

För barn och unga i samhällsvård

Volym 2

*Betänkande av Utredningen om
barn och unga i samhällets vård*

Stockholm 2023



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2023:66

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0744-5 (tryck)

ISBN 978-91-525-0745-2 (pdf)

ISSN 0375-250X

Innehåll

VOLYM 1

Sammanfattning	25
Sammanfattning för barn och unga i samhällsvård	59
1 Författningsförslag	67
1.1 Förslag till lag (0000:000) om register över familjehem för barn och unga.....	67
1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	73
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga	75
1.4 Förslag till lag om ändring i föräldraledighetslagen (1995:584).....	82
1.5 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	83
1.6 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	101
1.7 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....	103
1.8 Förslag till lag om ändring i skollagen (2010:800).....	104
1.9 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	107
1.10 Förslag till lag om ändring i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.....	111

1.11	Förslag till förordning (0000:000) om register över familjehem för barn och unga.....	115
1.12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade	118
1.13	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1134) om belastningsregister	119
1.14	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1135) om misstankeregister	122
1.15	Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)	126
1.16	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse	135
1.17	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.	137
1.18	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst	138
1.19	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen	139
1.20	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:212) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.....	140
2	Utredningens uppdrag.....	141
2.1	Vårdkedjan	142
2.1.1	Familjehemsvård	143
2.1.2	Institutionsvård.....	143
2.1.3	Nationell struktur för uppföljning.....	144
2.2	Tillvägagångssätt.....	144
2.2.1	Utgångspunkter för uppdraget	145

2.2.2	Experter och sakkunniga.....	145
2.2.3	Referensgrupp av barnrättsorganisationer	146
2.2.4	Samarbete med Hälsolabb.....	146
2.2.5	Inhämtning och spridning av information.....	148
2.2.6	Avstämning med andra utredningar och uppdrag.....	149
2.3	Avgränsningar i uppdraget	150
3	Bakgrund.....	151
3.1	Vägen till dagens vård	151
3.1.1	Äldre barnvårdsagar.....	152
3.1.2	Nuvarande lagar	159
3.1.3	Vanvård, upprättelse och nya åtgärder	162
3.2	Barns och ungas rättigheter – samhällets ansvar.....	164
3.2.1	Mänskliga rättigheter.....	164
3.2.2	Rättigheter och skyldigheter i samhällets vård....	175
3.3	Barn och unga om samhällets vård.....	186
3.3.1	Undersökningar om vad som är viktigt i vården	186
3.3.2	Erfarenheter och synpunkter från barn och unga som utredningen mött.....	189
3.3.3	Risker för utsatthet efter vården	202
3.4	Vårdens omfattning	203
3.4.1	Utvecklingen sedan SoL och LVU först infördes	203
3.4.2	Statistik över insatser 2022	205
3.4.3	Förändringar under de senaste åren	210
3.4.4	Skillnader i landet	212
3.4.5	Vårdtider	214
3.4.6	Kostnader för vården.....	219
3.5	Omvärldsfaktorer och omvärldsförhållanden	222
3.5.1	Samhällsförändringar och samhällets vård	222
3.5.2	Social hållbarhet och hållbar socialtjänst.....	222
3.5.3	Kompetensförsörjning som grundläggande utmaning	224

3.5.4	Vårdideologi	226
3.5.5	Samhällets vård för barn och unga i ett internationellt sammanhang	227
4	Nationell styrning och uppföljning	229
4.1	Uppdraget	229
4.2	Statens ansvarsområden och insatser	230
4.2.1	Kunskapsstyrning	230
4.2.2	Utförande av vård	237
4.2.3	Tillsyn	238
4.2.4	Mänskliga rättigheter	241
4.2.5	Andra granskningar och uppföljningar.....	243
4.3	Tillgång till uppgifter för uppföljning och analys	246
4.3.1	Individbaserad statistik i nationella register.....	246
4.3.2	Uppgifter från enkätundersökningar bland placerade barn och unga.....	249
4.3.3	Uppgifter om socialtjänstens myndighetsutövning	252
4.3.4	Uppgifter om utförare och utförande av vård.....	253
4.3.5	Personal	256
4.3.6	Kostnader	256
4.4	Överväganden och förslag.....	257
4.4.1	Samhällsvård för barn och unga	257
4.4.2	Statens ansvar för god kvalitet i samhällsvård för barn och unga	263
4.4.3	Nationell samordning av statens stöd.....	266
4.4.4	Uppdrag till Socialstyrelsen om nationell samordning och utökat nationellt arbete.....	272
4.4.5	Nationell struktur för uppföljning och analys	277
4.4.6	Lokal kvalitetsuppföljning.....	296
4.4.7	Stabila strukturer för regional samverkan om kunskapsbaserat arbete och nationell samverkan om kompetensfrågor	299
4.4.8	Forskning.....	301
4.4.9	Nordiskt samarbete om god kvalitet i den sociala dygnsvården	303

5	Socialnämndens ansvar för en stärkt vårdkedja	305
5.1	Utredningens uppdrag.....	305
5.2	Instabilitet i vården	306
5.2.1	Kartläggning av instabiliteten	306
5.2.2	Konsekvenser av instabilitet	307
5.2.3	Barns och ungas röster om instabilitet och oförutsägbarhet.....	311
5.2.4	Rättsliga utgångspunkter vid placering och omplacering.....	313
5.2.5	Rättsliga förutsättningar för att ge stöd till barn och unga	321
5.3	Bestämmanderätt över vissa personliga förhållanden för barn och unga i samhällsvård.....	322
5.3.1	Rättsliga förutsättningar för bestämmanderätten	322
5.4	Att följa, överväga och pröva vården	330
5.4.1	Barn och ungas önskemål och behov	330
5.4.2	Granskning av barns delaktighet vid omplacering eller hemflytt	331
5.4.3	Rättsliga förutsättningar för att följa vården	333
5.5	Utredningens överväganden och förslag	339
5.5.1	En tydligare och mer sammanhängande reglering av socialnämndens ansvar	339
5.5.2	Stärkt och förtydligat ansvar för socialnämndens att ge barn och unga i samhällsvård god vård	340
5.5.3	Starkare rätt för barn och unga att komma till tals och framföra klagomål	354
5.5.4	Socialnämnden ska besluta om var barnet eller den unge ska vistas under vårdtiden	361
5.5.5	Ny reglering av LVU i det egna hemmet	368
5.5.6	Socialnämndens ansvar för att noga följa vården tydliggörs	377

5.5.7	Socialnämnden ska följa upp om hälsoundersökning och bedömning av extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan har genomförts	386
5.5.8	Tydligare stöd till vårdnadshavare och föräldrar	388
5.5.9	Justering av övervägande och prövning av vården	391
5.5.10	Socialnämnden ska anmäla till IVO om de misstänker att ett tillstånd kan behöva återkallas ...	395
5.5.11	Förslag angående bestämmanderätt	397
6	Stärkt kvalitet i familjehemsvård	407
6.1	Utredningens uppdrag	407
6.1.1	Direktiven	407
6.1.2	Avgränsning mot LSS	407
6.2	Bakgrund	408
6.2.1	Familjehem som placeringsform	408
6.2.2	Gränsdragning mellan familjehem och HVB	410
6.2.3	Omfattning av familjehemsvården	412
6.3	Rättsliga förutsättningar	413
6.3.1	Om familjehem och jourhem	413
6.3.2	Om så kallad behandlingsfamilj	414
6.3.3	Konsulentstödda familjehem	418
6.3.4	Utredning av familjehem	419
6.3.5	Utbildning till familjehem	422
6.3.6	Antal barn i ett familjehem	423
6.3.7	Beslut om att inte få ta emot barn i sitt hem	424
6.3.8	Vissa sekretessfrågor	425
6.3.9	Stöd till familjehem, vårdnadshavare och barn/unga	427
6.3.10	Uppföljning och tillsyn av familjehem	428
6.4	Internationell utblick på utvecklingen av familjehemsvården	428
6.4.1	Familjehemsvården i EU	428
6.4.2	Danmarks satsning på familjehemsvården	430
6.4.3	Norges satsning på familjehemsvården	431

6.5	Problemanalys	432
6.5.1	Olika barn med olika behov.....	432
6.5.2	Svårt att rekrytera lämpliga hem.....	433
6.5.3	För lågt användande av nätverkshem	438
6.5.4	Bristfälliga förutsättningar för familjehemmen ...	443
6.5.5	Otydligheter kring utredning av familjehem.....	447
6.5.6	Den privata familjehemsmarknaden.....	452
6.5.7	För lite kunskap och kontroll av familjehemmen...	457
6.6	Utredningens förslag och överväganden	458
6.6.1	Förslag angående rekryteringen av familjehem ...	458
6.6.2	En justerad definition av familjehem.....	460
6.6.3	Införande av familjehemskategorier	462
6.6.4	Behandlingsfamiljer och TFCO	467
6.6.5	En särskild reglering av jourhem tas bort	469
6.6.6	Vård i jourhem i högst sex månader	469
6.6.7	Högst tre barn eller unga i samma familjehem	470
6.6.8	Socialnämndens rapportering till IVO justeras ...	472
6.6.9	Krav på tillstånd för familjehem införs	474
6.6.10	Enskilt hem som saknar tillstånd får vid särskilda skäl ta emot barn eller unga	479
6.6.11	Tillstånd till familjehem ska ges av socialnämnden	482
6.6.12	Beslut om tillstånd får inte delegeras till tjänsteperson	488
6.6.13	Krav på grundutbildning för att bli familjehem... 488	
6.6.14	Utredning av tillstånd ska inledas skyndsamt och max ta sex månader.....	490
6.6.15	Beslut om tillstånd som familjehem får överklagas enligt SoL	492
6.6.16	Tillståndet förfaller när familjehemmet inte haft uppdrag på tre år	493
6.6.17	IVO ska återkalla tillstånd för familjehem.....	495
6.6.18	Beslut om återkallelse av tillstånd får överklagas.....	498
6.6.19	Familjehem är skyldiga att underrätta socialnämnden om deras förutsättningar ändras...	500
6.6.20	IVO ska underrätta socialnämnden om utredning eller beslut av återkallelse.....	501

6.6.21	Uppdrag till Socialstyrelsen att ge stöd till kommunerna kring familjehemsvården.....	503
6.6.22	Uppdrag till IVO om tillsyn av familjehemsvården.....	505
6.6.23	Förslag för att öka användandet av nätverkshem.....	505
6.6.24	Ökat stöd till familjehem.....	511
6.6.25	Reglering av kompetensen vid utredning av tillstånd, utbildning, handledning och stöd till familjehem.....	515
6.6.26	Skyldighet att lämna registerutdrag för familjehem som tar emot unga mellan 18 och 21 år.....	518
6.6.27	Tydligare ansvarsfördelning mellan socialnämnden och privata verksamheter med konsulentstöd genom reglering av ersättningen...	521
6.6.28	Ersättning till familjehem	523
7	Register över familjehem för barn och unga	533
7.1	Utredningens uppdrag	533
7.2	Tillgången till uppgifter om familjehem	534
7.3	Socialnämndens behov av information.....	540
7.4	Nuvarande reglering.....	544
7.4.1	EU:s dataskyddsförordning	544
7.4.2	Dataskyddslagen	548
7.4.3	Registerförfattningar på socialtjänstens område	550
7.4.4	Nationell officiell statistik för socialtjänsten	554
7.4.5	Behandling av personuppgifter hos IVO.....	557
7.4.6	Sekretess och tystnadsplikt	564
7.4.7	Normgivning och skydd enligt grundlag.....	565
7.5	Danmarks Tilbudsportal och tillståndsgivning.....	566
7.6	Utredningens överväganden och förslag.....	571
7.6.1	Att inrätta ett nationellt familjehemsregister för barn och unga	571
7.6.2	Överväganden kring integritet och risker	577

7.6.3	En ny lag om nationellt familjehemsregister	610
7.6.4	Lagens syfte	615
7.6.5	IVO ansvarig myndighet för registret.....	616
7.6.6	Behandling av personuppgifter	621
7.6.7	Förhållandet till annan lagstiftning	623
7.6.8	Ändamålen med behandlingen av personuppgifter	625
7.6.9	Den enskildes inställning till personuppgiftsbehandlingen.....	636
7.6.10	Registrets innehåll	642
7.6.11	Uppgiftslämnande till registret.....	645
7.6.12	Behörighetsutdelning	646
7.6.13	Begränsning av tillgång till uppgifter i registret.....	653
7.6.14	Information till registrerade	655
7.6.15	Kontroll av elektronisk åtkomst.....	657
7.6.16	Rätt till rättelse	658
7.6.17	Radering och begränsning.....	659
7.6.18	Bevarande och gallring	661
7.6.19	Sekretessfrågor.....	663

VOLYM 2

8	Stärkt kvalitet i HVB och stödboende	675
8.1	Inledning.....	675
8.1.1	Uppdraget	675
8.1.2	Begrepp och termer	676
8.2	Bakgrund	676
8.2.1	Vägen till dagens HVB.....	676
8.2.2	Stödboende som placeringsform	689
8.3	Dagsläge.....	695
8.3.1	Institutionsvårdens utveckling över tid	695
8.3.2	Dagsläge – kommunala och privata HVB	700
8.3.3	SiS särskilda ungdomshem	711
8.3.4	Stödboende	715
8.3.5	Personal och kostnader	721

8.4	Övergripande problembeskrivning	723
8.4.1	HVB.....	723
8.4.2	Stödboende.....	742
8.5	Vårdens syften och inriktning – överväganden och förslag	750
8.5.1	Nationellt utvecklings- och förbättringsarbete...	750
8.5.2	Förutsättning för placering i HVB	756
8.6	Statens styrning och stöd – överväganden och förslag.....	764
8.6.1	Områden för ökat statligt ansvar	764
8.6.2	Utredning av ökat statligt ansvar för tillgången till lämplig institutionsvård	768
8.6.3	Stöd för lämplighetsbedömning vid inskrivning i HVB.....	770
8.6.4	Stöd för systematiskt kvalitetsarbete och grundläggande förutsättningar för god kvalitet ..	775
8.7	Ledning och kompetens i HVB och stödboende – överväganden och förslag	779
8.7.1	Föreståndarens ansvar och kompetens	781
8.7.2	Den övriga personalens kompetens	788
8.7.3	Övergångsbestämmelser	797
8.7.4	Yrkesresan som plattform för introduktion och kompetensutveckling i HVB och stödboende	798
8.8	Differentiering av HVB – överväganden och förslag	799
8.8.1	Behov av differentiering.....	799
8.8.2	Former för det fortsatta arbetet med specialisering, dimensionering och tillgång till hälso- och sjukvård.....	803
8.8.3	Utredning av befogenheter vid HVB och SiS särskilda befogenheter.....	814
8.9	Vård i särskilda ungdomshem – överväganden och förslag....	817
8.9.1	SiS roll i vårdkedjan.....	818
8.9.2	Vård med särskilt noggrann tillsyn	825
8.9.3	Trygg och säker vård.....	830

9 Tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård.... 837

9.1	Inledning.....	837
9.1.1	Uppdraget	837
9.1.2	Rätten till hälsa	837
9.1.3	Förhållande till bedömningar och förslag i andra kapitel.....	838
9.2	Ett delat ansvar med stora samverkansbehov.....	839
9.2.1	Socialnämndens ansvar.....	839
9.2.2	Regionens ansvar för hälso- och sjukvård.....	839
9.2.3	Regionens ansvar för tandvård.....	841
9.2.4	Utgångspunkter för socialnämndens och regionens ansvar vid egenvård	841
9.2.5	SiS ansvar.....	842
9.2.6	Samverkan	842
9.2.7	Hälsoundersökningar	843
9.2.8	Läkarundersökning inför vård enligt LVU	844
9.3	Dagsläge.....	844
9.3.1	Hälsa och hälso- och sjukvårdsbehov hos placerade barn och unga	844
9.3.2	Samsjuklighet.....	845
9.3.3	Hälsa och sjukvård som en del av helhetssynen.....	846
9.3.4	Placerade barn och unga om sin hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård.....	847
9.3.5	Aktuella aktiviteter och förslag	848
9.3.6	Exempel på svenska studier av hälsoläget	850
9.3.7	Tillgång till hälso- och sjukvård.....	856
9.4	Inledande överväganden och förslag om jämlik hälso- och sjukvård och tandvård.....	862
9.4.1	Huvudlinjer i arbetet för tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård.	862
9.4.2	God och nära hälso- och sjukvård för placerade barn och unga	867
9.5	Överväganden och förslag om regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård.....	868
9.5.1	Hälso- och sjukvård utanför hemregionen	869

9.5.2	Tandvård utanför hemregionen.....	875
9.5.3	Överenskommelser mellan kommuner och regioner ska även regleras i tandvårdslagen	876
9.5.4	Samsjuklighetsutredningens förslag om regionens ansvar för hälso- och sjukvård i HVB.....	877
9.6	Överväganden och förslag om undersökningar av hälsan ..	879
9.6.1	Tydligare ordning för olika typer av undersökningar av hälsa.....	880
9.6.2	Ändringar av lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet	883
9.6.3	Långsiktig nationell implementering och uppföljning av reglerna om hälsoundersökning ..	886
9.7	Överväganden och förslag om hälso- och sjukvård för barn och i särskilda ungdomshem	887
9.7.1	Ramar och risker i dag	887
9.7.2	Hälso- och sjukvård på olika nivåer för barn och unga i särskilda ungdomshem.....	891
9.7.3	Hälso- och sjukvård efter behov i de former som regionen erbjuder (ordinarie samverkan)	896
9.7.4	Integrerad vård genom tvärprofessionella team på plats i de särskilda ungdomshemmen	900
9.7.5	Hälso- och sjukvård på basnivå på plats i de särskilda ungdomshemmen.....	903
9.7.6	Överenskommelser mellan SiS och regionerna...	918
9.7.7	SiS ges möjlighet att ta initiativ till SIP på samma sätt som kommun och region	921
9.8	Överväganden och förslag om särskilda utvecklingsområden	923
9.8.1	En organisatorisk modell för information, bedömningar och samverkan om placerade barns och ungas hälsa.....	924
9.8.2	Barn- och ungdomspsykiatrins arbete med barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet....	925

9.8.3	Stöd för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) för barn och unga i samhällets vård.....	926
9.8.4	En förstudie av digitala verktyg som medel för tillgång till jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård	927
9.8.5	Språkstörning bland barn och unga i samhällsvård.....	928
10	En väl fungerande skolgång	929
10.1	Utredningens uppdrag.....	929
10.2	Rättsliga förutsättningar.....	929
10.2.1	Barns rätt till utbildning.....	929
10.2.2	Socialnämndens ansvar.....	930
10.2.3	Skolans ansvar.....	931
10.3	Lägesbeskrivning.....	936
10.3.1	Barn och unga i samhällsvårds skolresultat.....	936
10.3.2	Samband mellan antal placeringar och utbildningsresultat.....	939
10.3.3	Barns och ungas åsikter om sin utbildning	941
10.3.4	Utbildning som skyddsfaktor.....	942
10.3.5	Orsaker till barn och unga i samhällsvårds låga skolresultat	943
10.3.6	Granskning av utbildning i HVB.....	944
10.3.7	Granskning av utbildning i SiS	945
10.3.8	Mobbning och annan kränkande behandling.....	946
10.4	Interventioner och andra insatser för att förbättra skolresultaten	947
10.4.1	Exempel på insatser	948
10.5	Utredningens förslag och överväganden	952
10.5.1	Socialnämnden ska underrätta ansvarig nämnd om behov av skolplats	953
10.5.2	Obligatorisk kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård	954
10.5.3	Skyldighet för socialnämnden att underrätta rektor om behov av bedömning.....	958

10.5.4	Hälsobesök för barn och unga i samhällsvård.....	959
10.5.5	Möjlighet till kompletterande utbildning	961
10.5.6	Regeringsuppdrag för utvecklings- och implementeringsinsatser av SAMS.....	962
10.5.7	Överenskommelse med SKR för att testa och sprida arbetssätt för att förbättra barn och unga i samhällsvårds skolresultat.....	963
10.5.8	Utredningens övriga förslag som påverkar barn och unga i samhällsvårds utbildning	964
11	Fortsatt samhällsvård efter 18 års ålder och stöd efter samhällsvård	967
11.1	Utredningens uppdrag	967
11.1.1	Skyldighet att erbjuda fortsatt placering till unga som fyllt 18 men inte 21 år.....	967
11.1.2	Förstärkning av stöd till barn, unga och vårdnadshavare efter att placering har upphört...	968
11.2	Lägesbeskrivning	968
11.2.1	Avslut av vård vid 18-årsdagen.....	970
11.2.2	Vart flyttar barn och unga när vården upphör?...	972
11.2.3	Kommunernas arbete med stöd efter att vården upphört i dag	973
11.3	Rättsliga förutsättningar vid avslut av vård och efter vården upphört.....	976
11.3.1	Avslut av samhällsvård.....	976
11.3.2	Obligatorisk uppföljning när tvångsvård upphör.....	977
11.3.3	Socialnämndens ansvar efter att vården upphört	977
11.3.4	Om underhållsskyldighet och ekonomiskt bistånd med mera	978
11.4	Barns röster om sina behov.....	980
11.5	Kunskap om eftervård.....	982
11.5.1	SOS Barnbyars arbete med eftervård	982
11.5.2	Eftervården internationellt	983

11.6	Utredningens överväganden och förslag	986
11.6.1	Socialnämnden ska pröva behovet av fortsatt vård inför att barnet fyller 18 år	986
11.6.2	Stöd efter vården ska ingå i en skälig levnadsnivå för unga upp till 25 år	991
11.6.3	Socialnämnden ska underrätta barn och unga om dess rättigheter till stöd	994
11.6.4	Stöd till vårdnadshavare när barnet flyttar hem... ..	995
12	Konsekvensanalys.....	1001
12.1	Konsekvenser för barn och unga	1001
12.2	Ekonomiska konsekvenser	1004
12.2.1	Samhällsekonomiska konsekvenser	1004
12.2.2	Ekonomiska konsekvenser för staten	1012
12.2.3	Ekonomiska konsekvenser för kommunerna	1017
12.2.4	Ekonomiska konsekvenser för regionerna.....	1023
12.2.5	Ekonomiska konsekvenser för företag och andra enskilda.....	1024
12.2.6	Sammanställning av kostnader.....	1025
12.2.7	Finansiering.....	1026
12.3	EU-rättsliga konsekvenser	1027
12.4	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	1031
12.4.1	Förslag som rör socialnämnder	1031
12.4.2	Förslag som rör hälso- och sjukvård	1033
12.4.3	Förslag som rör skola.....	1035
12.5	Konsekvenser för brottslighet och det brottsförebyggande arbetet.....	1035
12.6	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service	1036
12.7	Konsekvenser för företagande	1037
12.8	Jämställdhet mellan kvinnor och män	1038
12.9	Möjligheter att nå de integrationspolitiska målen	1040

13	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	1041
13.1	Tillsyn.....	1041
13.2	Ikraftträdande för huvuddelen av de kvalitetshöjande förslagen inom socialtjänsten.....	1042
13.3	Förslag med anledning av tillståndsprocess för familjehem.....	1042
13.4	Förslag med anledning av register över familjehem	1044
13.5	Förslag med anledning av kunskapsbedömning i skolan ..	1044
13.6	Förslag som rör kompetenshöjande åtgärder	1045
13.7	Förslag som avser säkerställande av placerade barn och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård	1046
14	Författningskommentar	1047
14.1	Förslaget till lag (0000:000) om register över familjehem för barn och unga.....	1047
14.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	1061
14.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.....	1062
14.4	Förslaget till lag om ändring i föräldraledighetslagen (1995:584)	1069
14.5	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	1070
14.6	Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)	1099
14.7	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	1102
14.8	Förslaget till lag om ändring i skollagen (2010:800)	1103
14.9	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	1105

14.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.....	1108
--	------

Särskilt yttrande	1113
--------------------------------	-------------

Referenser	1125
-------------------------	-------------

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2021:84	1155
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2023:13	1179
Bilaga 3	Barn och unga i samhällets vård (dir. 2021:84) arbete med användardriven policyutveckling.....	1181
Bilaga 4	Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland barn som bor i familjehem – Resultat från Skolbarns hälsovanor 2021/2022.....	1215
Bilaga 5	Placeringsformer med mera i Danmark, Finland och Norge	1229

8 Stärkt kvalitet i HVB och stödboende

8.1 Inledning

8.1.1 Uppdraget

Hem för vård eller boende (HVB) och stödboende omfattas av utredningens övergripande uppdrag att lämna förslag på hur kvaliteten i vården av barn och unga som placeras utanför det egna hemmet kan säkerställas. Utredningen har också särskilda uppgifter som avser kvaliteten i HVB och stödboende. Enligt direktiven ska utredningen:

- analysera vilka åtgärder som behövs för att säkerställa att personalen som arbetar på HVB har rätt kompetens i förhållande till målgruppen,
- klargöra vad som krävs för att säkerställa att det görs en ändamålsenlig bedömning av lämpligheten vid inskrivning i ett HVB eller stödboende, inklusive vid inskrivning på SiS särskilda ungdomshem,
- analysera behovet av HVB med differentierat behandlingsinnehåll, till exempel. med avseende på ungdomar med kriminellt beteende, funktionsnedsättning eller allvarlig psykiatrisk problematik,
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

De delar av direktiven som avser HVB inkluderar de särskilda ungdomshem som Statens institutionsstyrelse, SiS, ansvarar för. Utredningen har även vissa uppdrag som särskilt gäller SiS. Utredningen ska analysera om det krävs förtydliganden i SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag och ta ställning till om SiS bör ges möjlighet att initiera en SIP. Det framgår också att utredningen inte ska behandla SiS särskilda befogenheter för vården i särskilda ungdomshem. Utredningens över-

väganden och förslag om SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag och SIP finns i kapitel 9.

