser inom socialtjänsten för ensamkommande barn och unga

Antal barn och unga som varit heldygnsplacerade på institution* enligt SoL eller LVU någon gång under året. Antal flickor och pojkar 13–20 år perioden 1991–2011.



I nästan alla de intervjuade kommunerna har socialnämnden eller förvaltningsledningen fattat beslut om att öppenvården ska öka och att placeringarna ska minska. I vissa kommuner har det också funnits en uttalad ambition att minska kostnaderna för placeringarna. De vanligaste satsningarna är att anställa personal, kompetensutveckla eller att etablera en ny verksamhet eller funktion. Flera av de intervjuade cheferna nämner att de har startat ett öppenvårdsteam.

Kommunerna som i högre grad har nått sina mål om ökad öppenvård förklarar också att den positiva utvecklingen beror på bättre samverkan med skolan och fler överenskommelser mellan olika enheter inom kommunen. Två kommuner betonar vikten av handläggningen för en lyckad öppenvård. En kommun menar att man inte kan förändra en placeringskultur om man inte börjar i myndighetsutövningen och en annan kommun konstaterar att bemanningen bland socialsekreterare måste säkras för att inte riskera en flaskhals-effekt med outnyttjad öppenvård som följd.

Referenser

1. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
2. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/evidensbaserad-praktik-inom-socialtjansten/rapporter-arbetsmaterial Hämtad 2013-04-01.
3. På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen. Socialstyrelsen och SKL; 2011.
4. Öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården 2012. Socialstyrelsen; 2012.
5. BBIC, Barns behov i centrum. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic>.
6. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – En undersökning om omfattning och regionala skillnader. Socialstyrelsen; 2012.
7. Tillsynsrapport 2013 – hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2013.
8. I'm sorry. Röster från särskilda ungdomshem. Barnombudsmannen; 2010.
9. Bakom fasaden. Barnombudsmannen; 2011.
10. Tillsynsrapport 2012 – hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.

4. Social barn- och ungdomsvård

11. Program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende. Socialstyrelsen; 2012.
12. Barn och unga – insatser år 2011. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2012.
13. Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn. Socialstyrelsen; 2012.
14. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
15. Barn och unga – insatser år 2011. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2012.