En del av utredningens uppdrag om HVB och stödboende är att undersöka vilka åtgärder som behövs för att säkerställa att alla, flickor som pojkar, upplever trygghet och får tillgång till stöd efter behov. Utredningen ser detta som en mer övergripande fråga som också rör de delar av socialnämndens ansvar som utredningen behandlar i kapitel 5.

8.1.2 Begrepp och termer

I direktiven avser begreppet HVB även SiS särskilda ungdomshem om inte något annat anges. På samma sätt inkluderas SiS särskilda ungdomshem i HVB-begreppet i detta kapitel, men de benämns också för sig vid behov.

Begreppet institutionsvård används som synonymt med HVB och inkluderar SiS särskilda ungdomshem. Stödboende ingår däremot inte i institutionsvården.

Stödboende ska erbjuda stöd och inte vård eller behandling, men är en av de placeringsformer som finns för vård utanför det egna hemmet och omfattas av utredningens förslag om den nya benämningen samhällsvård för barn och unga.

8.2 Bakgrund

8.2.1 Vägen till dagens HVB

Med hem för vård eller boende (HVB) avses enligt 3 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, 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.

Av 6 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL framgår att kommunerna ansvarar för att det finns tillgång till HVB. Vård i HVB ska bedrivas i samråd med socialnämnden (6 kap. 4 § SoL).

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ ska ha tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

för att yrkesmässigt få bedriva HVB för barn och unga i åldern 16–20 år (3 kap. 1 § SoF). En kommun eller ett landsting som driver verksamhet med stödboende och en kommun som genom avtal har överlämnat till enskild att driva sådan verksamhet ska anmäla denna verksamhet till IVO (7 kap. 1 § SoL).

HVB för barn och unga omfattas av regelbunden tillsyn av IVO. Inspektioner ska göras minst en gång per år. IVO ska i anslutning till en inspektion samtala med de barn och unga som samtycker till det (3 kap. 19 § SoF).

HVB som placeringsform

HVB infördes tillsammans med familjehem som nya placeringsformer när socialtjänstlagen trädde i kraft 1982. Båda placeringsformerna ersatte tidigare former av vård i hemmet eller i institution. I enlighet med tankarna bakom socialtjänstlagen som ramlag kom båda begreppen att beskrivas allmänt för att kunna rymma olika lösningar efter individuella behov.

HVB tillkom som ett samlande begrepp för ett antal former av institutionsvård i hem, anstalter med mera som tidigare haft särskilda syften och regler. Inom barn- och ungaområdet gällde det landstingens spädbarnshem, mödrahem, upptagningshem och specialhem samt de statliga ungdomsvårdsskolorna. Dessutom kom HVB att omfatta vårdanstalter för alkoholmissbrukare, inackorderingshem för alkoholmissbrukare, behandlingshem för narkotikamissbrukare och hem för störande vårdtagare som inte kunde vara i ålderdomshem.¹ HVB-begreppet blev alltså lika för institutioner som tar emot barn och institutioner som tar emot vuxna.

En statlig utredning hade annars tidigare föreslagit att de olika institutionerna för barn och unga skulle regleras för sig, kallas barn- och ungdomshem och ha upp till åtta platser. Vården vid dessa hem skulle enligt förslaget vara så lite differentierad som möjligt och inte uppdelad på olika institutionstyper.²

Syftet med den nya benämningen var att ge kommunerna större möjligheter att använda institutionsvård som en av flera resurser i socialtjänstens arbete. Huvuddelen av de tidigare institutionerna om-

¹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 327.

² SOU 1974:7 s.334 ff. och SOU 1977:40 s. 251 f.

fattade vård och behandling, men några av dem erbjöd bara boende. Den nya benämningen blev därför hem för vård eller boende.³

Flera problem med den tidigare institutionsvården nämndes i socialtjänstlagens förarbeten, bland annat risker för passivisering av de som vårdades och bristande kontinuitet i vården. Samtidigt ansågs det orealistiskt att förutsätta att institutionsvård ”helt skulle kunna undvaras”. Institutionsvården beskrevs som en viktig resurs för den nya socialtjänsten.⁴ Den vård som ansågs nödvändig behövde dock tydligare ställas under socialtjänstens ansvar och bättre svara mot de vårdades behov av inflytande och kontakter med anhöriga och andra delar av samhället.

Tre principer ansågs vara grundläggande vid utformning och användning av institutionerna: kontinuitet, flexibilitet och närhet. Den sista principen krävde bland annat en bättre spridning av institutioner för ungdomsvård till storstadsområdena, där behoven av sådan vård var störst. Vidare borde små enheter eftersträvas och behandlingen i princip vara frivillig. Följande syften ansågs vara aktuella för institutionsvården:

- att bryta en akut, destruktiv situation
- att kartlägga behovet av stöd och behandling
- att planera och påbörja problemlösningsprocessen
- att bereda tillflykt vid nya kriser
- att i speciella fall tillgodose behov av behandling i skyddad miljö under längre tid.⁵

I förarbetena definierades institution som en ”i administrativt hänseende avgränsad resurs, vilken med särskilda lokaler som bas möjliggör dygnet-runt-insatser i syfte att ge omvårdnad, stöd och behandling. För att det ska vara fråga om vård eller boende vid institution förutsattes att ”flera klienter samtidigt kan erbjudas de aktuella tjänsterna”.⁶ Behandlingsinslaget framhölls som särskilt viktigt i förarbetena, till exempel i formuleringar som att institutionen ska vara ”ett medel för att genomföra ett behandlingsprogram.”⁷

³ Prop. 1979/80:1 Del A s. 324 ff.

⁴ SOU 1977:40 s. 253.

⁵ SOU 1977:40 s. 238.

⁶ SOU 1977:40 s. 238 f. och prop. 1979/80:1 Del A s. 326.

⁷ SOU 1977:40 s. 238.

En fråga som särskilt diskuterades i förarbetena var institutionsvårdens differentiering. Genom den nya och enhetliga termen HVB kunde en alltför långt driven uppdelning av institutionsvård efter kön, ålder och symtom undvikas. I stället skulle vården tydligare och mer sammanhängande kunna utgå från en helhetssyn på barnets, den unges eller den vuxnes underliggande problem och behov. Därmed skulle också onödiga avbrott i vården och flyttningar mellan institutioner kunna undvikas.⁸ I förarbetena till SoL ställs en äldre princip om differentiering efter yttre symtom mot val av institution utifrån den enskildes ”djupare liggande behov”.⁹

Tankarna om en ny form av differentiering av HVB fick viss konkretion genom tre så kallade typinstitutioner som beskrivs i SoL:s förarbeten. Tre av dessa typinstitutioner avsåg vård för barn och unga:

- en typinstitution för spädbarn och barn upp till tolv års ålder i behov av omedelbara åtgärder eller med allvarliga så kallade sociala, intellektuella eller emotionella utvecklingsstörningar
- en typinstitution för ungdomar och vuxna i akuta krissituationer av destruktiv karaktär samt utredning beträffande unga lagöverträdare
- en typinstitution för problemlösning för ungdomar och vuxna som är motiverade för behandlingsplanering och en tids problembearbetning.¹⁰

Typinstitutionerna reglerades och verkar inte direkt ha påverkat utformningen av HVB-vården.

”Marknadsstyrningens” framväxt

HVB-begreppet var alltså en ny konstruktion när socialtjänstlagen infördes, men det byggde på vissa förutsättningar som togs för givna i förarbetena. Det gällde det offentliga ansvaret för att driva institutioner, behovet av en regional nivå inom institutionsvården och behovet av att planera verksamheten. På dessa punkter ändrades förutsättningarna i praktiken snabbt, vilket ledde till att kraven på regionalt

⁸ SOU 1977:40 s. 9 och prop. 1979/80:1 Del A s. 331 f.

⁹ SOU 1977:40 s. 238 ff.

¹⁰ SOU 1977:40 s. 256 ff. och prop. 1979/80:1 Del A s. 324 ff.

ansvar och planering togs bort under 1990-talet och att en tydlig marknadsstyrning etablerades.

När SoL infördes ansvarade landstingen för huvuddelen av de institutioner som var tänkta att bli HVB för barn och unga. Landstingens ansvar ökade dessutom genom att det kom att omfatta ungdomsvårdsskolorna – numera de särskilda ungdomshemmen – som staten tidigare var huvudman för. Landstingens fortsatta roll motiverades med att institutionsvården ofta kräver ett större upptagningsområde än en enstaka kommun. I vissa fall kunde det krävas så specialiserade institutioner att landstingen behövde arbeta tillsammans på den högre regionala vård som etablerats inom hälso- och sjukvården.¹¹

Överhuvudtaget framhölls det offentliga ansvaret för institutionsvården i SoL:s förarbeten. Kommunerna, som blev huvudman för socialtjänsten, bedömdes också kunna ansvara för HVB även om det blev i mindre utsträckning än landstingen. Enskilda aktörer som stiftelser och ideella organisationer kunde också vara aktuella för att driva HVB, men då som komplement för att exempelvis utveckla nya metoder och arbetssätt. Folkrörelsernas betydelse lyftes fram i förarbetena medan privata företag knappt nämndes.¹²

Landstingens och kommunernas ansvar för HVB markerades genom en bestämmelse i 1980 års SoL om deras gemensamma ansvar för vårdresursplaneringen (23 §). De bestämmelser som redan fanns om institutionsplanering ansågs ge dålig överblick över behov och resurser och leda till bristande samordning och resursutnyttjande. Enligt den nya bestämmelsen skulle kommunerna och landstinget tillgodose det behov av HVB som var gemensamt för kommunerna i området. Detta behov skulle tillsammans med ansvaret för att inrätta och driva HVB redovisas i en plan som var gemensam för landstinget och kommunerna. Planen skulle redovisas för länsstyrelsen. Det fanns tankar på att planen skulle underställas både länsstyrelsen och Socialstyrelsen för godkännande och att ett särskilt organ för tvistlösning mellan landsting och kommuner skulle inrättas, men så långtgående blev inte bestämmelsen i SoL.¹³

Sedan socialtjänstlagen trätt i kraft blev familjehemsvården, som förväntat, den dominerande placeringsformen för barn och unga. Samtidigt byggdes institutionsvården ut kraftigt, tvärtemot vad lagstif-

¹¹ SOU 1977:40 s. 256 ff. och prop. 1979/80:1 Del A s. 324 ff.

¹² Prop. 1979/80:1 Del A s. 352 f.

¹³ SOU 1977:40 s. 260 och prop. 1979/80:1 Del A s.324 ff. och 535 f.

taren väntade sig när SoL förbereddes och beslutades.¹⁴ Den ökade efterfrågan förklarades bland annat med en strängare syn på ungdomsbrottslighet, ett ökat utbud av institutioner och ändrade krav i 1990 års LVU för omhändertaganden till följd av den unges eget beteende.¹⁵ Hela ökningen låg på privata och stiftelsedrivna hem.¹⁶ Särskilt de privata institutionerna hade fått ökat betydelse; i mitten av 1990-talet var 60 procent av institutionerna för barn och unga i privat regi och 45 procent av alla barn- och ungdomsinstitutioner drevs som aktiebolag.¹⁷ Familjehem som tog emot flera barn och unga gjordes under 1980-talet om till HVB och många verksamheter låg i ett gränsland mellan placeringsformerna.¹⁸

Dessa förändringar påverkade institutionsvårdens förutsättningar i grunden och har fått bestående konsekvenser för styrningen och planeringen av HVB. Någon samlad analys av förändringarna har inte gjorts på nationell nivå, men några iakttagelser kan ändå göras. Förändringarna berodde inte på en uttalad vilja till ökad valfrihet eller flera privata alternativ, tvärtom skedde de inom ramen för ett markerat offentligt ansvar för planering. Vidare möjliggjordes förändringarna av det nya HVB-begreppet som öppnade för verksamheter av andra slag än de traditionella institutionerna, särskilt mindre familjelikhande vårdformer. Det ökade i sin tur möjligheterna till anpassning och differentiering efter individuella behov i linje med tankarna bakom det nya HVB-begreppet. I vilken utsträckning som landstingen ville och kunde utveckla vården vid sina institutioner på motsvarande sätt är oklart.

Helt utan diskussion försvann dock inte den tänkta offentliga styrningen av HVB. Socialstyrelsen gav 1990 ut en kartläggning och analys av utvecklingen sedan SoL trädde i kraft. Myndigheten var oroad och skrev att det inte gick att förbise att det uppstått HVB där syftet är en lönande affärsverksamhet snarare än att stödja barn och ungdomar i behov av vård och omsorg. Det offentliga ansvaret behövde därför stärkas. Myndigheten presenterade ett författningsförslag som innebar att HVB i enskild regi bara skulle kunna få tillstånd om det fanns ett behov av dem. Dessutom bedömde Socialstyrelsen

¹⁴ SOU 1994:139 s. 149 ff.

¹⁵ SOU 2015:71 s. 164.

¹⁶ SOU 1994:139 s. 149 ff.

¹⁷ SOU 1994:139 s. 150.

¹⁸ SOU 1994:139 s. 149 ff. Se även Sallnäs, M. (2000), *Barnvårdens institutioner: framväxt, ideologi och struktur*. Stockholms universitet.

att föreståndare för HVB i enskild regi skulle ha minst fem års erfarenhet av familjevård eller annat kvalificerat arbete med barn och ungdom. Yngre barn skulle bara få placeras i enskilt drivna HVB tillsammans med vårdnadshavare. Hemmens budget skulle prövas noga vid tillståndsgivningen och privat förmöghetensbildning inte vara tillåten vid HVB.¹⁹

Socialstyrelsens förslag genomfördes inte, och myndigheten var själv några år senare mer positiv till marknadsinslagen inom HVB-området. I en rapport från 1994 presenterade myndigheten en ny kartläggning av HVB utan att beröra de tidigare slutsatserna och förslagen.²⁰ Samma år konstaterade Socialtjänstkommittén att landstingens indelning av olika institutionstyper var överspelad och att kommunerna upphandlade en stor del av HVB-vården på en marknad. Mot den bakgrunden föreslog kommittén att bestämmelsen om landstingens och kommunernas gemensamma planeringsansvar borde tas bort och ersättas med en ny bestämmelse om kommunernas ansvar för tillgången till såväl institutionsvård som familjehemsvård. Regeringen delade bedömningen och genomförde förändringen 1997. Den nya bestämmelsen finns nu i 6 kap. 2 § SoL.

Vid den tiden passade förändringarna inom HVB-området samman med andra förändringar inom vård och omsorg. Satsningar på ökad valfrihet och upphandling av privata utförare genomfördes under 1990-talet inom stora delar av socialtjänsten. Samtidigt övergick landstingens ansvar för flera andra verksamheter där boende och vård kombinerades till kommunerna. De särskilda omsorgerna om personer med vissa funktionsnedsättningar ersattes med särskilda stöd- och serviceinsatser enligt LSS, de institutionsliknande mentalsjukhusen utvecklades liksom många av de behandlingshem som barn- och ungdomspsykiatri ansvarade för. Även långtidsvården för äldre personer ersattes med boende- och hemvårdslösningar i hemkommunen.

Under det kvartssekel som gått sedan bestämmelsen om vårdresursplanering togs bort har frågor om ansvar och planering inom HVB-området knappast alls tagits upp på nationell nivå.

¹⁹ Socialstyrelsen (1990). *Vård utom hemmet*, SoS-rapport 1990:4 s. 10 f.

²⁰ Socialstyrelsen (1994). *Barn- och ungdomsinstitutioner (utom de s.k. § 12-hemmen): hur påverkas vården av kommunernas ekonomiska situation och nya ekonomiska styrsystem?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:10.

Inrättandet av Statens institutionsstyrelse (SiS)

En typ av institution som både ingick i HVB-begreppet och nämndes för sig i den nya lagstiftningen var de ungdomsvårdsskolor som staten tidigare drivit. Dessa skolor hade varit självständiga statliga myndigheter med Socialstyrelsen som central förvaltningsmyndighet. Ansvaret för dem övergick till kommuner och landsting under 1980-talet eftersom det var en uttalad strävan att staten inte längre skulle driva sociala verksamheter.

Nu kallades dessa institutioner ”hem som var anpassade för särskilt noggrann tillsyn av barn och unga i behov av särskilt kvalificerad vård och behandling till följd av missbruk, brottslig verksamhet eller annat socialt nedbrytande beteende”. Beskrivningen togs in i 12 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga, 1980 års LVU. Efter paragrafens nummer kallades hemmen ofta § 12-hem. Efter ett förslag från riksdagens socialutskott kom ”§ 12-hemmen” att benämnas särskilda ungdomshem i 1990 års LVU.²¹ Samtidigt fortsatte de att kallas hem för särskilt noggrann tillsyn i LVU och att regleras i den nya lagens 12 §.²²

För ungdomshemmen fungerade inte den tänkta vårdresursplaneringen mellan kommuner och landsting. Under 1980-talet minskade antalet platser på ungdomshemmen med omkring en femtedel trots att den sociala problembilden knappast hade förändrats, och vård-sökande avvisades ofta på grund av platsbrist.²³ I det sammanhanget hade de privata alternativen ingen större roll. Platsbristen kopplades i stället till osäkerhet om efterfrågeutvecklingen som gjorde det svårt för landstingen att investera i nya enheter, och till att kommuner och landsting inte hittat former för att säkra ersättningar också vid låg beläggning av ungdomshemmen. Länen hade också visat sig vara för små som bas för planeringen av vården i särskilda ungdomshem.²⁴

Ungdomshemmen kritiserades också för bristande differentiering och kompetens att möta de ungdomar som har de tyngsta och mest sammansatta problemen, inte minst psykiatrisk problematik i förening med sociala vårdbehov.²⁵ Tre grupper av unga med särskilt stora vårdbehov bedömdes ha svårt att få plats på de särskilda ung-

²¹ Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU15 s. 2.

²² Prop. 1989/90:28 s. 47 ff. Jfr 12, 15, 15 b, 18 och 20 §§ lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

²³ Prop. 1989/90:28 s. 47 ff.

²⁴ SOU 1992:18 s. 57.

²⁵ Socialstyrelsen 1990 s. 20 f.

domshemmen: kriminella och aggressivt utagerande unga, unga med omfattade psykiatriska vårdbehov som ibland är aggressiva och ofta inte kan vårdas i grupp samt flickor med tidiga psykiska störningar och traumatiska upplevelser i form av bland annat sexuella övergrepp bakom sig.²⁶

I samband med att 1990 års LVU beslutades togs frågan om ansvaret för de särskilda ungdomshemmen upp på nytt och socialutskottet ansåg att ett statligt huvudmannaskap borde övervägas.²⁷ Året efter fattade riksdagen ett principbeslut om att huvudmannaskapet för ungdomshemmen skulle föras över till staten och uppmanade regeringen att snabbt utreda förutsättningarna för ett statligt huvudmannaskap. Riksdagen ställde två huvudsakliga krav på verksamheten: alla som behöver det ska kunna beredas på plats och en väl differentierad vård ska erbjudas. Även LVM-hemmen omfattades av principbeslutet.²⁸

Regeringen tillsatte en utredning, IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten, för att utreda alternativa lösningar för ett statligt huvudmannaskap.²⁹ IUM-utredningen föreslog att ungdomshemmen och LVM-hemmen skulle ingå som delar i en ny myndighet, Statens institutionsstyrelse. Regeringen och riksdagen delade denna bedömning.³⁰ Den nya myndigheten inrättades den 1 juli 1993 och är sedan den 1 april 1994 huvudman för de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen i landet.

Platstillgång och differentiering var centrala frågor också för IUM-utredningen och för regeringen inför det statliga huvudmannaskapet. Nya sätt att beskriva och prognosticera behovet av vården i särskilda ungdomshem togs dock inte fram inför att SiS började arbeta. I stället framhölls statens nya ansvar att ha platser tillgängliga som avgörande för en långsiktig stabilitet inom denna del av institutionsvården för barn och unga.

IUM-utredningen försökte bedöma behovet av vård i särskilda ungdomshem, men drog slutsatsen att så många osäkra faktorer spelade in att efterfrågan under en viss tidsperiod också är det mest korrekta uttrycket för behovet. Enligt IUM-utredningen är det bara de särskilda befogenheterna som skiljer de särskilda ungdomshem-

²⁶ SOU 1992:18 s. 78 och 206 f.

²⁷ 1989/90 SoU15 s. 1 f.

²⁸ 1990/91 SoU14 s. 1 f.

²⁹ IUM stod för institutioner för ungdomar och missbrukare.

³⁰ SOU 1992:18 s. 16 f. och prop. 1992/93:61 s. 18 ff.

men från andra HVB och det finns inga objektiva beskrivningar av vilka unga som verkligen behöver dessa befogenheter under vårdtiden. Ytterst är behovet av vård i särskilda ungdomshem därför beroende av vilka andra former av vård och stöd som är tillgängliga och hur väl de fungerar.³¹ Mot bakgrund av dessa osäkra förhållanden bedömde IUM-utredningen att SiS egen nationella planeringsfunktion skulle bli central för att möjliggöra handlingsberedskap inför ändrade behov och andra förhållanden på en svårförutsägbar marknad.³²

På individuell nivå skisserade IUM-utredningen en modell för differentieringen utifrån den unges personlighetsutveckling och personliga mognad i förening med till exempel ålder, kön och grundläggande problematik. Modellen hämtades från ett underlag som Socialstyrelsen lämnat till utredningen. I detta underlag beskrivs tre grupper av unga utifrån deras ”jagsvagheter”, tidigare erfarenheter av relationer och grad av aggressivitet inför nya relationer. Det finns inga hänvisningar till forskning eller annan kunskap som legat till grund för beskrivningen.³³

Regeringen var positiv också till denna differentieringsmodell och ansåg att den kunde fungera bättre än tidigare modeller inom de särskilda ungdomshemmen. Samtidigt betonade regeringen att det mest angelägna är att särskilja grupper av unga som har så skilda behandlings- och tillsynsbehov att de inte kan vårdas tillsammans.³⁴

Det kan tilläggas att SiS inte fick nytt eller utvidgat uppdrag för hälso- och sjukvård trots att myndigheten tillkom mot bakgrund av en diskussion om att ungdomshemmen inte hade kompetens att möta ungdomar sammansatta problem som psykiatrisk problematik i förening med sociala vårdbehov. SiS samverkan med landsting/regioner reglerades inte heller på något särskilt sätt.

Senare förändringar

Under 1990-talet ökade kraven på dokumentation, tillstånd, tillsyn och anmälningsskyldighet inom institutionsvården. Det förutsatte en skarpare gräns mot familjehemmen. I 35 § socialtjänstförordningen (1981:750), 1980 års SoF, definierades familjehem som ett enskilt

³¹ SOU 1992:18 s. 57 ff.

³² SOU 1992:18 s. 135 ff.

³³ SOU 1992:18 s. 78 och 206 f.

³⁴ Prop. 1992/93:61 s. 23.

hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte är sådan att hemmet blir att anse som ett hem för vård eller boende. Ett HVB definierades som ett hem som tar emot enskilda för vård, behandling, omvårdnad eller tillsyn i förening med ett boende. Till denna kategori hörde även yrkesmässigt bedriven familjehemsvård och familjehem med minst fyra platser. Det som tidigare kallades kommunala familjehem var alltså en del av HVB enligt den definitionen.

År 1997 infördes ett förtydligande i om ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ inte får bedriva verksamhet i form av HVB utan tillstånd. Se 69 § socialtjänstlagen (1980:620), 1980 års SoL I författningskommentaren preciserades ”yrkesmässigt” till att avse att verksamheten bedrivs kontinuerligt och i förvärvssyfte. Det framgår också att graden av yrkesmässighet nu skulle ersätta den tidigare gränsen mellan ett familjehem och ett HVB som främst dragits med utgångspunkt i antalet barn i familjehemmet (högst fyra platser).³⁵ I den nya socialtjänstförordning som trädde i kraft 2001 infördes den definition av HVB som alltjämt gäller:

Med hem för vård eller boende avses 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 (3 kap. 1 § SoF).

Under 2000-talet har tillsynen av granskningen av institutionsvården förstärkts genom kravet på frekvenstillsynen. IVO:s tillsyn över stödboenden och HVB som tar emot barn eller unga ska omfatta regelbundna inspektioner minst en gång per år. I anslutning till en inspektion ska IVO samtala med de barn och unga som samtycker till det (3 kap. 19 § SoF).³⁶ När frekvenstillsynen infördes angav den att varje HVB ska inspekteras minst två gånger årligen och att ett av dessa inspektionstillfällen ska vara oanmält.³⁷

I anslutning till bestämmelsen om frekvenstillsyn infördes en bestämmelse om att tillsynsmyndigheten ska ta fram information som riktar sig till barn och unga som stadigvarande vistas i bland annat

³⁵ 1989/90:SoU15 s. 2 och 37.

³⁶ Bestämmelsen avsåg först Socialstyrelsens tillsyn, men ändrades när tillsynen fördes över till IVO 2013.

³⁷ Prop. 2008/09:16 s. 58.

HVB och till deras vårdnadshavare. Informationen ska innehålla uppgifter om barns och ungas rättigheter, tillsynen, barns och ungas möjligheter att kontakta IVO och nå rätt person där samt om IVO:s möjligheter att samtala med barn utan att vårdnadshavaren har samtyckt till det eller är närvarande (se 3 kap. 20 § SoF).³⁸

Lämplighetsprövningen inför tillstånd till privata HVB har också förstärkts genom att IVO bedömer om företrädarna för den aktör som ska driva verksamheten har tillräcklig insikt i de lagar och övriga föreskrifter som gäller för verksamheten, att de är lämpliga i övrigt att driva verksamheten och huruvida verksamheten har ekonomiska förutsättningar.

Den största förändringen inom HVB-området under 2000-talet har handlat om en kraftig expansion när antalet ensamkommande barn och unga snabbt ökade och därefter en omfattande minskning av verksamheten när antalet minskade. Minskningen förstärktes av att stödboende infördes som placeringsform 2016. (Se även nästa avsnitt.)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om HVB

Socialstyrelsen beslutar om föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om HVB. Dessa föreskrifter avser HVB för barn och vuxna, men anger vissa särskilda regler och rekommendationer för HVB som tar emot barn. De omfattar inga ytterligare definitioner av HVB eller preciseringar av definitionen i 3 kap. 1 § SoF. Föreskrifterna och de allmänna råden är indelade i kapitel om ledningssystem, inskrivning vid ett HVB, genomförandet av vården vid HVB, personalens kompetens, bemanning och hemmets lokaler. Delar av innehållet i föreskrifterna och de allmänna råden återges i samband med utredningens överväganden och förslag i avsnitt 8.7.

HVB i förhållande till andra former för vård i förening med boende

Frågan om samsjuklighet bland barn och unga aktualiserar frågor om förhållandet mellan HVB som former för social dygnsvård och andra former av vård och boende utanför hemmet. När HVB infördes som

³⁸ Bestämmelsen avsåg först Socialstyrelsens tillsyn, men ändrades när tillsynen fördes över till IVO 2013.

ny placeringsform fanns det andra former för vård som successivt har minskat eller försvunnit.

Det gäller bland annat barn- och ungdomspsykiatrins behandlingshem som hade byggts upp sedan mitten av 1900-talet för vård av barn och unga som inte lämpligen kunde bo hemma under en tid och inte heller behövde sluten vård på sjukhus. Behandlingshemmen var inriktade på barn och unga med nervösa problem, asociala problem respektive psykotiska tillstånd.³⁹ Ännu i slutet av 1990-talet pekade Barnpsykiatrikommittén på behandlingshemmen som en resurs och var bekymrad av regionala variationer i antalet platser på behandlingshem som förekom.⁴⁰ Behandlingshemmen var delvis inriktade på ”asociala” barn och unga och arbetade i gränslandet mot HVB. Behandlingshem inom BUP kunde förenas med att landsting drev barn- och ungdomsinstitutioner på entreprenad för socialtjänstens räkning.⁴¹ Under 2000-talet verkar BUP:s behandlingshem ha försvunnit utan någon policyändring, konsekvensanalys eller uppföljning på nationell nivå.

Även antalet slutenvårdsplatser inom barn- och ungdomspsykiatri har uppmärksamats i förhållande till HVB.⁴² År 2021 fanns det 145 fastställda vårdplatser i landet.⁴³ I en internationell jämförelse av institutionsvården konstaterar konsultföretaget Deloitte att slutenvårdsplatserna i barn- och ungdomspsykiatri är fler i Norge (310 platser 2018) och Danmark (221 platser 2017) än i Sverige.⁴⁴

De särskilda omsorgsinstitutioner som fanns vid socialtjänstlagens tillkomst började avvecklas redan när socialtjänstlagen infördes. De ersattes av gruppboenden samtidigt som målgruppen utvidgades till att också omfatta personer med autism. Genom införandet av LSS år 1993 övergick ansvaret för dessa gruppboenden och flertalet andra stöd- och serviceinsatser för målgruppen till kommunerna. För barn finns det särskilda insatser enligt LSS för stöd och service i familjehem och bostad med särskild service. Det vanligaste är dock att barn och unga med intellektuella funktionsnedsättningar och autismspektrumtillstånd bor med sina familjer i föräldrahemmet.

³⁹ SOU 1997:8 s. 113 f.

⁴⁰ SOU 1998:3 s. 309.

⁴¹ SOU 1998 bilaga s. 8.

⁴² Till exempel redan i Socialstyrelsen 1990.

⁴³ Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatri i siffror: Barn- och ungdomspsykiatri – kartläggning 2021* s. 5.

⁴⁴ Bufdirektoratet och Deloitte (2019). *Kartläggning av institutionstillbud i Norge og utvalgte europeiske land Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 20. desember 2019 – Endelig rapport.*

Hur förändringen samspelar med utvecklingen inom HVB-området är svårt att bedöma. Tillgången till andra former av vård i kombination med boende utanför hemmet för barn och unga har dock minskat kraftigt under de senaste decennierna, främst innan ett omhändertagande blir aktuellt eller efter en avslutad placering. HVB möter också många barn och unga med psykiatriska tillstånd, inklusive neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Det visar bland annat kartläggningar som gjorts i de särskilda ungdomshemmen (se vidare i avsnitt 8.3.2).

8.2.2 Stödboende som placeringsform

Med ett stödboende avses enligt 3 kap. 1 a SoF en verksamhet inom socialtjänsten som tar emot enskilda i åldern 16–20 år i ett eget boende med individanpassat stöd. Om en sådan verksamhet drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt. I 6 kap. 1 § SoL anges att barn i åldern 16–17 år endast får tas emot i ett stödboende om det finns särskilda skäl.

Av 6 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL framgår att kommunerna ansvarar för att det finns tillgång till stödboende. Vård i HVB ska bedrivas i samråd med socialnämnden (6 kap. 4 § SoL).

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ ska ha tillstånd av IVO för att yrkesmässigt få bedriva stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år. En kommun eller ett landskap som driver verksamhet med stödboende och en kommun som genom avtal har överlämnat till enskild att driva sådan verksamhet ska anmäla denna verksamhet till IVO.

Stödboenden för barn och unga omfattas av regelbunden tillsyn av IVO. Inspektioner ska göras minst en gång per år. IVO ska i anslutning till en inspektion samtala med de barn och unga som samtycker till det. (3 kap. 19 § SoF).

Införandet av stödboende

Stödboende infördes som placeringsform genom en ändring i SoL som trädde i kraft den 1 januari 2016. Bakgrunden till reformen var behovet av fler placeringsalternativ, särskilt en mindre ingripande in-

sats för barn och unga som inte har sådana behov av vård- och behandlingsinsatser som motiverar en placering i hem för vård och boende (HVB). Behovet hade funnits tidigare, men blivit tydligare under början av 2010-talet när antalet ensamkommande barn och unga snabbt ökade.

Socialstyrelsen framförde i en skrivelse till Regeringskansliet 2012 att myndigheten fått allt fler frågor om socialnämndens möjligheter att bevilja insatser i form av boende med visst stöd till barn under 18 år. Frågorna hade framför allt handlat om placeringar av barn i egna lägenheter genom så kallade stödboenden, utslussningslägenheter och träningslägenheter. Frågeställarna hade beskrivit syftet med insatsen som att ge barnet stöd i att bli vuxen och i träningen inför ett självständigt boende. Enligt Socialstyrelsen användes redan denna form av boenden för bland annat ensamkommande barn.⁴⁵

Ökningen av antalet ensamkommande barn medförde överhuvudtaget ett ökat behov av fler placeringsalternativ i början av 2010-talet. Socialstyrelsen genomförde 2013 på uppdrag av regeringen en kartläggning av ensamkommande barns och ungas behov. Kartläggningen visade att vård, omsorg, utbildning och andra insatser behövde individanpassas i större utsträckning. Den dåvarande utslussningsverksamheten byggde mestadels på att den unge flyttade till en lägenhet i närheten av HVB och får tillgång till vuxenstöd. Övergången från HVB till utslussningslägenhet kunde bli abrupt när ungdomarna fyllt 18 år.⁴⁶

Utredningen om tvångsvård för barn och unga fick 2013 i uppdrag av regeringen att föreslå ny rättslig reglering som möjliggör fler placeringsalternativ för barn och unga, särskilt sådana som utgör en mindre ingripande insats. Den utredningen ansåg att framväxten av bland annat stödboende uttryckte ett faktiskt behov av att utveckla och differentiera samhällsvården. Stödboende skulle därför införas som en ny, rättsligt reglerad placeringsform för unga i åldern 16–20 år.⁴⁷

Regeringen delade utredningens bedömning och gick vidare med förslaget om stödboende som ny placeringsform.⁴⁸ Enligt regeringen

⁴⁵ Skrivelsen refereras i prop. 2015/16:43 s. 31 f. med hänvisning till Regeringskansliets dnr S2012/07966/FST.

⁴⁶ Socialstyrelsen (2013c). *Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning*.

⁴⁷ SOU 2014:3 s. 256 ff.

⁴⁸ Utredningen om tvångsvård för barn och unga föreslog att den nya placeringsformen skulle benämnas boende för stöd och tillsyn (stödboende). Regeringen ansåg emellertid att tillsyn inte ska ingå i benämningen. Den tillsyn som ska ske av personal i stödboende kan anses ingå i det individanpassade stödet. Tillsyn bör inte finnas med i benämningen eftersom det kan förknippas med annan slags tillsyn. Se prop. 2015/16:43 s. 37.

var en rättslig reglering av stödboende nödvändig för att säkerställa att boendeformen omfattas av kvalitets- och skyddsreglering på liknande sätt som gäller för familjehem och HVB.⁴⁹

Syfte och målgrupper

Det huvudsakliga syftet med den nya placeringsformen är, enligt förarbetena, att under trygga former träna och förbereda barnet eller den unge för ett självständigt boende och vuxenliv. Stödboende kan vara ett fristående placeringsalternativ eller fungera som utslussning efter annan vård utanför det egna hemmet, i till exempel familjehem eller HVB men också efter vård vid ett särskilt ungdomshem.⁵⁰

I jämförelse med den grupp av barn och unga som placeras i HVB är stödboende avsett för barn och unga som är bättre socialt fungerande och endast har ett mindre vårdbehov. Enligt förarbetena är dessa unga så mogna och självständiga att inte heller en familjehemsplacering bedöms lämplig. Samtidigt framhöll regeringen att det är viktigt att reglera de kriterier som ska känneteckna ett stödboende för att motverka de risker som ett eget boende för barn och unga kan innebära. Det gäller inte minst med den begränsade personalnärvaron i ett stödboende.

I förarbetena framhålls vikten av en individuell bedömning av om barnet eller den unge ska tas emot i ett stödboende. Följande exempel på tänkbara målgrupper för stödboende beskrivs dock:

- Barn och unga som tidigare varit placerade. Stödboende ansågs kunna fylla en viktig funktion i ett utslussnings- och eftervårdssammanhang. Träning för ett framtida eget boende är en viktig del i ett eftervårdsprogram och tillgången till ett stödboende kan göra en successiv utslussning från familjehem eller HVB möjlig.
- Ensamkommande barn och unga. En stor andel ensamkommande barn och unga var innan införandet av stödboende placerade i HVB, en del av dem utan att ha ett särskilt vårdbehov. Många kan behöva ett mer självständigt boende och ett mer individanpassat stöd med ett annat innehåll jämfört med HVB.

⁴⁹ Prop. 2015/16:43 s. 36.

⁵⁰ Ibid.

- Barn och unga som lever i en konfliktfylld eller på annat sätt otillfredsställande hemsituation som inte motiverar en placering i familjehem eller HVB. Ofta rör det sig om starka konflikter mellan föräldrar och unga. De som ingår i gruppen utmärks ibland av att de rymmer hemifrån eller kastas ut hemifrån.⁵¹

Socialnämndens bedömning vid placering i stödboende

Enligt förarbetena bör socialnämnden ha ett övergripande ansvar för barn och unga som tas emot i stödboende, på motsvarande sätt som för familjehem och HVB. Ett beslut om placering i stödboende bör ha ett tydligt mål och vara väl underbyggt.

Det framgår vidare av förarbetena att en noggrann bedömning alltid bör göras av om stödboende är en lämplig placeringsform utifrån den enskildes behov och barnets eller den unges bästa. Socialnämnden bör särskilt överväga om barnet eller den unge har behov av vård- och behandlingsinsatser som motiverar en annan placeringsform. Det är också viktigt att socialnämnden tar reda på hur barnet eller den unge ställer sig till en placering i ett eget boende. Socialnämnden behöver inhämta barnets eller den unges åsikt om vad placeringsformen kan komma att innebära för henne eller honom – praktiskt, socialt och känslomässigt. För att barnet ska kunna ta ställning har barnet rätt att få information som är anpassad till barnet. Socialnämnden behöver även bilda sig en klar uppfattning om huruvida barnet eller den unge har förmåga att klara av den nivå av självständighet som krävs för placering i stödboende. Det är viktigt att socialnämnden också överväger eventuella risker till följd av ett eget boende med mindre närvaro av personal. Det kan handla om en ökad risk att barnet eller den unge försvinner, en risk för människohandel eller risker som socialt utanförskap. Barn och unga som bedöms vara i riskzonen för att utveckla ett missbruk eller kriminalitet bör inte bli aktuella för ett stödboende.

I regel bör främst frivilliga placeringar i ett stödboende bli aktuella med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, enligt förarbetena. Även barn och unga som är placerade med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, kan dock komma i fråga. Främst handlar det då om placeringar

⁵¹ Prop. 2015/16:43 s. 37 f.

enligt 2 § LVU. Enligt den bestämmelsen ska vård beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.⁵²

Bedömning vid placering av barn i stödboende

Enligt förarbetena behöver socialnämnden iaktta en större försiktighet vid placering av barn i stödboende, i förhållande till personer som är myndiga. Skälen för detta är främst att personer under 18 år är att betrakta som en särskilt skyddsvärd grupp och att det kan finnas risker med att placera ett barn i ett eget boende med en mindre närvaro och kontakt med personal. Socialnämnden ska i varje enskilt fall bedöma om det kan finnas särskilda skäl för att placera 16- och 17-åringar i ett stödboende. Särskilda skäl kan vara att barnet bedöms vara moget och förberett för att på ett bra sätt klara av att bo och leva i ett eget boende, att barnet anses moget i övrigt och att barnet själv har uttryckt en önskan att bo i ett eget boende.⁵³

Boende och stöd

Eget boende

Enligt förarbetena innebär stödboende ett eget boende i till exempel en lägenhet eller en liknande boendelösning, men utesluter inte ett delat boende med ett annat barn eller en annan ung person. Det är lämpligt, men inte nödvändigt, att lägenheterna i ett stödboende finns inom ett relativt begränsat geografiskt område. Mer sammanhållna boendelösningar kan också vara möjliga, till exempel studentkorridorer eller liknande boenden där barnet eller den unge har ett eget rum.

Stödboende avgränsas i förarbetena mot boende i ett hem med eget kontrakt och insatser såsom kontaktperson eller ekonomiskt bistånd. Inte heller är det ett stödboende om socialtjänsten erbjuder stöd till ett boende i form av en inackordering hos ett tidigare familjehem efter det att placeringen har upphört.

⁵² Prop. 2015/16:43 s. 38.

⁵³ Prop. 2015/16:43 s. 38 f.

Individanpassat stöd

Det individuellt anpassade stödet beskrivs också i förarbetena. Det handlar om stöd till barn och unga att klara av ett eget boende, till exempel genom hjälp med frågor om ekonomi och att få en struktur i sin vardag. Stöd kan också behövas i att ordna bostad efter placeringen, studier, arbete eller annan sysselsättning och att ha en meningsfull fritid.

Det känslomässiga stödet kan vara minst lika viktigt som det praktiska, enligt förarbetena. Situationer där barnet eller den unge upplever otrygghet och ensamhet bör uppmärksammas och kunna hanteras. Det är särskilt angeläget för personalen att uppmärksamma de barn och unga som tillfälligt inte har någon vardagssysselsättning och som under den tiden kanske tillbringar mycket tid ensamma hemma.

Särskilt viktigt är det att det finns en flexibilitet i stödet utifrån de behov som barnet eller den unge har och en medvetenhet om och beredskap för att behoven kan variera över tid. Så långt det är möjligt och lämpligt bör föräldrar och övrigt nätverk i barnets eller den unges liv involveras.⁵⁴

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende

Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:56) om stödboende. Där anges att ett stödboende endast ska ta emot barn och unga i åldern 16–20 år som huvudsakligen behöver stöd för att förberedas för ett självständigt boende och vuxenliv. De barn och unga som tas emot ska i stor utsträckning kunna klara sin dagliga livsföring utan hjälp (2 kap. 1 §) Med stöd avses i föreskrifterna och de allmänna råden individuell vägledning i den dagliga livsföringen (2 kap. 2 §).

Föreskrifterna anger krav på stödboendets lokaler. Den som bedriver verksamhet i form av stödboende ska se till att stödboendets lokaler utformas på ett sådant sätt att det bidrar till barns och ungas förberedelse för självständighet. Utformningen ska också tillgodose behovet av trygghet och säkerhet för de barn och unga som ska placeras där (6 kap. 1 §), De egna boenden som ingår i ett stödboende ska vara hemlika och bestå av rum för boende, utrymme för tillagning och intag av måltider samt rum för personlig hygien (6 kap. 2 §). Om

⁵⁴ Prop. 2015/16:43 s. 39 ff.

det bedöms lämpligt kan dock ett eget boende utgöras av ett eget rum för boende och utrymmen som delas med andra barn eller unga som är placerade i stödboendet (allmänna råd till 6 kap. 2 §).

De egna boendena ska vara utformade med hänsyn tagen till den personliga integriteten. Barnet eller den unge ska kunna låsa lägenheten eller rummet för boende samt rummet för personlig hygien. Personalen ska dock vid behov kunna låsa upp. Barnet eller den unge ska få information om i vilka situationer som personalen får låsa upp (6 kap. 3 §).

Föreskrifterna och de allmänna råden avser flera områden som tas upp i kapitel 4 och 5. Det gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, lämplighetsbedömning vid inskrivning i ett stödboende, genomförandet av insatsen stödboende, bemanningen och kompetensen hos föreståndare och övrig personal.

8.3 Dagsläge

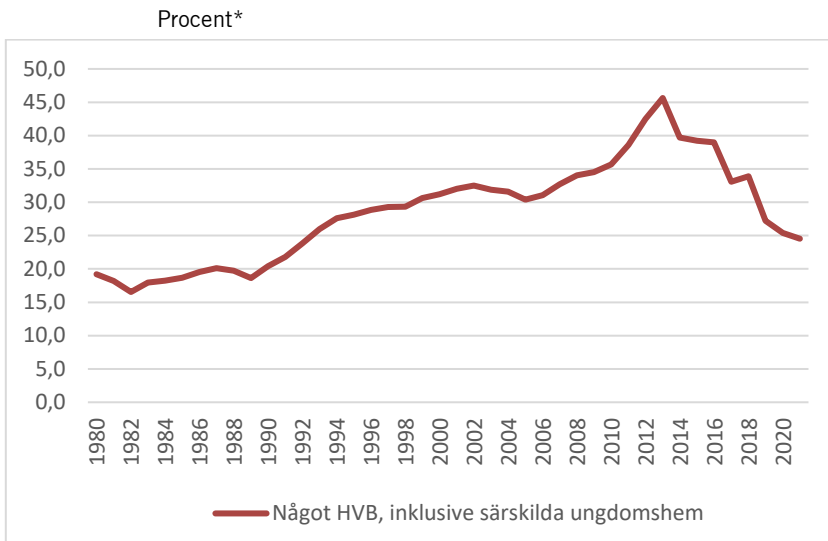
8.3.1 Institutionsvårdens utveckling över tid

Socialstyrelsens register över socialtjänstens insatser för barn och unga gör det möjligt att översiktligt beskriva utvecklingen inom institutionsvården sedan början av 1980-talet. Som framgår av avsnitt 3.4.1 finns det en del osäkerhet om statistiken under främst 2010-talet. Då var många ensamkommande placerade i HVB, men alla i den gruppen kom inte med i registret eftersom de inte hade svenska personnummer eller samordningsnummer.

Figur 8.1 visar att placeringarna i HVB, inklusive särskilda ungdomshem, under många år stod för en växande andel av alla placeringar av barn och unga med en topp i samband med mottagandet av många ensamkommande barn och unga det förra decenniet. Som framgår ovan avvek utvecklingen från vad lagstiftaren förväntade sig när SoL och LVU först infördes. Under de senaste åren har andelen HVB-placeringar i förhållande till alla placeringar av barn och unga minskat drastiskt. Under 2021 var den andelen på den lägsta nivån sedan 1993.⁵⁵

⁵⁵ Utredningen använder benämningen offentliga HVB för tiden fram till slutet av 1990-talet, när HVB drevs av både landsting och kommuner, och benämningen kommunala HVB om tiden därefter när landsting och regioner slutat driva HVB. De särskilda ungdomshemmen har också varit HVB i offentlig regi, men reglerats för sig.

Figur 8.1 Andel av alla placerade 0–20 år som varit placerade i HVB inklusive särskilda ungdomshem 1980–2021

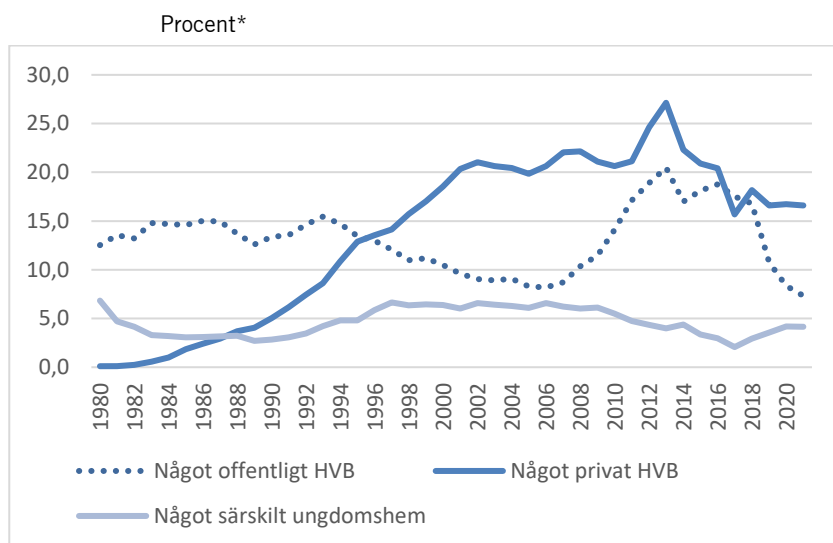


* Tidsseriebrott: Åren 2014–2016 ingick bara personer med uppehållstillstånd. År 2017 är ofullständigt. Särskilda ungdomshem motsvarades av ungdomsvårdsskolor 1980–1981 och hem enligt 12 § LVU 1982–1990.

Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Statistiken visar tydligt den snabba framväxten av privata HVB som dominerande utförare av institutionsvård. Som framgår av figur 8.2 blev privata HVB dominerande i mitten av 1990-talet. De har behållit den ställningen även om kommunala HVB stod för stor del av placeringarna av ensamkommande barn och unga under 2010-talet. De särskilda ungdomshemmen, som drevs av landstingen 1982–1994 och därefter drivs av SiS, har svarar för en relativt stabil andel av alla placeringar sedan SoL och LVU först infördes.

Figur 8.2 Andel av alla placerade 0–20 år som varit placerade i offentliga eller privata HVB respektive särskilda ungdomshem 1980–2021



* Tidsseriebrott: Åren 2014–2016 ingick bara personer med uppehållstillstånd. År 2017 är ofullständigt. Särskilda ungdomshem motsvarades av ungdomsvårdsskolor 1980–1981 och hem enligt 12 § LVU 1982–1990.

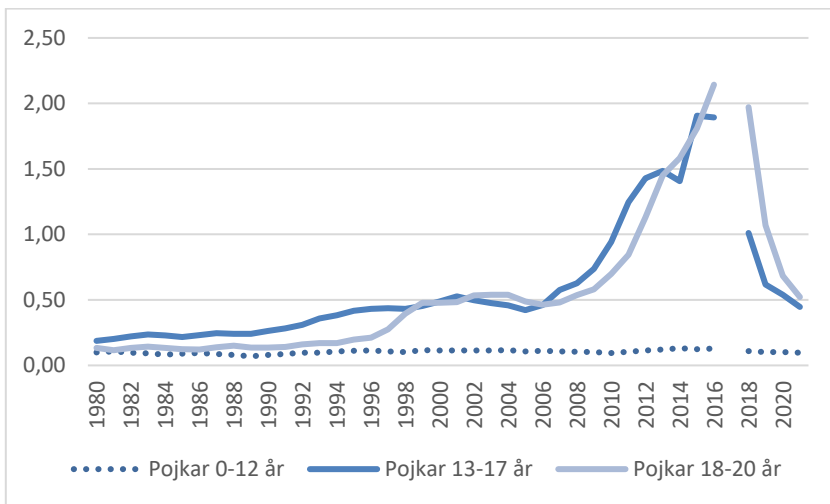
Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Utvecklingen har varierat en del för flickor och pojkar när det gäller placeringar i privata och kommunala HVB. Mönstren har följt de som gällt för placeringar överhuvudtaget av pojkar och flickor under tidsperioden och som beskrivs i avsnitt 3.4.1. Figurerna 8.3 och 8.4 visar att placeringarna av både pojkar och flickor i åldern 13–17 år började öka succesivt i början av 1990-talet och att en tydligare ökning skedde i slutet av 1990-talet för pojkar och flickor i åldern 18–20 år. Den ökningen sammanfaller med att placeringar överhuvudtaget ökade i den åldersgruppen i slutet av 1990-talet (se avsnitt 3.4.1). För pojkar i åldrarna 13–17 år och 18–20 år var ökningen under 2010-talet särskilt tydlig. För flickor i samma åldrar stannade ökningen av några år in på 2000-talet, men placeringar i HVB fortsatte att ligga på en högre nivå för dem än tidigare. Observera att skalorna i figurerna är olika och att fler pojkar varit placerade under hela perioden.⁵⁶

⁵⁶ Socialstyrelsen redovisar den officiella statistiken uppdelad på pojkar och flickor både när det gäller grupper under 18 år och gruppen 18–20 år. Den senare gruppen består av vuxna personer, det vill säga unga män och unga kvinnor. Utredningen följer Socialstyrelsens redovisning.

Figur 8.3 Andel placerade pojkar i befolkningen som varit placerade i offentliga och privata HVB 1980–2021

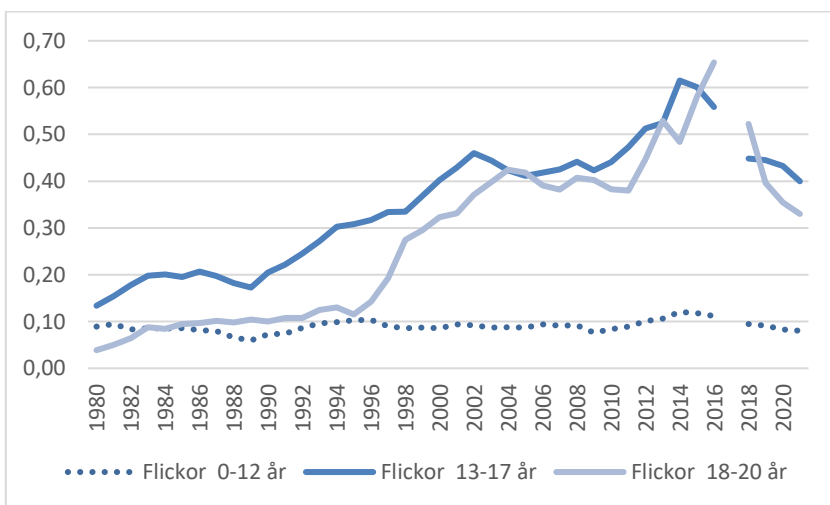
Procent*



* Flickor/kvinnor och pojkar/män med giltigt personnummer 1980–2016. Särskilda ungdomshem motsvarades av ungdomsvårdsskolor 1980–1981 och hem enligt 12 § LVU 1982–1990.
 Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Figur 8.4 Andel placerade flickor i befolkningen som varit placerade i offentliga och privata HVB 1980–2021

Procent*

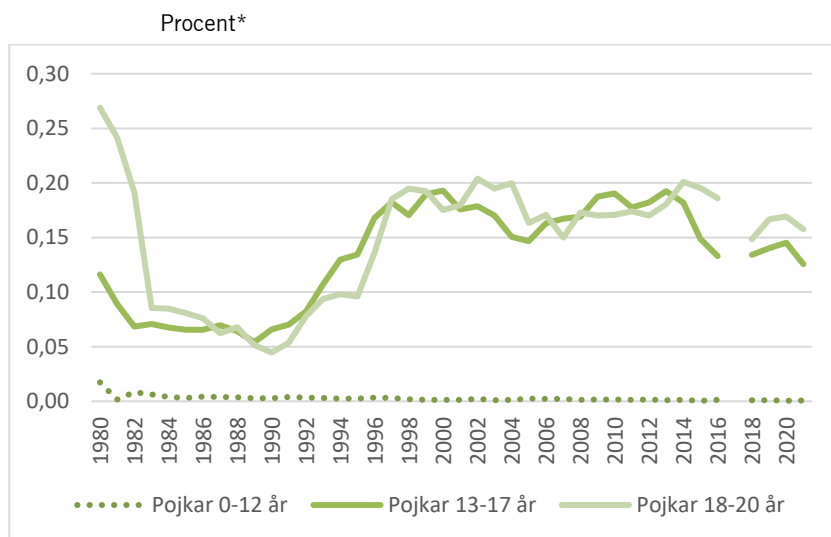


* Flickor/kvinnor och pojkar/män med giltigt personnummer 1980–2016. Särskilda ungdomshem motsvarades av ungdomsvårdsskolor 1980–1981 och hem enligt 12 § LVU 1982–1990.
 Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Det minskande antalet placeringar i kommunala och privata HVB under senare år har skett samtidigt som stödboende införts som placeringssform. Se nedan i avsnitt 8.3.4 om utvecklingen av stödboende.

Figur 8.4 visar att placeringarna av pojkar i särskilda ungdomshem först minskade snabbt när SoL och LVU först infördes för att sedan öka under början och mitten av 1990-talet. Därefter har placeringarna av pojkar legat på ungefär samma nivå med vissa mindre ändringar mellan åren.⁵⁷ Någon motsvarighet till den drastiskt ökade andelen placerade pojkar i HVB under 2010-talet går inte att se i de särskilda ungdomshemmen.

Figur 8.5 Andel pojkar i befolkningen som varit placerade i särskilda ungdomshem 1980–2021



* Pojkar/män med giltigt personnummer 1980–2016. Särskilda ungdomshem motsvarades av ungdomsvårdsskolor 1980–1981 och hem enligt 12 § LVU 1982–1990.

Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

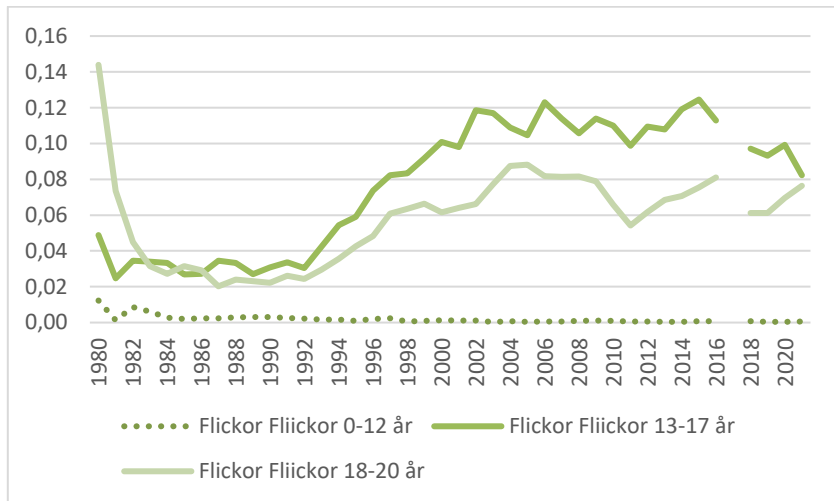
Utvecklingen för flickor har legat nära den för pojkar, men på en lägre nivå (se figur 8.5). Ökningen under mitten av 1990-talet pågick under en något längre tidsperiod än ökningen för pojkar. Sedan omkring

⁵⁷ Benämningen särskilda ungdomshem infördes med 1990 års LVU. Motsvarande institutioner kallades ungdomsvårdsskolor i 1960 års barn- och ungdomsvårdslag som gällde fram till och med 1981. I 1980 års LVU, som trädde i kraft 1982, togs den benämningen bort. I stället började hemmen kallas § 12-hem efter den paragraf i lagen som reglerade dem. Sedan 1994 ansvarar SiS för de särskilda ungdomshemmen.

2002–2004 har placeringar i särskilda ungdomshem legat på ungefär samma nivå för flickor i tonåren, men med vissa variationer år från år. Även här är skalorna i figurerna olika och fler pojkar har varit placerade under hela perioden.

Figur 8.6 Andel flickor i befolkningen som varit placerade i särskilda ungdomshem 1980–2021

Procent*



* Flickor/kvinnor med giltigt personnummer 1980–2016. Särskilda ungdomshem motsvarades av ungdomsvårdsskolor 1980–1981 och hem enligt 12 § LVU 1982–1990.

Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

8.3.2 Dagsläge – kommunala och privata HVB

Barn och unga i kommunala och privata HVB

Detta avsnitt bygger på den senast publicerade statistiken från Socialstyrelsens barn- och ungaregister med uppgifter om alla placerade barn och unga.⁵⁸

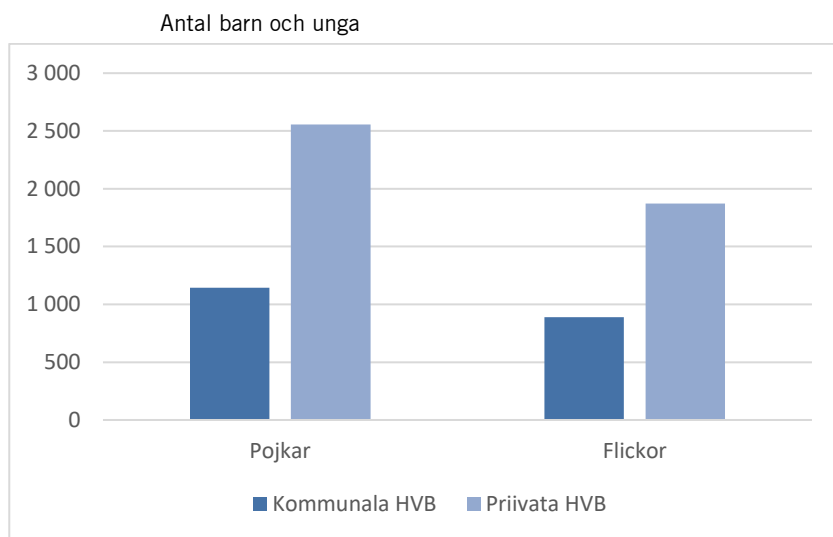
⁵⁸ Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga*:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/barn-och-ungdom/> (hämtad 2023-10-08). En individ kan ha varit placerad inom flera olika placeringsformer under samma år. Därför är antalet individer uppdelat på placeringsform fler än antalet individer totalt som vårdats någon gång under året.

Antalet barn och unga i HVB 2022

Under 2022 var 6 126 barn och unga någon gång placerade i kommunala och privata HVB.⁵⁹ Av figur 5.7 framgår att placeringar i privata HVB (4 426 barn och unga) var vanligast, följt av kommunala HVB (2 034 barn och unga). HVB var den näst vanligaste placeringsformen efter familjehem. Institutionsvården omfattade också de barn och unga som vårdades i SiS särskilda ungdomshem. Den delen av samhällsvården beskrivs nedan.

Figur 8.7 Placeringar 2022 i HVB efter driftsform och kön



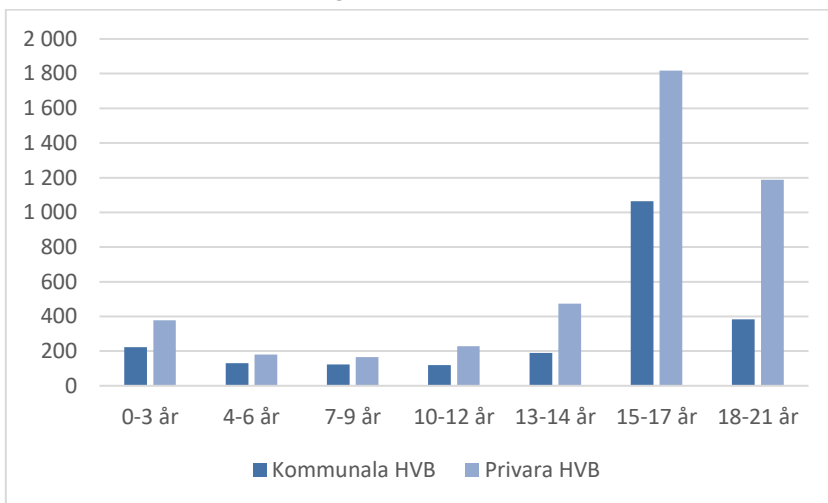
Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Placeringar i institutionsvård var vanligast från 15 år oavsett placeringsform och kön. Figur 8.8 visar att också yngre barn placerades i kommunala och privata. Det framgår inte av statistiken hur många av de yngre barnen som var placerade med eller utan en vårdnadshavare.

⁵⁹ Socialstyrelsens statistik är uppdelad på HVB med offentlig huvudman, HVB med enskild huvudman och SiS särskilda ungdomshem. I detta avsnitt används benämningen privata HVB om HVB med enskild huvudman och kommunala HVB om verksamheter med offentlig huvudman. Med offentliga HVB avses i huvudsak hem som drivs i kommunal regi, ibland gemensamt av flera kommuner eller kommunala bolag.

Figur 8.8 Placeringar 2022 efter placeringsform och ålder

Antal barn och unga



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Vård enligt SoL var den vanligaste orsaken till placeringar i kommunala och privata HVB. Vård enligt 2 och 3 §§ LVU var vanligare i privata HVB medan vård till följd av omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU förekom ungefär lika ofta i kommunala som privata HVB.

Under 2022 placerades 495 ensamkommande barn och unga i kommunala och privata HVB. Av dessa var 417 pojkar.

Utvecklingen över tid

Under de senaste två decennierna har placeringar av barn och unga i institutionsvård och stödboende genomgått betydande förändringar. Sedan placeringsformen stödboende infördes och de ensamkommande barnen blev färre har antalet placeringar i privata och offentliga HVB minskat kraftigt. Minskningen har varit tydligast bland pojkar 15 år och äldre.

Under 2022 verkar läget ha stabiliserats. Medan antalet placeringar i privata och offentliga HVB minskade med 2 300 mellan 2020 och 2021 skedde ingen motsvarande minskning mellan 2021 och 2022. Tvärtom ökade antalet placerade barn och unga något, från 6 000 till 6 124. Fördelningen mellan pojkar och flickor samt ensamkommande

och övriga ändrades inte heller mer än marginellt mellan 2021 och 2022. I likhet med samhällsvården i stort fortsatte placeringar med stöd av SoL att minska medan placeringar enligt LVU ökade.

Som framgår av avsnitt 3.4.3 tycks en liknande stabilisering ha skett inom hela samhällsvården. Om det är tillfälligt går inte att avgöra, men som framgår nedan har antalet HVB-verksamheter också varit stabilt även mellan 2022 och 2023.

Verksamheter

Uppgifterna nedan bygger på data från IVO:s omsorgsregister samt i vissa delar vårdgivarregistret. Data från respektive register hämtades 2023-08-11. I vissa delar görs en jämförelse med motsvarande uppgifter från september 2022.

En privat aktör måste ha tillstånd av IVO för att bedriva HVB. Det gäller även för verksamhet som kommun genom entreprenadavtal överlätit till enskild att utföra. Tillstånd behövs inte för sådan verksamhet som kommunen själv bedriver, men man är skyldiga att anmäla verksamheten till IVO. I omsorgsregistret finns uppgifter om både HVB med tillstånd och om anmälningspliktiga HVB.

IVO har uppmärksammat utredningen på att kvalitetsbrister i registret förekommer. Anmälningsplikten för verksamheter enligt SoL och LSS innebär att nya offentligt drivna verksamheter ska anmälas till IVO. Däremot finns inget krav på anmälan av ändringar i dessa verksamheter. Därför förekommer det att verksamheter saknas, är registrerade som aktiva trots att de lagts ned och innehållet i registreringen kan vara felaktigt.

Antalet HVB

I början av augusti 2023 fanns det 694 aktiva HVB. De fördelades på olika huvudinriktningar på barn, unga till och med 20 år och vuxna 21 år och äldre. Fördelningen framgår av tabell 8.1. HVB som tar emot barn och unga utgår huvuddelen av alla verksamheter inom institutionsvården.

Tabell 8.1 Aktiva HVB

Antal 2023-08-11

Huvudinriktningar	Antal verksamheter
HVB enbart för barn och unga 0–20 år	387 verksamheter
HVB för barn, unga 0–20 år och vuxna 21 år och äldre	210 verksamheter
HVB enbart för vuxna 21 år och äldre	97 verksamheter

Källa: IVO, omsorgsregistret.

Huvuddelen av alla HVB tar emot både flickor/kvinnor och pojkar/män. Nästan 80 procent av alla HVB drivs i privat regi.

Förändringarna var små jämfört med året innan när det gäller HVB för barn och unga. Då fanns det 385 HVB för enbart barn och unga samt 218 HVB som tog emot barn, unga och vuxna.

Antalet HVB har annars minskat sedan mitten av 2010-talet. Under perioden 2018–2021 lades 1 815 HVB ned, i huvudsak bland verksamheter med inriktning på enbart barn och unga. Det kan jämföras med att 185 HVB lades ned 2009–2017. Nedläggningstakten har minskat i början av 2020-talet. Under 2022 lades 156 HVB ned medan 52 HVB hade lagts ned från januari till början av augusti 2023.⁶⁰

Organisationsform

Bland de 387 HVB som enbart var inriktade på barn och unga och de 210 HVB som tog emot barn, unga och vuxna drevs huvuddelen av verksamheterna av privata huvudmän.

Tabell 8.2 HVB efter utförare

Antal och andelar 2023-08-11

	Antal HVB för enbart barn och unga	Antal HVB för barn, unga och vuxna
Kommunala HVB	99 (26 procent)	41 (20 procent)
Privata HVB	288 (74 procent)	169 (80 procent)

Källa: IVO, omsorgsregistret.

⁶⁰ I registret fanns också 22 verksamheter ned kombinerade HVB och stödboenden som tog emot barn och unga upp till 20 års ålder. Enligt IVO beror det på felaktiga registreringar.

Antalet platser

I början av augusti 2023 fanns det sammanlagt 4 001 platser i HVB för enbart barn och unga och 3 437 platser i HVB för barn, unga och vuxna.

Tabell 8.3 Vårdplatser i HVB

Antal och andelar 2023-08-11

	Platser i HVB för enbart barn och unga	Platser i HVB för barn, unga och vuxna
Kommunala HVB	1 484 (37 procent)	875 (25 procent)
Privata HVB	2 517 (63 procent)	2 562 (75 procent)

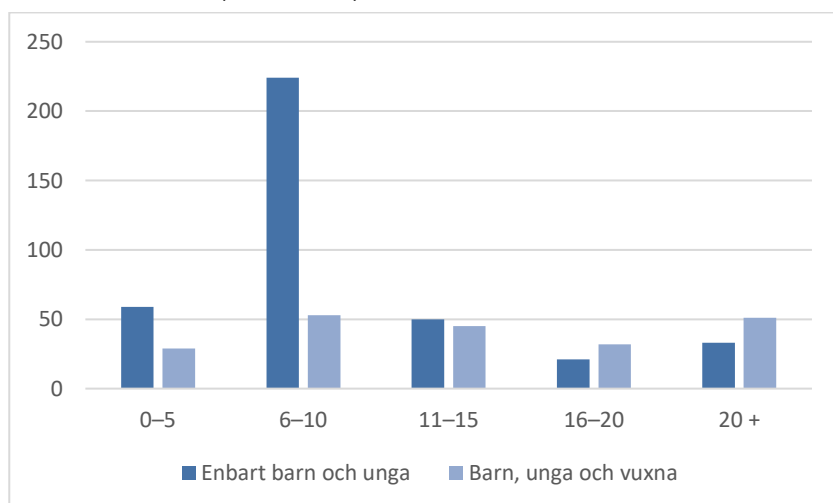
Källa: IVO, omsorgsregistret.

Även här var skillnaderna små i jämförelse med året innan. Då fanns det 4 017 platser i HVB enbart för barn och unga samt 3 669 platser i HVB som tog emot barn och unga.

Det genomsnittliga antalet platser per HVB var 10 i HVB för enbart barn och unga och 16 i HVB för barn, unga och vuxna. Figuren nedan visar på variationerna i platsantal. Observera att uppgifterna om platsantal avser varje institution som helhet och inte avdelningar eller andra mindre boendeenheter i enskilda HVB.

Figur 8.9 HVB fördelade efter antal vårdplatser

Antal (2023-08-11)



Källa: IVO, omsorgsregistret.

En liten grupp HVB har endast en eller två platser. Det gäller 15 HVB för enbart barn och unga och 8 HVB för barn, unga och vuxna.

Inriktningar – akut, utredning och vård/behandling

IVO:s blanketter för ansökan om tillstånd för HVB och anmälan av HVB omfattar några alternativa så kallade verksamhetstyper. Dessa alternativ är Akut, Utredning, Vård/behandling, LSU och LVM.

Vård/behandling är den vanligaste verksamhetstypen oavsett om HVB enbart tar emot barn och unga eller barn, unga och vuxna.

Tabell 8.4 HVB fördelat på inriktning

Antal 2023-08-11

	HVB för enbart barn och unga	HVB för barn, unga och vuxna
Akut	57	10
Utredning	49	28
Vård/behandling	380	198

Källa: IVO, omsorgsregistret.

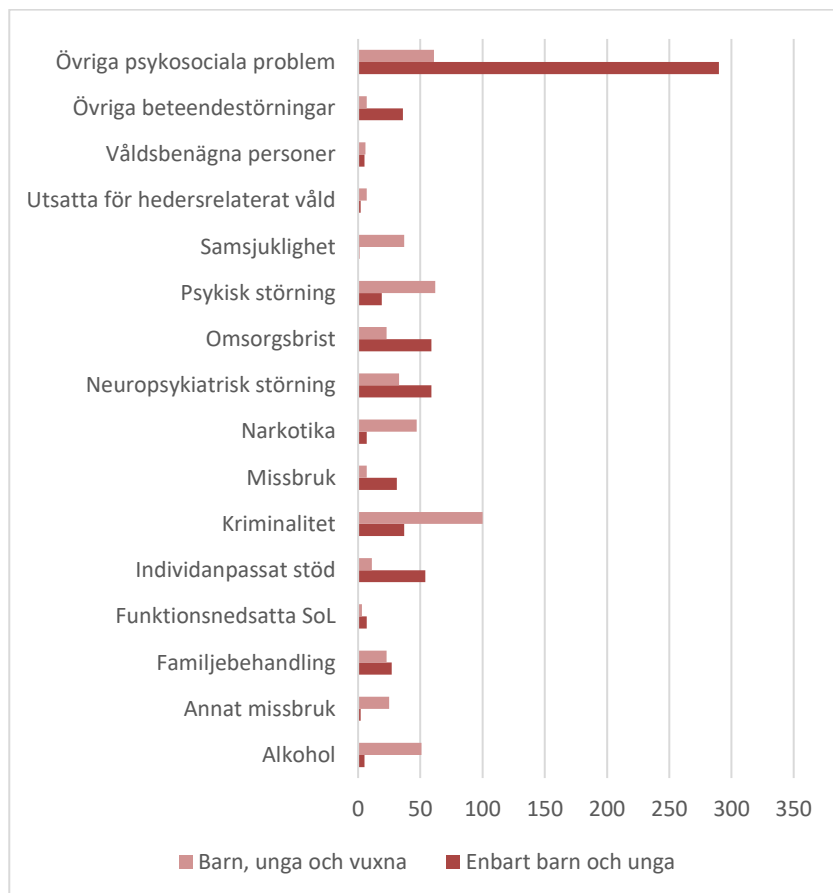
Inriktningar – målgrupper efter behov

IVO:s blanketter för ansökan om tillstånd för HVB och anmälan av HVB har också flera alternativa verksamhetsinriktningar. Det handlar om sammanlagt 17 inriktningar, som också kan kombineras på många sätt eftersom ett HVB kan ange mer än en inriktning.

Antalet verksamheter som angett de olika inriktningarna framgår av figur 8.10. Vanligast bland HVB enbart för barn och unga var ”övriga psykosociala problem” som 75 procent av dessa verksamheter angett som ensam inriktning eller i kombination med andra inriktningar. Därefter kom neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och individanpassat stöd. Bland HVB för barn, unga och vuxna var kriminalitet den vanligaste inriktningen följt av psykisk störning och övriga psykosociala problem.

Figur 8.10 HVB efter inriktning på målgrupper efter behov

Antal 2023-08-11



Källa: IVO, omsorgsregistret.

Inriktningar – målgrupper efter ålder

Omsorgsregistret omfattar uppgifter om vilka åldersgrupper som HVB vänder sig till. Även dessa uppgifter visar en betydande variation i hur verksamheterna själva beskriver sin målgrupp. Sammanlagt mer än 90 olika åldersintervall omfattade helt eller delvis barn och unga upp till och med 20 års ålder. De vanligaste åldersintervallen avsåg unga i övre tonåren, ofta med början där för en inriktning på vuxna. De femton vanligaste åldersintervallen ger en bild av det och av de många olika sätten att kombinera åldrar:

- 18–100 år: 72 HVB
- 14–18 år: 40 HVB
- 13–17 år: 37 HVB
- 13–18 år: 19 HVB
- 15–20 år: 29 HVB
- 15–19 år: 28 HVB
- 0–100 år: 22 HVB
- 14–19 år: 19 HVB
- 14–20 år: 13 HVB
- 20–100 år: 12 HVB
- 14–20 år: 16 HVB
- 18–65 år: 10 HVB
- 12–16 år: 10 HVB
- 12–20 år: 10 HVB.

Även när det gäller yngre åldrar förekommer samma variation i intervallen, men med färre aktiva HVB.

En bearbetning av statistiken som IVO gjort visar hur många HVB som i augusti 2023 var tillgängliga för barn och unga i olika åldrar. I dessa uppgifter kan ett HVB ingå i mer än ett av åldersintervallen:

- 0–6 år: 64 HVB
- 7–12 år: 152 HVB
- 13–17 år: 458 HVB
- 18–20 år: 480 HVB.

Geografisk fördelning

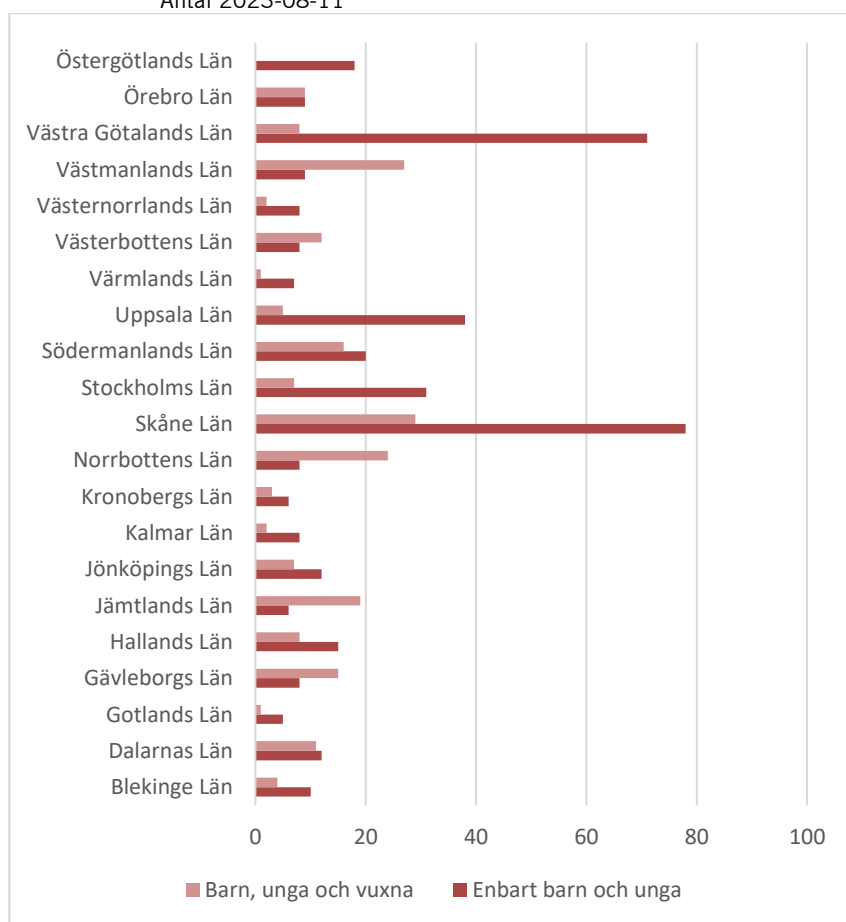
De flesta HVB för enbart barn och unga finns i två av de tre största länen, Skåne och Västra Götaland. Det gäller både för anmälningsskyldiga HVB och HVB med tillstånd. I Stockholms län, som är landets största, är antalet lägre, särskilt bland anmälningsskyldiga HVB.

Relativt många privata HVB finns dock i två näraliggande län, Uppsala län och Södermanlands län. Hallands län har också relativt många HVB med tillstånd. Antalet HVB i övre och mellersta Norrland (Norrbottnens, Västerbottnens, Västernorrlands och Jämtlands län) är relativt litet.

Bland HVB som tar emot barn, unga och vuxna är fördelningen mellan de största regionerna jämnare, men även här ligger några andra län också relativt högt (Jämtlands, Norrbottens, Jönköpings, Gävleborgs och Västmanlands län).

Figur 8.11 HVB efter län

Antal 2023-08-11



Källa: IVO, omsorgsregistret.

HVB som också är vårdgivare

Vissa HVB är också vårdgivare och erbjuder hälso- och sjukvård. Dessa HVB registreras både i omsorgsregistret och IVO:s vårdgivarregister. Omsorgsregistret har inga uppgifter om HVB som är vårdgivare, men IVO har på utredningens förfrågan matchat organisationsnummer på HVB i omsorgsregistret med organisationsnummer på verksamheter i vårdgivarregistret. Resultatet visar att organisationer med aktiva tillsynsobjekt i både omsorgsregistret och vårdgivarregistret står för 63 procent av alla HVB (för barn, unga och/eller vuxna). Det behöver inte innebära att hälso- och sjukvård ges i egen regi vid alla dessa HVB. Många HVB drivs av företag och organisationer som ger hälso- och sjukvård i andra delar av sin samlade verksamhet. Kommunerna är exempelvis vårdgivare genom sitt ansvar inom äldreomsorgen och för insatser till vuxna personer med funktionsnedsättning. Uppgifter om vilka HVB som själva är vårdgivare kräver en manuell genomgång av registerinformationen av IVO:s handläggare.

HVB som driver egen skola

En verksamhet som bedriver HVB kan också ha tillstånd att bedriva friskoleverksamhet. Sådana tillstånd beviljas av Skolinspektionen. Omsorgsregistret har ingen information om dessa tillstånd eller skolverksamhet vid HVB.

Nedlagda verksamheter

I omsorgsregistret finns uppgifter om ett stort antal nedlagda HVB, vilket visar på de stora förändringar som skett inom området under senare år. Medan 57 HVB lades ned under perioden 2009–2015 avvecklades 1 750 HVB verksamheter ned 2016–2020, varav 1 238 enbart under 2018. Antalet nedlagda HVB var 132 under 2021 och 91 under 2022. Fram till början av augusti hade 31 HVB lagts ned 2023.

Återkallelser av tillstånd och förbud av verksamhet

IVO kan besluta om att återkalla tillstånd till HVB och förbjuda verksamheter som inte är tillståndspliktiga att driva HVB. Uppgifter om ärenden med slutligt beslut om återkallelser och förbud finns i IVO:s diariesystem.

För perioden 2014–2022 fann IVO vid en sökning totalt 54 ärenden om återkallelse eller förbud av HVB under perioden (äldre uppgifter är inte tillgängliga). Flest ärenden avsåg HVB för barn och unga (ej ensamkommande), sammanlagt 42 ärenden. Bara enstaka ärenden avsåg HVB med andra inriktningar (ensamkommande barn och unga, missbruk, funktionsnedsättning). Antalet ärenden ökade kraftigt mot slutet av perioden. 16 ärenden är från 2021 och 10 från 2022.

Det finns vissa svårigheter att tolka dessa uppgifter. IVO betonar att uppgifterna avser ärenden som kan röra ett eller flera lagrum, det vill säga olika typer av verksamheter. Flera tillsynsobjekt kan också beröras samtidigt inom ett ärende. Uppgifterna pekar ändå på att ärenden och återkallelse av tillstånd och förbud av verksamheter att driva HVB till allra största delen avser HVB för barn och unga som inte är ensamkommande och att dessa ärenden snabbt blev fler under 2020-talets första år. Det ökade antalet ärenden är i linje med det arbete med stärkt rättstillämpning som IVO beskrivit som en anledning till fler beslut om förelägganden, förbud och återkallade tillstånd under 2021 och 2022.⁶¹

Sökningen visade också att fyra ärenden med slutligt beslut om återkallelse eller förbud mot verksamheter att bedriva HVB tillkommit till början av augusti 2023. Samtliga dessa gällde HVB med inriktning på barn och unga (ej ensamkommande).

8.3.3 SiS särskilda ungdomshem

Detta avsnitt bygger på uppgifter i SiS statistikrapport SiS i korthet 2022 samt i vissa delar tidigare rapporter i samma serie samt SiS webbplats. Uppgifterna från SiS skiljer sig något från Socialstyrelsens officiella statistik, som bygger på uppgifter som kommunerna rapporterat (se ovan).

⁶¹ Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2022). Årsredovisning 2021, s. 12 och 34; Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2023). Årsredovisning 2022, s. 13.

Barn och unga i särskilda ungdomshem

Antalet inskrivna barn och unga i särskilda ungdomshem var 1 054 under 2022, vilket var en minskning med 100 personer sedan 2021. Av de inskrivna var 707 pojkar (67 procent) och 347 flickor (33 procent).

Ålder

Av de barn som skrevs in i de särskilda ungdomshemmen 2022 var 34 procent upp till 15 år, 48 procent 16–17 år och 23 procent 18 år och äldre.

Bland pojkar var medelåldern 16,2 år och bland flickor 15,2 år. Bland de flickor som vistades i särskilda ungdomshem 2022 skrevs 44 procent i åldrar upp till 15 år. Motsvarande andel bland pojkar var 29 procent.

Både bland flickor och pojkar var de yngsta inskrivna 10 år.

Orsaker till placering

Av kriterierna för omhändertagande enligt LVU var ”annat socialt nedbrytande” beteende vanligast bland flickor och unga kvinnor, som ensamt kriterium (37 procent) eller i förening med missbruk (40 procent). Båda dessa andelar hade ökat betydligt sedan 2021.

Bland pojkar och unga män var kriminalitet den viktigaste enskilda orsaken (12 procent) följt av kombinationer där kriminalitet ingår (ihop med bland annat missbruk och annat socialt nedbrytande). Förändringarna här var relativt små jämfört med 2021.

Verksamhet

SiS har 21 särskilda ungdomshem, varav tio för pojkar, fem för flickor och sex för både pojkar och flickor.

Två särskilda ungdomshem ligger i Norrland, sju i Svealand och tolv i Götaland (varav fem i Västra Götalandsregionen och tre i Skåne). Mönstret är alltså detsamma som när det gäller fördelningen av privata HVB i landet.

Antal vårdplatser

I början av 2022 fanns sammanlagt 647 fastställda vårdplatser vid de särskilda ungdomshemmen (exklusive LSU-platser). Under de senaste åren har antalet fastställda vårdplatser minskat något, från 731 år 2019, 675 år 2020 och 670 år 2021.

Av vårdplatserna var 88 procent låsbara medan 12 procent var i öppna i början av 2021. Fördelningarna var densamma 2020 och 2021.

60 procent av platserna i början av 2021 var avsedda för pojkar/unga män och 37 procent för flickor/unga kvinnor. Andelen platser för flickor har successivt ökat under de senaste åren.

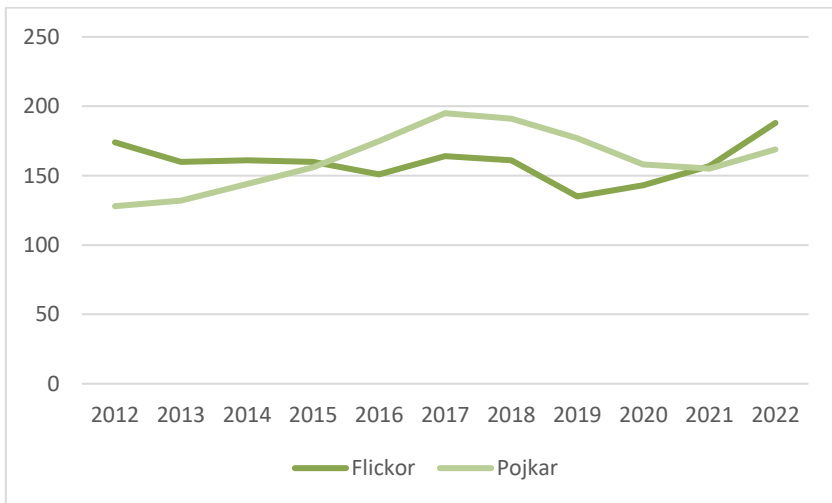
Vårdtider

Det genomsnittliga antalet vårddygn 2022 var 169 för pojkar och unga män samt 188 för flickor och unga kvinnor. Totalt var det genomsnittliga antalet vårddygn 176.

För flickor och unga kvinnor har det genomsnittliga antalet vårddygn ökat mer än för pojkar under de senaste åren. År 2020 var det genomsnittliga antalet vårddygn 143 för flickor och 158 för pojkar. Figur 8.12 visar att det genomsnittliga antalet vårddygn varierat mer mellan flickor och pojkar under det senaste decenniet.

Figur 8.12 Genomsnittligt antal vård dygn i särskilda ungdomshem efter år och kön

Avser vård enligt LVU och SoL



Källa: SiS i korthet 2012–2022.

Av alla som vårdades i de särskilda ungdomshemmen hade 36 procent en vårdtid upp till tre månader, 25 procent en vårdtid mellan tre och sex månader, 29 procent en vårdtid mellan sex och tolv månader och 9 procent en längre vårdtid. De längre vårdtiderna har blivit något vanligare de senaste åren och de kortare något mer ovanliga.

Avvikningar

Under 2021 avvek 166 pojkar/unga män och 254 flickor/unga kvinnor från de särskilda ungdomshemmen. 26 procent av de barn och unga som avvek var tillbaka samma dag. 24 procent var borta ett till tre dygn, 25 procent i fyra till fjorton dygn och 25 procent i femton dygn eller mer.

Målgrupper och inriktningar

Åldersmässigt är de särskilda ungdomshem främst indelade i hem för skolpliktiga barn (sex i dagsläget) respektive icke skolpliktiga barn och unga (fjorton i dagsläget). Ett särskilt ungdomshem tar emot både skolpliktiga och icke skolpliktiga barn och unga.

Verksamhetsinriktningen beskrivs genomgående som psykosocial problematik samt kriminalitet och missbruk. Ytterligare inriktningar vid enstaka särskilda ungdomshem är behandling av unga sexualförövare och TFCO i öppen vård.

Utöver det finns avdelningar för vård för unga med särskilda vårdbehov vid sju särskilda ungdomshem. Avdelningarna är inriktade på unga vid omfattande psykiatrisk och neuropsykiatrisk problematik med olika kombinationer av exempelvis autism, intellektuell funktionsnedsättning, ADHD, posttraumatisk stress (PTSD), personlighetssyndrom, självskadebeteende samt kraftigt utagerande beteende där hot och våld riktas mot behandlingspersonal. Vid dessa avdelningar är personaltäteten högre och särskilda insatser har gjorts för personalens kompetens.

Vård enligt LSU för pojkar finns från och med den 1 januari 2023 vid fem särskilda ungdomshem.

8.3.4 Stödboende

Barn och unga i stödboende 2022

Detta avsnitt bygger på den senast publicerade statistiken från Socialstyrelsens barn- och ungaregister med uppgifter om alla placerade barn och unga.

Antalet barn och unga i stödboende 2022

Under 2022 var 2 106 barn och unga någon gång placerade i stödboende. Placeringsformen var den tredje vanligaste efter familjehem och HVB.

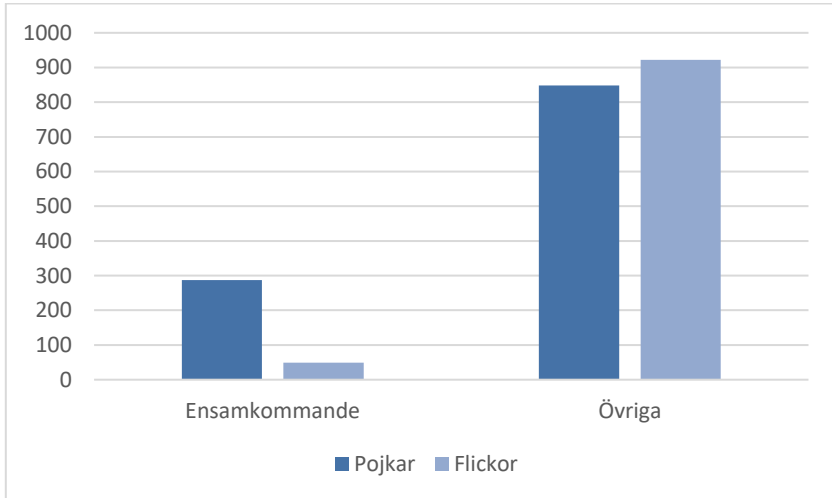
Gruppen ensamkommande barn och unga utgjorde 366 personer, eller 17 procent, av alla placerade under 2022.

Omkring 54 procent av de som någon gång var placerade i stödboende under 2022 var pojkar. Bland ensamkommande barn och unga

var andelen pojkar betydligt större (86 procent) medan flickor utgjorde majoriteten (52 procent) bland de som inte var ensamkommande.

Figur 8.13 Placerade i stödboende någon gång under 2022 efter kön och ensamkommande

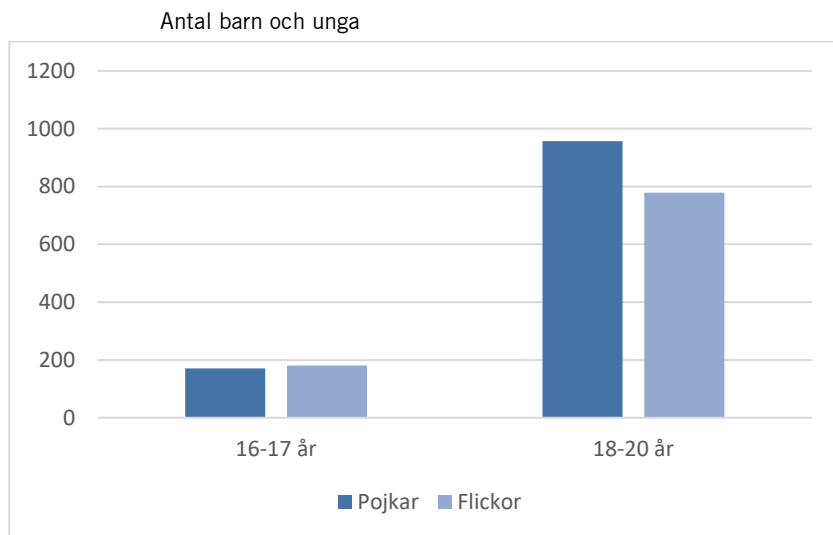
Antal barn och unga



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Placering i stödboende var under 2021 vanligast från 18 år. Av de som någon gång under detta år var placerade i stödboende var omkring 1 736 (82 procent) 18 år och äldre. 171 pojkar och 181 flickor som inte fyllt 18 år var någon gång under 2022 placerade i ett stödboende.

Figur 8.14 Placerade i stödboende någon gång under 2022 efter kön och ålder



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Vidare var placeringar enligt SoL vanligast. Sammanlagt 1 905 barn och unga var någon gång under 2022 placerade i stödboende med stöd av SoL.

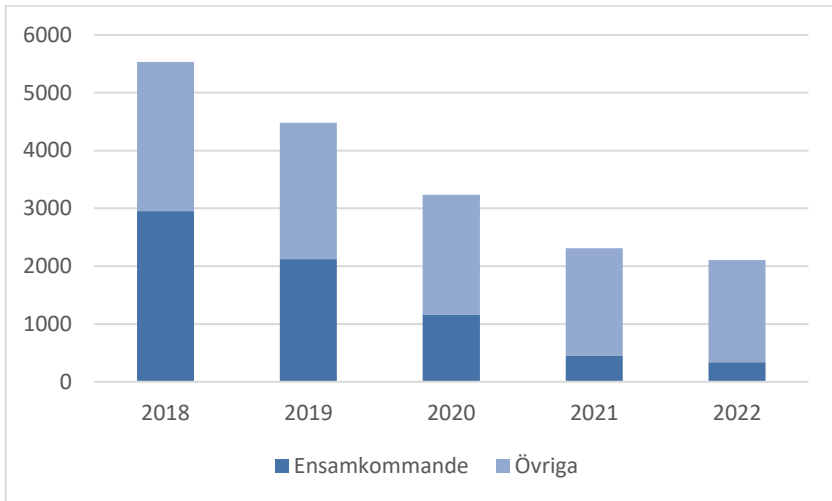
Utvecklingen över tid

Under de år som stödboende funnits som placeringsform har det skett betydande förändringar när det gäller omfattningen och målgrupperna. Figur 8.13 visar att antalet placerade i stödboenden minskat varje år sedan 2018, även under 2022 när placeringar i andra placeringsformer ökade något.⁶² Den största skillnaden är att antalet ensamkommande barn och unga minskat kraftigt.

⁶² Stödboenden infördes som placeringsform sommaren 2016, vilket gör det svårt att få en rättvisande bild utifrån statistiken för hela det året. För 2017 saknas officiell statistik om insatser för barn och unga enligt SoL och LVU.

Figur 8.15 Placerade i stödboende någon gång under respektive år 2018–2022 efter ensamkommande och övriga

Antal barn och unga

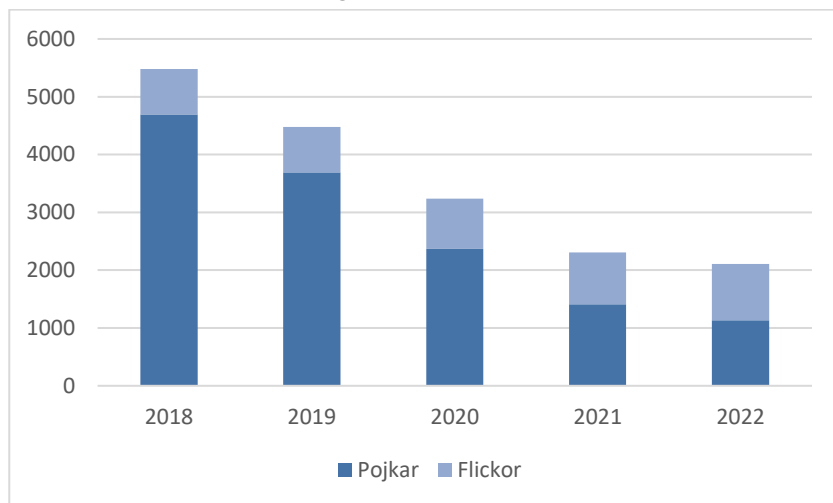


Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Inledningsvis var pojkar och unga i stor majoritet bland ensamkommande barn och unga i stödboende. När de ensamkommande blev färre minskade också antalet pojkar och unga män i stödboende, vilket ledde till en jämnare balans mellan könen. Antalet flickor och unga kvinnor i stödboende har varit stabil och även ökat något mellan 2018 och 2021.

Figur 8.16 Placerade i stödboende någon gång 2018–2022 efter kön

Antal barn och unga



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

SoL-placeringar har varit helt dominerande i stödboenden under perioden 2018–2021. Andelen LVU-placeringar har dock ökat något för varje år och utgjorde drygt en tiondel av placeringarna i stödboende under 2022.

Andelen barn under 18 år som placerats i stödboenden var mellan 85 och 90 procent under perioden.

Det sammanlagda antalet placeringar har minskat under senare år, men placeringar i stödboendena har minskat mer. 2018 var andelen nästan 15 procent. 2021 hade andelen minskat till 9 procent.

Verksamheter

Uppgifterna nedan bygger på data från IVO:s omsorgsregister. Data från respektive register hämtades 2023-08-11. I vissa delar görs en jämförelse med motsvarande uppgifter från september 2022.

Antal stödboenden

239 aktiva stödboenden tog emot barn och unga i början av augusti 2023. 72 stödboenden var kommunala (30 procent) och 167 privata (70 procent).

Förändringarna var något större jämfört med året innan än när det gäller HVB för barn och unga. I september 2022 fanns det 264 stödboenden för barn och unga. Antalet minskade alltså med en tiondel under året.

Antalet verksamheter har överhuvudtaget förändrats mycket sedan stödboende infördes som placeringsform. Det första året 2016 fanns det drygt 300 stödboenden, därefter var antalet omkring 600 under 2017–2018 för att sedan minska. I omsorgsregistret finns uppgifter om 681 nedlagda stödboenden 2018–2023.

Antalet platser

Sammanlagt fanns det 3 202 platser i stödboenden för barn och unga. Det innebär ett genomsnitt på 13 platser.

Fördelningen på olika intervall framgår av tabell 8.5.

Tabell 8.5 Stödboenden efter antal platser

Antal 2023-08-11

Antal platser	Antal verksamheter
0–5 platser	65 verksamheter
5–10 platser	54 verksamheter
11–15 platser	51 verksamheter

Källa: IVO, omsorgsregistret.

Observera att uppgifterna avser varje institution som helhet och inte avdelningar eller andra mindre boeenheter i enskilda stödboenden.

Inriktningar

Alla stödboenden hade i början av augusti 2023 en inriktning på individanpassat stöd.

Geografisk fördelning

Flest stödboenden fanns i början av augusti 2023 i Stockholms län (52 verksamheter). Ett större antal stödboenden fanns också i Skåne (40 verksamheter) och Västra Götaland (39 verksamheter). Relativt många stödboenden fanns även i Uppsala län (15 verksamheter) och Östergötlands län (13 verksamheter).

Nedlagda och vilande verksamheter

I omsorgsregistret finns uppgifter om 681 nedlagda stödboenden sedan 2017, vilket visar på de förändringar som skett inom området. Flest verksamheter, 212 stycken, lades ned redan 2018. Därefter har antalet nedläggningar minskat. Under 2022 lades 61 verksamheter ned och fram till början av augusti 2023 hade 19 verksamheter lagts ned.

8.3.5 Personal och kostnader

Personal

Samlade uppgifter om antalet anställda i HVB och stödboende för barn och unga saknas. De uppskattningar och beskrivningar som kan göras ger delvis olika bilder av läget. Se även avsnitt 8.7 om kompetens hos föreståndare och övrig personal i HVB och stödboende.

Uppskattning utifrån tidigare studier

Undersökningar från början och mitten av 2010-talet pekade på ett genomsnittligt antal anställda vid HVB på åtta till elva personer. Det lägre antalet avsåg enbart privata verksamheter. De kommunala verksamheterna vid denna tid kan ha varit något större med fler vårdplatser som i högre grad var avsedda för ensamkommande barn och unga.⁶³

⁶³ Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2013). *En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning?* s. 11. Se även Konkurrensverket (2017). *Marknaden för hem för vård eller boende för ensamkommande barn och unga*. KKV rapport 2017:8 s. 8.

Uppskattning utifrån anställda vid särskilda ungdomshem

Uppgifter från SiS visar att drygt 1 630 personer var anställda vid de särskilda ungdomshemmen i juli 2023, inklusive visstidsanställningar och timavlönade. Det ger ett genomsnittligt antal anställda på nästan 90 per ungdomshem. Genomsnittet är högt, men ungdomshemmen hade ett stort antal vårdplatser, i genomsnitt nästan 80 per institution. Så stora HVB i kommunal och privat regi är mycket ovanliga, om de överhuvudtaget förekommer. Som framgår ovan är det privata och kommunala HVB i genomsnitt tio vårdplatser.

Antalet anställda vid de särskilda ungdomshemmen kan jämföras med antalet barn och unga som vårdas där respektive vid andra HVB. Under 2021 vårdades omkring 1 100 barn och unga vid särskilda ungdomshem, 4 400 barn och unga vid privata HVB och 1 900 vid kommunala HVB. SiS svarade alltså för omkring en sjundedel av institutionsvården. Om antalet anställda vid de särskilda ungdomshemmen också utgjorde en sjundedel av alla anställda vid HVB så uppgick det antalet till drygt 11 000 personer.

Beskrivning utifrån SCB:s arbetsmarknadsstatistik

En högre nivå på antalet anställda beskrivs i en artikel av forskare vid Stockholms universitet. De har använt uppgifter i SCB:s statistik-tjänst RAMS om personal i kategorin heldygnsvård med boende för barn och ungdomar med sociala problem (kod 87.901). I den kategorin ingår även andra former av vård i förening med boende, till exempel i familjehem samt förmedling av familjehem. Koden fastställdes 2007 och nämner inte stödboende, men enligt SCB omfattar den nu också stödboende. I kategorin fanns 24 000 personer 2020. Antalet HVB som tog emot barn och unga var högre 2020 än i dag, men ett sammanlagt antal anställda på mer än 20 000 personer skulle ha inneburit omkring 20 anställda per verksamhet.⁶⁴

⁶⁴ Pålsson, D., Andersson, P., Shanks E. & Wiklund, s. (2023) A professional field? Educational attainments, gender and age among staff in Swedish residential care, Residential Treatment for Children & Youth, DOI: 10.1080/0886571X.2023.224136.

Kostnader

Uppgifter om de samlade kostnaderna för institutionsvården och genomsnittliga kostnader för olika typer av HVB återges i avsnitt 3.4.5. I praktiken varierar kostnaderna för placeringar i HVB kraftigt. Adda inköpscentral rapporterar en variation från 2 000 kronor till 10 000 kronor per dygn. De högsta kostnaderna gäller för vissa akutplaceringar. Vid HVB där bara ett barn eller en ung person vårdas kan kostnaderna uppgå till omkring 20 000 kronor per dygn.

Det stora inslaget av privata aktörer i HVB har också uppmärksamats med tanke på kostnaderna. En studie från Stockholms universitet visar att vinsten i form av avkastning på totalt kapital var cirka 20 procent per år hos de privata företag som driver HVB i slutet av 2010-talet. Forskarna konstaterar att det är en hög nivå i jämförelse med andra välfärdsområden som äldreomsorg och skola samtidigt som kunskaperna om vad kommunerna får för pengarna är mycket små.⁶⁵

För stödboenden saknas uppgifter om de samlade kostnaderna. SCB redovisar kommunernas kostnader för stödboende i samma post som HVB i kommunernas räkenskapsammandrag.

8.4 Övergripande problembeskrivning

8.4.1 HVB

Vem behöver HVB?

Det breda HVB-begrepp som infördes när socialtjänstlagen trädde i kraft har möjliggjort variation och anpassning efter samhällsförändringar och individuella behov. Omställningen till – och sedan från – ett snabbt ökande antal ensamkommande barn under 2010-talet är ett exempel på följsamheten mot yttre förändringar inom HVB-världen. Den tidiga utvecklingen mot mindre och familjeliknande HVB visar i viss mån på HVB:s möjligheter att finna nya vägar utifrån barns och ungas behov och önskemål.

Samtidigt har det stora utrymmet för anpassning och variation lett till betydande oklarheter om vad HVB är, vad som är god vård i HVB för barn och unga och vem som överhuvudtaget behöver HVB.

⁶⁵ Lundström, T. & Sallnäs, M. (2019) HVB för barn och unga. En evig vinstmaskin. *Socialpolitik*, (2): 22–23.

I dag har dessa frågor särskild skärpa genom de uppgifter som HVB möter i gränslandet mot psykiatri och insatser för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och i samband med grov kriminalitet. Till stor del saknas tydliggöranden och stöd på nationell nivå för kommuner, verksamheter och professionella att systematiskt säkra och utveckla kvaliteten i HVB.

HVB har blivit en mer efterfrågad resurs inom samhällsvården för barn och unga än vad lagstiftaren väntade sig när socialtjänstlagen trädde i kraft. Inte minst har allt fler flickor och kvinnor kommit att vårdas i HVB, som av tradition haft en inriktning på pojkar och unga män. Svängningarna över tid har dock varit stora, särskilt under 2010-talet när placeringarna snabbt ökade och många nya verksamheter startades. Under senare år har placeringarna i HVB minskat. Som framgår av avsnitt 3.4.1 svarade de under 2021 för en mindre andel av alla placeringar sedan början av 1990-talet. Få om ens några offentligt finansierade delar av vården och omsorgen har genomgått så stora förändringar under det senaste decenniet som HVB. Den stabilisering som verkar ha skett 2022 innebar att placeringarna i HVB låg på kvar på denna historiskt låga nivå

Oavsett om efterfrågan på HVB ökar eller minskar är det oklart hur mycket det beror på den vård som bedrivs där. Inför inrättandet av SiS försökte en statlig utredning bedöma behovet av den tvångsvård som de särskilda ungdomshemmen svarar för, men drog slutsatsen att behovet påverkas av så många förhållanden kring vården att det enda sättet att bedöma behovet vid en viss tidpunkt är att utgå från efterfrågan på vården.

Läget förefaller vara detsamma för HVB i övrigt. Placeringar i HVB blir ofta aktuella när andra former av samhällsvård för barn och unga inte kan möta omfattande och sammansatta vårdbehov, men det är osäkert om dagens HVB kan göra det tillräckligt väl. Resultatet blir alltför ofta sammanbrott, omplaceringar och vårdinsatser som barn och unga uppfattar som otillräckliga, osammanhängande och ibland skadliga.

Institutionsvårdens värden

Mot den bakgrunden behöver intresset riktas både mot vårdkedjan och mot den vård som HVB ger, med dess värden och risker. Vårdens innehåll och kvalitet behöver i större utsträckning vara utgångspunkten för när HVB används för barn och unga i samhällets vård. För det krävs ett mer sammanhållet och systematiskt arbete för god kvalitet och hög kompetens utifrån bästa tillgängliga kunskap.

God ledning ger det konsensuttalande som en internationell arbetsgrupp gjort om therapeutic residential care, dvs. vård med boende och behandling. I konsensuttalandet definieras therapeutic residential care på följande sätt:

Therapeutic residential care' involves the planful use of a purposefully constructed, multi-dimensional living environment designed to enhance or provide treatment, education, socialization, support, and protection to children and youth with identified mental health or behavioral needs in partnership with their families and in collaboration with a full spectrum of communitybased formal and informal helping resources.

Av konsensusuttalandet framgår att therapeutic residential care är en specialiserad verksamhet. Vissa principer för vården ställs också upp. De handlar om att sätta säkerheten främst och inte göra skada, om samarbete med familjer och förankring i samhälle och kultur och om personliga relationer som gör vården till något mer än en samling evidensbaserade interventioner. Vården ska också omfatta så tydliga arbetssätt, strukturer och rutiner att den kan upprepas på flera ställen och vara tillgänglig för alla efter behov.⁶⁶

Definitionen lyfter fram det planmässiga och likvärdiga arbetet med en livsmiljö som, har flera dimensioner och sidor och som är ändamålsenlig för att främja eller ge behandling, fostran, stöd och skydd för barn och unga med behov som är kända och beskrivna. Därmed motsvarar definitionen många möjligheter som det breda HVB-begreppet ger samtidigt som den preciserar vårdens inriktning och förutsättningar tydligare än svenska regler och förarbeten. De principer som ställs upp i artikeln är viktiga också för svensk del.

⁶⁶ Whittaker, J. K. m.fl. (2016). Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33:2, 89–106, DOI: 10.1080/0886571X.2016.1215755.

Relationer och aktiviteter för en meningsfull vård

Som placeringsform har HVB förutsättningar att förverkliga de värden som pekas ut i konsensusartikeln. Delvis har det också skett. IVO:s enkätundersökning till barn och unga som vistas i HVB och stödboende visar att majoriteten av dem som svarat på enkäten uppger att de är trygga och att de får gott stöd och bemötande från personalen.⁶⁷

Flera vetenskapliga studier, myndighetsrapporter och undersökningar av barnrättsorganisationer visar samtidigt på allvarliga brister och problem i institutionsvården för barn och unga. Även i IVO:s enkätundersökning framkommer problem. Ungefär en femtedel av de barn och unga som svarat på enkäten på HVB och SiS känner sig bara trygga ibland, sällan eller aldrig. Överlag skattar flickor sin upplevelse på boendet lägre i jämförelse med pojkar. Skillnaderna mellan flickor och pojkar är störst inom SiS, även om skillnaden har minskat i den senaste enkätundersökningen.⁶⁸

Utredningen har mött enskilda barn och unga som berättar om vistelser i HVB som varit positiva vändpunkter för dem, men också om negativa erfarenheter av otillräckliga och skadliga vårdinsatser i HVB.

Genomgående har barnen och de unga framhållit vikten av goda personliga relationer under tiden i HVB. De har berättat att de ofta saknat sådana relationer till omsorgspersoner, anhöriga och andra som är viktiga för dem (se avsnitt 3.3.2 och bilaga 3). Relationernas betydelse är tydlig även i intervjuundersökningar som BO och Attention gjort bland barn och unga i HVB. Dessa undersökningar ger konkreta exempel på hur barn och unga ser på relationerna som en del av behandlingen eller en avgörande förutsättning för den. Undersökningar visar att det finns mycket olika erfarenheter av hur det fungerar. Barnen och de unga uppfattar det också som rätt slumpartat vilket stöd de får.

Jag kommer sakna personalen så mycket, för de har ju varit ens lilla extramamma, kan man säga, fast på ett professionellt sätt. Och det är liksom dem man har haft sina ups and downs med liksom, och man har kommit varandra väldigt nära.

⁶⁷ Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2022a s. 23.

⁶⁸ Ibid.

Jag förstår inte varför folk jobbar här. Det är folk som jobbar här 20 år, skiter i människor, bryr sig inte, kommer hit för pengarna.

Jag skulle vilja att någon skulle visa att dom bryr sig. Bara någon som vill prata med dig och visar att dom faktiskt lyssnar och tror på dig. Jag tappade mitt förtroende. Hade inte tillit för någon för dom brydde sig inte. Det gjorde att jag kände sig så annorlunda och ensam. Jag slutade öppna upp mig och tog inte emot hjälp och vård.

Personalen var jättebra, alltså de ville verkligen hjälpa en. Men alltså man såg det och man märkte det i gester. De kunde bete sig som vuxna, men sen också bjuda på sig själva.

Jag fick prata ut mer, och jag märkte att personalen fanns där mer än vad de gjorde på mitt gamla behandlingshem. [...] Så ja, alltså i det här behandlingshemmet så vart man som en familj, alltså personalen vart som ens föräldrar, man kunde prata med alla. Och tjejerna vart till slut som systrar. [...] Det gav mig möjligheten mig att stå på mina egna ben, och ta mer ansvar.

Vad som ligger i behandlingen i HVB utöver det personliga stödet är annars ofta inte tydligt för de barn och unga som utredningen mött och för de som intervjuats av BO och Attention:

Svårt att få behandling i vardagen. De är mycket fokus på rutiner och aktiviteter men inte på att arbeta med det som är orsaken till varför man är där.

Mediciner, annars så sa dom att jag va på ett behandlingshem men dom förklara aldrig vad min behandling va.

Det vände egentligen när jag började lyssna på personalen [...] började följa deras råd och tips. Och så när man väl började lyssna och testa att göra så som de sa, det var då man märkte att – ja, då började man själv hitta lite strategier [...].

När jag bodde på SiS, då fick jag väldigt mycket hjälp i skolan för då fick jag grejer som jag kunde ta med upp på avdelningen när vi hade slutat, och de satt med mig inne på lektionen och sa ”ja, men det är så här, och det här ska du göra”. För att jag har ganska svårt att förstå vad jag ska göra.

Frågan om goda personliga relationer väcker frågor om vad som menas med att ett HVB ska vara ett ”hem” med vård i så hemliknande former som möjligt. Personalen i HVB bildar inte en familj tillsammans med barnen och de unga samtidigt som personalen är närvarande dygnet runt och i praktiken ofta får agera i vårdnadshavarens ställe.

Marie Sallnäs vid Stockholms universitet har pekat på den spänning som är inbyggd i att mot betalning genomföra ett uppdrag med ”sekundär omsorg” och det informella, relationella och personliga som är förknippat med den ”primär omsorgen” i en familj.⁶⁹ Att hantera den spänningen på ett professionellt sätt framstår som en av de viktigaste uppgifterna för föreståndare och övrig personal i HVB mot bakgrund av det som barn och unga berättat. Det handlar om både ett respektfullt bemötande och relationer som delar av ett socialt arbete för att möjliggöra förändring.

De barn och unga som utredningen mött har också lyft fram bristen på aktiviteter som en återkommande anledning till att vistelsen i ett HVB varken uppfattas som vårdande eller meningsfull av barn och unga. Hur tiden i HVB kan användas för en insats som är stödjande dygnet runt och ger så mycket stöd som möjligt för tiden efter vården har också studerats i svensk forskning. Jürgen Degner vid Örebro universitet har jämfört dagens svenska institutionsvård, med tid som barnet eller de unge kan få fylla på egen hand, med de mer praktiskt inriktade insatser som fanns i äldre svenska institutioner och i dag finns i andra länder. En slutsats är att social dygnsvård i HVB behöver utformas med en tydlig terapeutisk avsikt under hela den tid som vården pågår, det vill säga dygnet runt och alla dagar i veckan. Aktiviteterna behöver vara sporrande med progression och ökande komplexitet över tid, baserade på bästa möjliga kunskap och utförda med professionalitet av personalen.⁷⁰

Svensk forskning visar även att tillgången till olika välfärdsresurser är lägre för barn och unga som vårdas vid HVB än för barn och unga i familjehemsvård och andra barn och unga. Barn och unga i HVB upplever mer sällan att personer i deras direkta närhet stödjer dem eller har tid för dem och uppvisar en lägre grad av psykiskt välbefinnande. Barnen och de unga ägnar mer tid åt hushållsarbete och saknar i större utsträckning stöd i skolarbetet. De har färre materiella ägodelar som dator, cykel och mobiltelefon och upplever i högre grad begränsningar när det kommer till användning av internet. Barnen

⁶⁹ Sallnäs, M. (2003). ”Som en familj? Om små och privata institutioner för barn och ungdomar”. I Socionomens Forskningssupplement, 15, 2–15, *Socionomen* nr 4.

⁷⁰ Degner, J. (2022). Att driva en människobehandlande verksamhet – med fokus på åtta forskningsbaserade områden och ett klientfall. I Giselsson, E., Degner J. och Wassberg A. (2022). *HVB-hem i praktiken – från forskningsresultat till (be)handling*.

och de unga på HVB uppger också att de oftare får avstå från fritidsaktiviteter av ekonomiska skäl.⁷¹

Bristande balans mellan stöd och kontroll

De problem som finns i institutionsvården för barn och unga har flera orsaker, men går ytterst tillbaka på den oklara och splittrade styrningen inom området.

Som framgår av kapitel 4 finns det en obalans mellan krav, granskning, kunskapsstöd och analys i statens aktiviteter för barn och unga i HVB. Regleringen av institutionsvården är relativt omfattande och det pågår ett omfattande arbete med tillståndsprövning av privata HVB samt frekvenstillsyn av alla HVB för barn och unga. Inom ramen för frekvenstillsynen av HVB och stödboenden genomförde IVO 797 inspektioner under 2021, varav 139 oanmälda. Sammanlagt 1 382 barnsamtal genomfördes vid dessa inspektioner. Styckkostnaden för varje inspektion var 108 000 kronor och den sammanlagda kostnaden för frekvenstillsynen uppgick till drygt 86 miljoner kronor. Under 2021 gjorde IVO ett utvecklingsarbete med koppling till frekvenstillsynen och med inriktning på effektivisering av verksamheten och enhetliga tillsynsbeslut.⁷² Även andra former av kontroll av institutionsvården, bland annat i kommunerna som göra egna uppföljningar av sina ramavtal med utförarna.

Forskning visar att tillsynen kan ”säkerställa golvet” i HVB-vården, men inte en kvalitetsutveckling som ”höjer taket”.⁷³ Det är en brist att former för kunskapsstöd och kunskapsutveckling inom HVB-området till stor del saknas vid sidan av tillsynen, särskilt på nationell nivå. SBU och Socialstyrelsen har tagit fram kunskap inom delar av området, men har inte egna kanaler till verksamheterna och når dem knappast i större utsträckning genom information på sina egna webbplatser och Kunskapsguiden. SiS står utanför den statliga kunskapsstyrningen inom vård och omsorg, trots att myndigheten bedriver forskning och utveckling som borde vara av stort intresse för både kommunerna och privata utförare av HVB-verksamhet.

⁷¹ Lagerlöf, H. (2012). *Samhällsvård och välfärdsresurser. En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och institutioner*. Stockholms universitet.

⁷² Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2022b). Årsredovisning 2021 s. 29.

⁷³ Pålsson, D. (2018). *The prerequisites and practices of auditing residential care: on the licensing and inspection of residential homes for children in Sweden*. Stockholms universitet.

Inte heller de privata aktörer som står för den allra största delen av HVB-vården är direkt företrädna i de former som finns för kunskapsstyrningen inom socialtjänsten.

Den bristande balansen mellan granskning och stöd har blivit tydlig under de senaste åren när IVO tydligare betonat sitt granskningsuppdrag och i mindre utsträckning än tidigare uppfattas som en stödjande dialogpart för HVB. Att IVO tidigare arbetat mer stödjande bidrar till att förändringen uppfattas negativt av HVB-verksamheter. Det största problemet är dock att det stöd som andra myndigheter borde bidra med inte finns och att HVB i stort sett bara har kontakt med IVO i sitt dagliga arbete.

Inslag av marknadsstyrning och statlig kontroll – men oklar färdplan

Andra styrningsproblem inom HVB-området uppkom i huvudsak under de första åren sedan socialtjänstlagen trädde i kraft. Lagstiftaren utgick från att landsting och kommuner skulle svara för den absoluta huvuddelen av HVB-verksamheten och de ålades att gemensamt planera verksamheten på länsnivå. Planeringen hade brister, särskilt när det gäller tillgången till platser för tvångsvård i HVB, men den blev också snabbt överspelad när privata aktörer etablerades som den dominerande typen av utförare och efterfrågan minskade på platser i de traditionella landstingsinstitutionerna.

I stället för gemensam offentlig planering har HVB-området sedan åtminstone trettio år haft starka inslag av en marknadsstyrning där privata aktörer själva bedömer vilka verksamheter som de vill etablera och driva (förutsatt att de får tillstånd för verksamheten). Det är också till stor del upp till utförarna själva att tolka och beskriva vad olika inriktningar på målgrupper, metoder och arbetssätt samt kompetens ska betyda inom HVB.

Kommunerna väntas till stor del hantera utbudet av verksamheter ”underifrån” genom upphandlingar och uppdrag om vård för enskilda barn och unga. En egen tradition av att driva HVB har inte utvecklats i kommunerna, med undantag för vissa delar av landet. IVO har nyligen lanserat en ny tjänst för kommuner som gör det lättare för dem att söka efter HVB med olika inriktningar i omsorgsregistret, men det finns fortfarande svårigheter för kommunerna att bedöma vad dessa inriktningar står för och verksamheternas kvalitet.

Att staten sedan länge är en viktig aktör för utförandet av HVB-vård har inte påverkat dessa förhållanden; snarare är staten också beroende av marknadsstyrningen eftersom SiS ofta måste bereda barn och unga plats i särskilda ungdomshem när andra placeringsalternativ inte är tillgängliga eller fungerar tillräckligt väl.

Inslagen av marknadsstyrning betraktades under 1990-talet som tämligen okomplicerade, men har diskuterats mer under det senaste decenniet. Nya krav har tillkommit på privata företags stabilitet och vandel för tillstånd att driva HVB mot bakgrund av rapporter om kvalitetsbrister i förening med stora vinster och misstankar om ekonomiska oegentligheter i vissa verksamheter. Ur ett nationalekonomiskt perspektiv har problem med inslagen av marknadsstyrning också uppmärksamats. Det handlar om bland annat följande kontraktsproblem:

- Det är svårt att mäta och skriva kontrakt om kvalitet inom institutionsvården.
- Efter att vården vid ett HVB pågått en tid vet personalen på institutionen mer än socialtjänsten om ungdomarnas vårdbehov.
- Socialtjänsten har svaga incitament att planera och följa upp vården.
- Det finns en fundamental osäkerhet kring vilken typ av vård som passar vilka ungdomar, och det är ofta oklart exakt vilken typ av vård man bör avtala om.

Att jämföra kvalitet i vården vid HVB är dessutom svårt. Det finns risker för att måluppfyllelsen avseende de faktorer som fångas upp av tillsynen och vid upphandling får alltför stor tyngd i förhållande till andra, mer svårsmätbara faktorer.⁷⁴

I dag ändras marknadsförutsättningarna på nytt. De mindre, familjeägda HVB som under en tid dominerade institutionsvården ersätts alltmer av mer storskaliga och affärsmässiga verksamheter som drivs med ett professionellt fokus på vad de själva ofta beskriver som evidensbaserade interventioner. Fortfarande är mindre HVB som drivs av mindre företag dock vanligare än de som drivs av större företag med

⁷⁴ Lindqvist E. (2014). *Kontraktsproblem vid institutionsvård: Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:8 s. 31 ff. och 41.

tre eller fler vårdenheter.⁷⁵ Vinstmarginalerna har minskat sedan många HVB startades för att ta emot ensamkommande barn och unga, men förefaller fortfarande högre än vad som är vanligt bland affärsdrivande verksamheter.⁷⁶

Många inriktningar men ingen vårdstruktur

Det finns många inriktningar och verksamhetstyper inom HVB i dag, men ingen tydlighet på nationell nivå om vilka inriktningar och typer som behöver finnas och vad de kräver av verksamheterna.

Den enda reglerade uppdelningen av institutionsvården för barn och unga avser SiS särskilda ungdomshem i förhållande till andra HVB. SiS har en skyldighet att bereda plats och särskilda befogenheter som andra HVB inte har. IVO prövar inriktningar på målgrupper, verksamhetstyper och andra inriktningar inför tillstånd till privata HVB, men det finns inga enhetliga kriterier för den prövningen. Prövningen avser inte heller HVB som drivs av kommuner och inte behöver tillstånd, inte heller omfattas de särskilda ungdomshem av en motsvarande prövning. Vissa inriktningar på målgrupper och verksamhetstyper anges i kommunernas upphandlingar av HVB, där termer som utredning och behandling definieras för att det ska bli tydligt vad upphandlingen avser.

Utöver detta finns det en mer dold uppdelning av HVB i verksamheter som också är vårdgivare och erbjuder hälso- och sjukvård. Sådana kombinationer är motiverade utifrån barns och ungas sammansatta behov, men de syns inte i IVO:s omsorgsregister och går inte heller tillbaka på någon grundläggande struktur för samhällsvården (eller hälso- och sjukvården). Ofta ingår hälso- och sjukvården i den avgift som kommunerna betalar trots att socialtjänsten inte har mandat och kompetens att bedöma innehåll och kvalitet i hälso- och sjukvård för barn och unga eller för att finansiera sådan hälso- och sjukvård. Det kan handla om upp till hälften av vårdavgiften, enligt bedömningar som socialtjänsten gjort i några kommuner.

Sammantaget finns det ett brett utbud av verksamheter som kan motsvara olika behov hos placerade barn och unga, men som ingen

⁷⁵ Lundström, T., Sallnäs, M. & Shanks, E. (2020). Stability and change in the field of residential care for children. On ownership structure, treatment ideas and institutional logics, *Nordic Social Work Research*, 10:1, 39-50, DOI:10.1080/2156857X.2018.1541016.

⁷⁶ Lundström & Sallnäs 2019.

fullt ut kan överblicka och som inte bygger på begrepp och nivåer för kvalitet och kompetens som används på samma sätt av huvudmän, verksamheter och statliga myndigheter. Det innebär betydande risker för oklarheter och missförstånd vid uppdrag till HVB, vid matchningar och under vårdtiden. Därmed ökar riskerna för vårdskador eller bristande kvalitet i vården. Det är inte heller förutsägbart vilka inriktningar och verksamhetstyper som kommer att vara tillgängliga eftersom HVB snabbt kan avvecklas eller ändra inriktning.

När den tänkta modellen med landsting och kommuner som huvudsakliga utförare av HVB inte längre var aktuell förändrades förutsättningarna för specialiserade verksamheter som förutsätter upptagningsområden på länsnivå, i större regioner eller på riksnivå för ovanliga behov hos barn och unga. Inrättandet av SiS gav vissa nya möjligheter till det, men myndigheten fick inget uppdrag att driva särskilt specialiserad vård. Samtidigt beskriver både kommuner och HVB-företrädare att många barn och unga som placeras i institutionsvården har omfattande och sammansatta vårdbehov som kräver en högre grad av specialisering.

Bristande beredskap för barns och ungas samlade vård- och stödbehov

Behov av vård och stöd vid psykisk ohälsa och psykiatrisk funktionsnedsättning har uppmärksamrats länge av statliga utredningar, myndigheter och andra aktörer. Medan andra former av vård och boende har avvecklats inom psykiatrin och funktionshinderområdet har HVB funnits kvar som placeringsform. I praktiken förväntas HVB därför ofta möta hälso- och sjukvårdsbehov och stödbehov motsvarande de som tillgodoses i boenden enligt LSS. Undersökningar som Socialstyrelsen och SiS genomfört de senaste åren vid särskilda ungdomshem visar att 70- respektive 79 procent av de placerade barnen och unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos. Det var även vanligt att ha två eller fler ställda psykiatriska diagnoser. Vanligast var ADHD/ADD. Med undantag för uppförandesyndrom hade högre andelar flickor än pojkar ställda diagnoser i alla de diagnoskategorier som studerades. Utöver de fastställda diagnoserna bedömde psykologerna vid ungdomshemmen att 20–30 procent av barnen och de unga också hade psykiatriska odiagnostiserade besvär som sannolikt skulle uppfylla kriterierna för en diagnos. Vidare hade drygt en femte-

del av de unga under de senaste sex månaderna uppvisat någon form av akut psykiatriskt tillstånd. Det var betydligt vanligare att flickor haft akuta psykiatriska tillstånd. Se vidare i avsnitt 9.3.6 om undersökningarna.⁷⁷

Ytterligare en kartläggning gjordes av SiS 2018–2019 och visar att ungefär 20 procent av ungdomarna av klienterna som årligen skrivs in på en SiS-institution har särskilda vårdbehov. Det handlar om omfattande psykiatrisk och neuropsykiatrisk problematik med olika kombinationer av exempelvis autism, intellektuell funktionsnedsättning, ADHD, posttraumatisk stress (PTSD), personlighetssyndrom, självskadebeteende samt kraftigt utagerande beteende där hot och våld riktas mot behandlingspersonal. Kombinationer med beroendeproblematik och kriminalitet förekommer. När kartläggningen gjordes var 9 procent av platserna inom de särskilda ungdomshemmen vikta för barn och unga med särskilda vårdbehov.⁷⁸

Dessa kartläggningar utgår från de särskilda ungdomshemmen, men de är intressanta för den övriga institutionsvården och för samhällsvården i övrigt. Barn och unga som placeras i särskilda ungdomshem har ofta vårdats i andra HVB eller familjehem tidigare och placeras ofta i ett stödboende efter tiden på SiS.

Båda kartläggningarna har följts av konkreta utvecklingsarbeten. Socialstyrelsen samordnar på uppdrag av regeringen ett projekt med integrerad vård i samverkan mellan SiS och några regioner till och med 2024. Erfarenheter hittills bekräftar behovet av en nära och omfattande samverkan i ungdomshemmet för att tillgodose vård- och stödbehov som SiS och psykiatrin inte på varsin hand är rustade att möta. SiS har under de senaste åren infört särskilt förstärka avdelningar vid vissa ungdomshem. Avdelningarna är avsedda för barn och unga med omfattande psykiatrisk och neuropsykiatrisk problematik med olika kombinationer av exempelvis autism, intellektuell funktionsnedsättning, ADHD, posttraumatisk stress (PTSD), personlighetssyndrom, självskadebeteende samt kraftigt utagerande beteende där hot och våld riktas mot behandlingspersonal. Det förekommer också att detta är kombinerat med beroendeproblematik och krimi-

⁷⁷ Socialstyrelsen (2019a). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård* s. 13 ff. och Statens institutionsstyrelse, SiS (2023d). *Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022* s. 21.

⁷⁸ Statens institutionsstyrelse, SiS (2020). *Särskilda vård- och resursbehov. En kartläggning av särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter som vårdats inom SiS åren 2018 och 2019*. Institutionsvård i fokus 2020:6.

nalitet. Vårdplatserna är färre i de särskilt förstärka avdelningarna och personaltätheten högre, dessutom har lokalerna anpassats och särskilda insatser gjorts för personalens kompetens.⁷⁹

Det ska tilläggas att liknande arbeten pågår också i andra HVB utifrån barnens och de ungas behov av både social och psykiatrisk vård eller insatser med ett habiliteringsperspektiv. I två län finns HVB som drivs av kommunerna i länet med resurser från regionen för barn- och ungdomspsykiatrisk vård, och i ett ytterligare län planeras en sådan verksamhet. Vid privata HVB som också är vårdgivare finns verksamheter som erbjuder delar av den vård som BUP annars står för, främst psykologiska utredningar och behandlingar.

De samlade vård- och stödbehoven hos barn och unga i HVB utmanar också den traditionella bilden av institutionsvård som inriktad på behandling och social problemlösning vid exempelvis missbruk eller kriminalitet. Ett socialt omsorgsperspektiv med inriktning på barnets eller den unges förmåga att klara funktioner i det dagliga livet har inte varit lika uttalat i regler, rekommendationer eller förarbetestexter om HVB för barn och unga. I dag behöver HVB beskrivas som en placeringsform med beredskap att möra individuella behov ”problemlösning” och omsorg i förening med god tillgång till hälso- och sjukvård.

Varierande förutsättningar för utbildning under tiden i HVB

Förutsättningarna för utbildning under en placering i HVB varierar. De beskrivningar som är tillgängliga visar på betydelsen av hur ledning och annan personal i HVB själva värderar utbildningen och vilka förväntningar de har på eleverna att delta i undervisningen och nå kunskapsmålen. I praktiken handlar det också om hur personalen ger eleverna det stöd i skolarbetet som vårdnadshavare eller familjehemsföräldrar annars svarar för.

Det vanligaste är att barn och unga i HVB går i en skola i närheten av boendet. En aktuell beskrivning av hur detta fungerar finns inte, men lösningar och erfarenheter tycks variera enligt de kontakter utredningen haft.

⁷⁹ Statens institutionsstyrelse, SiS, SFA, *Särskilt förstärkt avdelning*: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/behandlingsmetoder/sarskilt-forstarkta-avdelningar-sfa/> (hämtad 2023-05-23).

En mer ovanlig lösning är att privata HVB bedriver egen undervisning. Sedan Skolinspektionen pekat på stora brister i dessa verksamheter uttalade regeringen att elever som vistas i HVB bör få undervisning i det vanliga skolväsendet och att institutionerna inte ska ha någon generell möjlighet att ordna undervisning.⁸⁰ Hur många HVB som ändå är friskolor och bedriver undervisning i hemmet är oklart. Skolinspektionen har i en granskning av dessa kombinerade HVB och skolor pekat på att skolgången får stå tillbaka för vården i dessa verksamheter och att elevhälsan inte kontaktas tillräckligt ofta för att eleverna ska få en individuellt utformad utbildning.⁸¹ Liknande beskrivningar har kommit från barn och unga som utredningen mött i intervjuer och workshops. Det gäller till exempel HVB som bara erbjuder en skolgång med ett fåtal ämnen.

Ett undantag från dessa kombinationer av institutionsvård och utbildning är SiS skolverksamhet. Den verksamheten har utvecklats och Skolinspektionens senaste granskning visar på flera förbättringar. Satsningar på lärarkompetens har gjorts och undervisningen har utvecklats. I den undervisning som genomförs har lärarna höga förväntningar på elevernas förmåga till utbildning. Utbildningen planeras som regel utifrån ett tydligt pedagogiskt perspektiv, tydliga koppling görs till kunskapsmässiga mål och goda möjligheter ges till elevinflytande vid planering av utbildningen. Undervisningsgrupperna är små, individanpassade och elevernas inflytande är stort.

Samtidigt finns det problem med elevernas undervisningstid, som varierar mellan de särskilda ungdomshemmen. Frånvaron är generellt hög i SiS skolverksamhet och dubbelt så hög bland flickor som bland pojkar. Centralt inom SiS kommuniceras skolverksamhetens status och betydelse för eleverna, men budskapet når inte ut i hela organisationen. Skolinspektionen ser också svårigheter i att säkerställa likvärdighet mellan skolor då institutionerna och tillhörande skolor är något av "egna öar" inom SiS.⁸²

⁸⁰ Prop. 2014/15:43, s. 18 ff.

⁸¹ Skolinspektionen (2017). *HVB-placerade elevers utbildning i kommunala grundskolor* s. 7.

⁸² Skolinspektionen (2021). *Skola inom statlig tvångsvård: Kvalitet och kontinuitet i utbildningen vid Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem*.

Mer arbete krävs för en trygg och säker institutionsvård

Otrygghet och osäkerhet hör till de grundläggande problem i institutionsvården som är kända sedan länge i forskningen och praktiken. Dessa risker är i hög grad aktuella också i dagens HVB. Olika former av våld förekommer, såväl fysiskt och sexuellt som psykiskt. Våld förekommer också mellan barn och unga, från personal till barn och unga och från barn och unga till personal.

Barn och unga som utredningen mött har berättat om hur de erbjudits narkotika efter en kort tid i HVB. För flera av dem var det första gången de kom i kontakt med narkotika. Flickor har också berättat om hur andra flickor som varit placerade i HVB erbjudit dem att följa med ut och sälja sex (se avsnitt 3.3.2 och bilaga 3).

Problem med våld i HVB har också tagits upp i vetenskapliga studier och i rapporter från myndigheter, barnrättsorganisationer och fackliga organisationer. Några citat från BO:s och Attentions intervjuundersökningar bland barn och unga visar hur nära trygghetsfrågorna hänger samman med relationerna till personal och andra boende och med möjligheterna till en meningsfull vistelse i HVB:

De [personalen] var inte tvungna att strypa mig eller hålla fast mig. Jag har ju fobi för att sitta fast. Och den här, trånga utrymmen var ju också liksom så här med två killar, det...Jag fick panik. Det var därför jag slog personalen, för att de ville inte släppa mig när jag sa 'släpp'.

Ja, och sen så blev jag misshandlad, de [andra boende] hällde Cola på mig och sen så sparkade de till mig. För det var min första vecka, jag fattade inte vad institution var.

Man lärde sig av de som bodde där [...] när de bråkade så typ kastade de stolar, och de började slåss och såna här grejer, liksom. Då tänkte man typ att det är så det ska vara, när man kommer in, eller vadå? [...] Jag blev typ som dem, liksom. Eller lärde mig av dem.

Jag blev mordhotad av en ungdom som bodde här förut. Och då rymde jag i två veckor. [...] Det var en ungdom som blev misshandlad här av en annan ungdom nästan hela tiden. Kastade stenar på en personal och sjuka grejer. De hade inte den kollen. De avbröt inte.

Men det största problemet som man egentligen inte kan snacka med någon om [är när] någon ungdom betar sig som en idiot. För går du till husmötet så säger de att 'vi pratar inte om andra ungdomar här, du får gå till ärendansvarig eller psykolog'. Går du till ärendansvarig säger de 'ja, vi förstår att det är jobbigt, men vi kan inte göra någonting'. Går du

till din psykolog säger de samma sak, går du till deras psykolog, då försvarar de deras beteende.⁸³

Det våld som barn och unga utövar kan ses ur flera perspektiv: som delar av ett våldskapital från kriminella miljöer, som tecken på psykisk ohälsa, som reaktioner på ett bemötande som inte anpassats efter exempelvis neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, som delar av deras sätt att förhålla sig till traumatiska upplevelser tidigare under uppväxten och som reaktioner på övergrepp under tiden i HVB.

Barn och unga som utredningen mött har berättat om traumatiska upplevelser som föregick placeringen men som vården inte utformats för att hjälpa dem att hantera. I HVB har i stället deras eget beteende stått i fokus med diagnosutredningar och behandlingar. Dessa erfarenheter ligger nära den kanadensiske forskaren James P. Anglins slutsatser om att det våld som unga använder mot varandra eller mot personal i institutionsvård kan vara ett uttryck för de trauman som de flesta av dessa ungdomar bär med sig. Anglin framhåller att personalen behöver möta de ungas lidande. De unga beskrivs ofta utifrån olika bekymmer, vilket gör att deras trauma och smärta tappas bort. Personalen behöver kunna lyssna och svara ungdomarna med respekt samtidigt som de behöver kunna etablera struktur och rutiner.⁸⁴

Även det våld som personalen utövar kan ses ur flera perspektiv. Viktiga aspekter är kunskap och respekt för gällande regler och en ledning som agerar så att våld förebyggs, upptäcks och åtgärdas. Men personalen behöver också stöd och andra förutsättningar att förstå det våld som förekommer och hur det på olika sätt bör förebyggas, synliggöras och hanteras. Inte minst behöver personalen kunna förstå och bearbeta sin del i det som barnen och de unga uppfattar som våld mot dem, till exempel tillämpningen av de särskilda befogenheterna.⁸⁵

De utmaningar som HVB möter med grov, gängrelaterad kriminalitet har lett till diskussioner och insatser för ökad säkerhet på de särskilda ungdomshemmen. Förutsättningarna för andra HVB har inte uppmärksammats i samma utsträckning, trots att de barn och unga som är berörda ofta också är placerade där i perioder. Samtidigt som

⁸³ Barnombudsmannen 2019 s. 33 f. och 69 samt Riksförbundet Attention 2021, s. 27 f.

⁸⁴ Anglin, J. (2004). Creating "Well-Functioning" Residential Care and Defining Its Place in a System of Care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175–192. Jfr Andersson, P. (2021). *Hot, våld och emotionellt arbete på de särskilda ungdomshemmen*. Personalens berättelser. Stockholms universitet, s. 40. Se även Andersson Vogel, M. (2020). *Disciplinering, femininitet och tvångsvård: tjejjers vardag vid särskilda ungdomshem* och Nolbeck, K. (2022). *Confinement and Caring On sociomaterial practices in secured institutions for youths*, Göteborgs universitet.

⁸⁵ Se bl.a. Andersson 2021, s. 87 ff.

säkerheten höjs i den utsträckning som behövs på vissa HVB eller vissa avdelningar måste också de andra sidorna av våldet i institutionsvården tas på största allvar och leda till satsningar på ledning, metoder och arbetssätt, kompetens och möjligheter för barn och unga att själva uppmärksamma att det förekommer våld utan att de riskerar efterverkningar för egen del.

I likhet med flera andra områden som tas upp i denna problembeskrivning pekar arbetet för trygghet och säkerhet också på personalens kompetens och stöd i arbetet och på hur bemanningen är ordnad i förhållande till antalet vårdplatser. I dag rapporterar många olika HVB betydande svårigheter att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens.

Institutionsvården i internationell kontext

Några av de forskare som stod bakom konsensusuttalandet från 2016 återkom 2022 med en internationell översikt av institutionsvården för barn och unga. Översikten omfattar vården i femton länder med tyngdpunkten i Europa och Nordamerika. Nordiska länder som beskrivs är Danmark och Finland.

Översikten visar på en mycket varierande användning av institutionsvård i de studerade länderna i förhållande till vård i fosterfamiljer, från nästan 100 procent (i Portugal) till mindre än 10 procent (i Irland och Australien). Andelen har också varierat över tid, med en minskning på till exempel 25 procent under senare år i USA. Redaktörerna bakom översikten drar slutsatsen att variationerna är så stora att de i sig inte säger mycket om vården. De anser att det därför inte är rimligt att fastställa generella mål om minskad användning av institutionsvården i lagar och policyer, även om de framhåller att avinstitutionaliseringen i sig är önskvärd.

Oavsett vårdens omfattning finns det vissa gemensamma faktorer, bland annat bristande skolresultat som rapporteras från flera av de studerade länderna. Faktorer som bidrar till det oavsett vårdens omfattning och utformning är instabilitet i vården och psykologiska och utvecklingsrelaterade svårigheter hos barn och unga som vårdas. Andelen unga i institutionsvård som fått en psykiatrisk diagnos varierar från 36 procent till 71 procent mellan länderna medan andelen som fått behandling för sådana tillstånd tenderar att vara lägre, från

40 till 50 procent. En annan gemensam faktor är att institutionsvården mer än många andra vård- och stödformer präglas av upp- och nedgångar i migrationen, särskilt som institutionsvård i många länder används för placeringar av ensamkommande barn och unga.

När det gäller kompetenskrav för kompetens i institutionsvård är skillnaderna stora. Några länder saknar minimikrav på kompetensen, andra har krav på gymnasienivå, andra kräver viss yrkesutbildning och ytterligare några akademisk utbildning för flertalet anställda med eller utan särskilda program för arbete i institutionsvård. Redaktörerna bakom översikten drar slutsatsen att det finns ett samband mellan kompetenskrav och användning av institutionsvård. I länder med höga kompetenskrav svarar institutionsvården för en relativt stor del av vården utanför barns och ungas egna hem, till exempel i Tyskland, Frankrike, Spanien, Italien, Danmark och Finland. Länder med inga eller låga kompetenskrav har tvärtom drastiskt minskat institutionsvårdens omfattning, till exempel England, Skottland, Kanada och USA. Länder med låga krav verkar hamna i negativ spiral av låga förväntningar på vården som gör det svårt att höja kraven och förbättra vården.

Bland sina rekommendationer för en ”revitalisering” av institutionsvård för barn och unga tar redaktörerna också först upp frågan om personalens kompetens som den första kritiska punkten. Andra rekommendationer är att identifiera andra kritiska punkter i vården och främja användningen av beprövad erfarenhet (”best practice”) i arbetet när det inte finns program som visats vara effektiva. Redaktörerna rekommenderar också tydlighet om institutionsvårdens grundläggande koncept, där de ser en skillnad mellan länder som utgår från en socialpedagogisk tradition och länder där vården bygger på evidensbaserad praktik. Båda koncepten har fördelar och begränsningar, menar redaktörerna, det är till exempel svårt att definiera socialpedagogik.

Redaktörerna rekommenderar också en bredare syn på institutionsvårdens roll. Den bör inte bara ses som en sista utväg utan en möjlighet till vård och utbildning i en miljö för liv och lärande. Med tanke på de olika förutsättningar som institutionsvården har i olika länder rekommenderar redaktörerna inte någon enhetlig indelning av vården. Tvärtom anser de att varje land behöver ta fram en typologi eller kategorisering som passar just i det landet. Sådana typologier bör ta upp alla former av institutionsvård för barn och unga, beskriva vårdens syfte, kritiska punkter i vården, förväntad vårdtid,

former för utbildning och träning av personalen samt resurser för att planera utslussning.

Slutligen argumenterar redaktörerna tydligt för tillgången till administrativa data för att förbättra vården. Sådana data behöver uppdateras ofta och ge en relevant bild både när det gäller de barn, unga och familjer som berörs av vården och av utbudet av vård i olika former. Sådana data är nödvändiga för varje social reform, inklusive ”revitalisering” av institutionsvården, framhåller redaktörerna. Åtta av de studerade länderna har nyligen genomfört översyner av vården och då i flera fall konstaterat omfattande brister på data.⁸⁶

Svensk institutionsvård i ett internationellt perspektiv

Översikten väcker frågor om svensk institutionsvård ur ett internationellt perspektiv. Brist på data för uppföljning, bristande skolresultat, en hög förekomst av psykiatriska diagnoser och en nära koppling till mottagandet av ensamkommande barn och unga känns igen också från Sverige. När det gäller kompetenskrav hör Sverige till de länder som har låga eller inga formella kompetenskrav på personalen. Trots det har institutionsvården haft en relativt stor omfattning här i landet, vilket avviker från det mönster som beskrivs i översikten. Svensk institutionsvård verkar också inta en mellanställning med både en socialpedagogisk tradition och en strävan efter evidensbaserad praktik i dag.

Det är slående att likartade behov av genomgripande arbeten med institutionsvårdens struktur och innehåll finns både i Sverige och i flera andra länder. Utredningen har till exempel haft kontakt med en kommitté som den norska regeringen gett i uppdrag att se över institutionsvården för barn och unga 2022–2023. Den kommittén har arbetat utifrån en problemanalys som till stora delar överensstämmer med problembeskrivningen i detta avsnitt.⁸⁷ En omfattande statlig översyn av den engelska institutionsvården som en del av samhällsvården har också nyligen genomförts.⁸⁸ I den internationella över-

⁸⁶ Whittaker, J. K., Holmes L., del Valle J. C. F., & James, S. (2022). *Revitalizing Residential Care for Children and Youth: Cross-National Trends and Challenges*. Oxford.

⁸⁷ Barnevernsinstitusjonsutvalget, *Barnevernsinstitusjonsutvalgets problemforståelse*: <https://barnevernsinstitusjonsutvalget.no/> (hämtad 2023-08-11).

⁸⁸ MacAlister, J. (2022). *The independent review of children's social care. Final report*. Se även UK Parliament, *Government proposals for children's social care reform*: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9818/> (hämtad 2023-08-11).

sikten skriver den engelska forskaren June Thoburn att inget land har rätt svar om institutionsvården för barn och unga.⁸⁹ Men det är uppenbart att många länder nu söker de svar som är rätta för dem.

För svensk del finns det också skäl att beakta det som en av överiktens redaktörer, Sigrid James som är verksam i Tyskland, skriver om den negativa bilden av institutionsvården. Hon pekar på att institutionsvården ofta används som en sista utväg, ibland när till synes alla andra insatser misslyckats. Det har lett till en oavsiktlig ökning av de största och svåraste vårduppgifterna med fokus på att minska symtom på olika sociala problem. Att institutionsvården inte varit rustad att möta de uppgifterna har ytterligare förstärkt den negativa bilden av vården och lett allt längre bort från föreställningar om vården som en miljö för att leva och lära.⁹⁰

8.4.2 Stödboende

En placeringsform som behövs även med ändrade förutsättningar

Stödboende tillkom för att regeringen och riksdagen bedömde att det behövdes en särskild placeringsform för stöd inför ett självständigt boende och vuxenliv. Det hade länge hört till samhällsvårdens uppgifter att under trygga former ge barn och unga möjlighet att träna och förbereda sig för ett självständigt boende och vuxenliv. Men uppgiften var inte tydligt uttalad för familjehem och HVB och en särskild placeringsform för stöd i eget boende fanns inte.

En viktig anledning till att stödboende infördes just 2016 var den stora gruppen ensamkommande barn och unga som då kommit till Sverige. Behovet av stödboende beskrevs dock mer generellt med exempel på fler möjliga målgrupper än ensamkommande barn och unga.

⁸⁹ Whittaker m.fl. 2022 s. 24.

⁹⁰ Whittaker m.fl. 2022 s. 33 f.

Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen följde upp och utvärderade införandet av stödboende till och med 2018.

Resultaten visade på ett snabbt genomslag för stödboende som placeringsform. De allra flesta kommuner och stadsdelar hade barn och unga placerade i stödboende under 2018. Vanligast var placeringar av barn och unga som kommit till Sverige som ensamkommande barn. Runt hälften av kommunerna och stadsdelarna hade placerat någon från målgrupperna ”barn och unga som lever i en konfliktfylld eller på annat sätt otillfredsställande hemsituation” och ”barn och unga som tidigare varit placerade för social problematik”.

Kommunerna och stadsdelarna var i huvudsak positiva till placeringsformen och menade att den fyller en viktig funktion. De uttrycker att en insats i form av stödboende leder till ett ökat ansvarstagande från den unges sida och ger hen större självständighet än till exempel en placering i HVB, och att stödboendet är ett bra komplement på vägen mot ett eget boende och vuxenliv. Kommunerna och stadsdelarna nämnde dock att det ställs höga krav på mognad i stödboende och att det finns risk för att den unge inte klarar den självständighet som krävs.

De barn och unga som Socialstyrelsen intervjuade var övervägande positiva till sin placering och till det stöd de har fått.

Sammantaget bedömde Socialstyrelsen att en insats i form av stödboende kan ge barn och unga de förutsättningar som är intentionen med placeringsformen, det vill säga att barn och unga ska klara sin dagliga livsföring, fungera i skola eller annan sysselsättning, hantera sin ekonomi, ha en meningsfull fritid, ha ett socialt nätverk och därmed ges förutsättningar för att klara ett självständigt liv.

Även om det mest framkom positiva erfarenheter i utvärderingen uppmärksammade Socialstyrelsen några områden särskilt. Det gällde bland annat bedömningen av barnets eller den unges individuella behov och förmåga att klara av den nivå av självständighet som krävs för placering i stödboende, bedömningen av särskilda skäl för placering av barn i stödboende och om kommunernas boendelösningar uppfyller kriterierna för stödboende.⁹¹

⁹¹ Socialstyrelsen (2019c). *Uppföljning och utvärdering av stödboende för barn och unga 16–20 år* s. 7 f. och 40 ff.

Förändringar efter 2018

Sedan Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering blev klar minskade antalet ensamkommande barn och unga i stödboende snabbt, som framgår av kapitel 3. Det påverkade också det totala antalet placeringar i stödboende, som har minskat kraftigt under de senaste åren. Förändringen liknar den som skett i institutionsvården under de senaste åren.

Behovet av stödboenden finns dock kvar, inte minst gäller det för de andra målgrupperna, utöver ensamkommande barn, som placeringsformen var avsedd för. IVO:s enkätundersökningar bland barn och unga som vistas i HVB och stödboende visar att majoriteten av dem som svarat uppger att de är trygga och att de får god vård och behandling. Mest nöjda är de som bor i stödboende.⁹²

För stödboende som placeringsform innebär den nya situationen ändå nya förutsättningar.

Många av de som vistas i stödboende har tidigare placeringar med mer omfattande vård- och stödbehov bakom sig. De direkta behandlingsbehoven kan ha tillgodosetts, men många som placeras i stödboende kan ha behov av stöd som inte bara handlar om vägledning i den dagliga livsföringen. Självständighet och mognad utesluter inte behov av stöd vid en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, psykisk ohälsa och traumatiska upplevelser av att exempelvis ha blivit utkastad hemifrån före 18 års ålder. En allt större andel av de placerade är också flickor och unga kvinnor.

Okklarheter vid stödboendets gränser

Stödboende har avgränsats på olika sätt i regler, rekommendationer och förarbeten för att få en egen roll i samhällsvården för barn och unga.

SoL och LVU

Av förarbetena framgår att placeringar i stödboenden i regel ska vara frivilliga och göras enligt SoL, men det är möjligt att besluta om en placering med stöd av LVU. SoL-placeringar är helt dominerande i stödboende även om andelen LVU-placeringar nu ökar något. Avgränsningen mot LVU har inte tagits upp som ett problem i Social-

⁹² Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2022a s. 23 ff.

styrelsens uppföljning och utvärdering eller av de aktörer som utredningen mött. Vad en tvångsinsats i praktiken innebär i en placeringsform med så lite tillsyn och kontroll beskrivs dock inte i förarbetena eller i Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering.

Placering av barn

Stödboende är främst avsett för unga i åldern 18–20 år medan barn i åldern 16–17 år bara ska placeras i stödboende om det finns särskilda skäl för det. Även här verkar avgränsningen ha fungerat som avsett. Andelen barn i stödboenden har varit jämn och relativt låg under de år som det finns tillgänglig statistik. Det kan tolkas som att kravet på särskilda skäl tolkas och tillämpas utan större förändringar, men hur bedömningarna görs kan ändå variera.

IVO har tidigare konstaterat att det är svårt att bedöma eller säga vad särskilda skäl är eftersom alla som placeras i stödboende ska ha ”särskilda skäl” och den mognad som krävs för att kunna placeras i ett så pass självständigt boende. I stället handlar det mer om en generell och total bedömning av mognadsgraden. Enligt Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering var det vanligaste särskilda skälet att barnet har bedömts vara moget och förberett för att på ett bra sätt klara av att bo och leva i ett eget boende.⁹³

En fråga som inte kommenteras i förarbetena eller Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering är hur stödboende svarar mot barns rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381).

Självständighet

Att stödboende är avsett för barn och unga som är relativt självständiga är en viktig avgränsning av stödboende mot placering i familjehem eller HVB.

Enligt Socialstyrelsens 2 kap. 1 § föreskrifter och allmänna råd om stödboende ska ett sådant boende bara ta emot barn och unga som huvudsakligen behöver stöd för att förberedas för ett självständigt vuxenliv och som i stor utsträckning kan klara sin livsföring utan hjälp. Vilka områden det främst handlar om framgår av allmänna råd

⁹³ Socialstyrelsen 2019c s. 25 och 38.

från Socialstyrelsen. Där anges att insatsen bör syfta till att barnet eller den unge efter tiden i stödboendet ska kunna klara sin dagliga livsföring, fungera i skola eller annan sysselsättning, hantera sin ekonomi, ha ett socialt nätverk och ha en meningsfull fritid. Vidare framgår att ett eget boende bör innebära att barnet eller den unge tar huvudansvar för sina egna hushållssysslor såsom mathållning, tvätt och städning. Se allmänna råd till 2 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende.

I Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering framstår denna avgränsning som vansklig. Resultaten visade att barnets eller den unges individuella behov och förmåga att klara av den nivå av självständighet som krävs för placering i stödboende inte alltid beaktas av socialnämnden vid val av placeringsform. Det framkom också att föreståndaren vid ett stödboende inte alltid gör den lämplighetsbedömning som krävs i samband med inskrivning vid stödboende.⁹⁴

På den senare punkten har IVO uppmärksammat fortsatta brister, likaså när det gäller verksamheten vid vissa stödboenden i förhållande till den målgrupp som anges i tillståndet.⁹⁵ Utredningen har tagit del av några tillsynsbeslut som ger konkreta exempel på detta. Det handlar om bland annat att ungdomar

- haft för kort tid av drogfrihet vid inskrivning
- haft pågående missbruksproblem (vilket även lett till dödsfall vid överdoser under vistelser utanför stödboendet)
- haft omfattande behov inom flera områden, även dygnet runt av egen personal
- haft ”lågbegåvning” och större behov än vad stödboendet kan tillgodose
- varit i riskzonen för att utveckla kriminalitet och anknytning till brottslig verksamhet.⁹⁶

⁹⁴ Socialstyrelsen 2019c s. 41 f.

⁹⁵ IVO 2022a s.19.

⁹⁶ Se Inspektion för vård och omsorg, IVO, dnr 8.4.2-1825/2018-8, 3.2.2-31408/2020, 3.2.2-31537/2021-12 och 3.2.2-31348/2021-11.

Stöd i stället för vård och behandling

I socialtjänstförordningens definition av stödboende är ”individ-anpassat stöd” ett centralt begrepp. För de andra placeringsformerna används begrepp som omvårdnad, fostran och behandling i 3 kap. 1–2 §§ SoF. Socialnämnden bör särskilt överväga om barnet eller den unge har behov av vård- och behandlingsinsatser som motiverar en annan placeringsform.⁹⁷

Som framgått preciseras innebörden av ”stöd” i detta sammanhang till ”individuell vägledning i den dagliga livsföringen” i 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende. Enligt myndighetens allmänna råd bör personalen vid stödboendet tillsammans med barnet eller den unge identifiera dennes behov av stöd inom olika livsområden och planera för hur stödet ska genomföras. Stödet kan innefatta samtal av motiverande och trygghetsskapande karaktär, pedagogiskt stöd i den dagliga livsföringen, samhällsinformation, medverkan i kontakter med myndigheter och andra samhällsorgan, hjälp att bibehålla och vid behov etablera sociala relationer, aktiviteter som kan bidra till en meningsfull fritid och regelbunden tillsyn i det egna boendet. Se allmänna råd till 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende.

Att döma av de inriktningar som stödboendena har uppgett i IVO:s omsorgsregister verkar kravet ha fått starkt genomslag i verksamheterna. Samtliga verksamheter som enbart bedriver stödboende har inriktningen ”individuellt anpassat stöd”. Endast ett mindre antal verksamheter som bedriver både HVB och stödboende har ytterligare inriktningar mot exempelvis missbruk.

Bakom denna enhetlighet finns dock en viss variation där stödboende kombineras med behandlingar och andra vårdinsatser. Det kan handla om att stödboendet kombineras med mer eller mindre omfattande öppenvårdsinsatser eller inkluderar ytterligare insatser i ”paketlösningar” som går utöver individuell vägledning i den dagliga livsföringen. I det senare faller erbjuder verksamheter så kallade förstärkta stödboenden eller förstärkta utslussar. Det kan handla om särskilt hög bemanningsgrad, personal med psykologisk eller pedagogisk kompetens på akademisk nivå, psykosociala behandlingar enligt vissa metoder eller särskild tillgång till hälso- och sjukvård.

⁹⁷ Prop. 2015/16:43 s. 38.

Exemplen på förstärkta stödboenden går att hitta via sökningar på internet. Utredningen har också besökt ett förstärkt stödboende och träffat unga med positiva erfarenheter av verksamheter som kan vara förstärkta stödboenden (det är oklart eftersom benämningen inte alltid används formellt). Samlade översikter av utbudet av förstärkta stödboenden finns däremot inte. Inte heller uppmärksammades denna verksamhetstyp i Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av stödboende som placeringsform. IVO har inte särskilt uppmärksammat de förstärkta stödboendena. Som framgår ovan har myndigheten dock i flera sammanhang kritiserat stödboenden för att skriva in unga med större vårdbehov än vad verksamheten kan tillgodose.

Eftersom insatserna kallas ”förstärkt stödboende” ligger det närmast till hands att uppfatta dem som varianter av placeringsformen stödboende, men det är möjligt att några av de verksamheter som erbjuder insatserna har HVB-tillstånd. En annan möjlighet är att förstärkt stödboende erbjuds av den mindre grupp verksamheter som både bedriver stödboende och HVB. I den gruppen finns dock bara kommunala verksamheter och de exempel som nämns ovan kommer från privata verksamheter.

Placering och eftervård

Enligt förarbetena bör socialnämnden ha ett övergripande ansvar för barn och unga som tas emot i stödboende, på motsvarande sätt som vid placeringar i familjehem och HVB. Den vård som ges utanför det egna hemmet brukar överhuvudtaget skiljas från förebyggande öppenvård och eftervård. Enligt förarbetena kan stödboende dock ses både som en del av heldygnsvården vid en placering och som en del av eftervården. Stödboende ansågs kunna fylla en viktig funktion i ett eftervårdssammanhang och bidra till ett eftervårdsprogram med träning för ett framtida boende.

Denna dubbelhet leder till frågor om vad en placering i ett stödboende innebär till skillnad från ett annat eget boende med tillgång till individanpassat stöd. För unga som fyllt 18 år är frågan också vad det innebär att vara placerad. Socialnämnden tar inte över någon del av vårdsnaden för denna grupp. Till skillnad från placeringar i HVB och familjehem innebär inte stödboende en ständig kontakt med omsorgspersoner.

Hur stödboende fungerar i ”ett eftervårdssammanhang” eller ”ett eftervårdsprogram” är oklart. Socialstyrelsen har ställt frågor till kommuner om det i en förstudie om socialtjänstens behov av stöd i arbetet med att förbereda unga placerade i övergången till självständigt boende. Endast ett fåtal kommuner lyfte stödboende som en insats de använder i någon större utsträckning som en förlängning av den unges placering i familjehem eller HVB och för att förbereda för vuxenlivet. Av Socialstyrelsens registerdata framgår också att de unga som lämnar stödboende inte flyttar till eget boende i större utsträckning än de unga som lämnar HVB eller familjehem.⁹⁸

Obalans mellan stöd och kontroll

Stödboendets formella förutsättningar bygger på den struktur som finns för HVB. Det innebär en kombination av kommunalt ansvar för placeringarna, statlig kontroll av utförarna med tillstånds- eller anmälningsplikt samt regelbunden tillsyn och ett stort inslag av marknadsstyrning bland verksamheterna. I jämförelse med institutionsvården är den största skillnaden att staten inte har en egen myndighet som utför stödboendeinsatser. En annan skillnad är att kommunala stödboenden står för en större del av verksamheten än inom HVB-området. Privata utförare dominerar dock även när det gäller stödboende.

Det finns en viss obalans mellan stöd och kontroll i den statliga styrningen av stödboende. Frånvaron av kunskapsstöd kan delvis förklaras med att stödboende är avsett att ge barn och unga vägledning i praktiska frågor som inte kräver samma grad av evidens som behandlingsmetoder. Överhuvudtaget förväntas insatser och risker vara mindre i ett stödboende än i ett HVB. Det gäller för barn och unga som i hög grad väntas kunna klara sig själva, föreståndare och övrig personal som inte väntas möta omfattande och sammansatta vårdbehov och för kommunerna som inte väntas betala lika mycket för insatsen.

Som framgår ovan finns det ändå en del oklarheter och brister vid placeringar i stödboenden som pekar på behov av kunskapsstöd och kunskapsstyrning. Det gäller bedömningarna av barns och ungas självständighet inför placeringar i stödboende, lämplighetsbedömning vid inskrivning av barn och unga i stödboende och verksamheter som

⁹⁸ Socialstyrelsen (2022a). *Förstudie om socialtjänstens behov av stöd i arbetet med att förbereda unga placerade i övergången till självständigt boende*. Dnr 9896/2020-31 s. 28.

erbjuder ”förstärkta stödboenden”. IVO har också uppmärksammat tecken på brister i det systematiska kvalitetsarbetet vid stödboenden och HVB. Bland annat är antalet upprättade lex Sarah-anmälningar anmärkningsvärt litet. Endast 0,5 procent av stödboendena hade 2018 upprättat en lex Sarah-anmälan.⁹⁹

Ett annat område IVO uppmärksammat brister inom både stödboende och HVB är begränsningar av barns och ungas rörelsefrihet. Det kan handla om att barn och unga förbjudits att lämna boendets område utan att personal följer med dem eller att boenderum genomsökts utan samtycke. Det har även förekommit begränsningar eller förbud att ta emot besökare.¹⁰⁰ På den punkten finns ett kunskapsstöd och utbildningsmaterial från Socialstyrelsen som vänder sig till HVB-personal, men som delvis också är relevant för personal i stödboenden.

8.5 Vårdens syften och inriktning – överväganden och förslag

8.5.1 Nationellt utvecklings- och förbättringsarbete

Bedömning: Ett planerat och systematiskt nationellt utvecklings- och förbättringsarbete behövs för att HVB och stödboende ska vara tydliga och väl fungerande delar av vårdkedjan. Arbetet bör ha följande mål:

- Tydligare motiverade och bättre matchade placeringar i HVB för vårdbehov som bara kan tillgodoses där
- Ökad tillgång till bästa tillgängliga kunskap för vård i HVB och stödboenden
- Högre kompetens i de HVB och stödboende som tar emot barn och unga
- En mer ändamålsenlig differentiering av institutionsvården utifrån dess roll i vårdkedjan

Utredningens bedömningar och förslag om HVB och stödboende lägger grunden för det utvecklings- och förbättringsarbetet om de genomförs samlat under de närmast följande åren.

⁹⁹ Inspektionen för vård och omsorg IVO, 2020 s. 7.

¹⁰⁰ IVO 2022a s. 19.

Utredningens problembeskrivningar pekar på omfattande behov av utveckling och förbättringar inom institutionsvården och dess gränsland mot stödboende. Institutionsvården är i dag starkt fragmenterad och ett exempel på att insatser för ökad kvalitet kräver nationella åtgärder som bara staten har de rätta förutsättningarna för att initiera och samordna. Samtidigt kan utredningen konstatera att statens insatser hittills, med reglering, tillståndskrav och relativt omfattande tillsyn, inte har varit tillräckliga för en god vård för alla barn och unga som placeras i främst HVB.

Enligt utredningens uppfattning är det inte troligt att enbart ytterligare reglering och tillsyn skulle förbättra vården. Andra åtgärder behövs också. Som framgår av kapitel 4 har betoningen på kontroll av HVB och stödboenden bara i liten utsträckning kombinerats med kunskapsstyrning, uppföljning, analys och andra åtgärder på nationell nivå som kan göra vården god från början för varje barn och ung person som placeras i HVB eller stödboende. Det hindrar inte att kompletteringar och förtydliganden av de nuvarande reglerna behövs, men även de behöver ingå i ett samlat statligt arbete med olika medel för styrning och stöd.

Bedömningarna och förslagen utgår från ett vårdkedjeperspektiv och HVB:s och stödboendets roll där. Flera förslag i de andra kapitlen har också betydelse för god kvalitet i HVB och stödboende, bland annat förslagen om beslut om placering och uppföljning av vården i kapitel 5, förutsättningarna för familjehemsvården i kapitel 6, tillgång till hälso- och sjukvård och utbildning i kapitel 9 och 10 samt eftervård i kapitel 11. Mycket av det som brister eller är problematiskt i institutionsvården behöver lösas genom insatser som gäller samhällsvården i stort och tillgången till samhällsvård i andra och mindre ingripande former. Stödboendets roll blir tydligast om den ses i förhållande till andra frågor vid övergången till vuxenlivet.

Till förutsättningarna för utredningens bedömningar och förslag hör också den tydliga begränsning som anges i direktiven. Där framgår att utredningen inte ska lämna förslag som rör tillståndsprövningen hos IVO enligt 7 kap. SoL och 4 kap. SoF. Denna begränsning innebär att utredningen inte kan lämna konkreta förslag om bland annat kategorier av HVB och särskilda krav vid olika verksamhets- och målgruppsinriktningar som skulle förändra tillståndsprövningen. Utredningens uppdrag om differentiering av institutionsvården är också att analysera behovet av HVB med differentierat behandlings-

innehåll, inte att direkt föreslå åtgärder inom området. Det innebär att utredningens bedömningar och förslag på flera centrala punkter handlar om behov av fortsatta utredningar och analyser av vilka åtgärder som bör vidtas.

Det ska också framhållas att utredningen inte haft förutsättningar att systematiskt gå igenom den forskning och övriga kunskap som finns om institutionsvård och stödboende för barn och unga. Åtgärder för bland annat differentiering av HVB måste bygga på en stabil grund av vetenskap och beprövad erfarenhet. Det uppdrag som utredningen i avsnitt 4.4.4 föreslår att Socialstyrelsen ska få när det gäller samordning av statens stöd till samhällsvården för barn och unga ger andra förutsättningar för ett kunskapsbaserat arbete med institutionsvårdens former och kommer att behöva ta en viss tid att genomföra.

Vissa utredningsförslag av betydelse för HVB bereds nu också i Regeringskansliet, bland annat Samsjuklighetsutredningens förslag om behandlingsansvar, definitionen av HVB och ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård.

Utmaningar i institutionsvården

Utredningen vill lyfta fram tre utmaningar i institutionsvården för barn och unga som är särskilt viktiga att hantera.

- Samhället ska bara placera ett barn eller en ung person i HVB när vården där är nödvändig för att tillgodose barnets eller den unges rättigheter och behov.
- Det ska finnas tillgång till platser i HVB som är lämpliga och ger barn och unga vård som är nödvändig och har rätt förutsättningar för sitt uppdrag.
- HVB ska ge god vård med omtanke och under gynnsamma uppväxtförhållanden, vilket omfattar att agera i vårdnadshavarens ställe i olika delar av barns och ungas dagliga liv.

De båda första utmaningarna går tillbaka på barnkonventionens artikel 20 som anger att ett barn har rätt till särskilt skydd och stöd från statens sida om barnet tillfälligt eller varaktigt berövats sin familjemiljö eller om barnet för sitt eget bästa inte kan tillåtas stanna kvar i denna miljö. I jämförelse med familjehem och de andra placerings-

former som nämns i artikeln anges att ett barn bara ska placeras ”om nödvändigt” i en institution.¹⁰¹

Detta särskilda krav på institutionsvården har inte uppmärksammats särskilt i Sverige. Enligt utredningens uppfattning innebär barnkonventionens formulering ”om nödvändigt” att institutionsvården bara ska efterfrågas och erbjudas utifrån sitt innehåll, sina förväntade resultat och sina förutsättningar att ge vård som inte kan ges i annan form. Det förutsätter att institutionsvården har rätt förutsättningar när det gäller bland annat specialisering, dimensionering, ledning, kompetens och möjligheter att genomföra vården på ett tryggt och säkert sätt.

Det kan tilläggas att FN:s generalförsamling 2019 antog en resolution som anger att kvalitativ alternativ vård för barn utanför det egna hemmet genom insatser i familjer och lokalsamhälle ska ersätta institutionalisering av barn.¹⁰² Diskussioner och förslag om tydligare krav på de sociala myndigheterna att välja vård i familjemiljöer är också aktuella i andra länder. I Norge har en statlig utredning föreslagit att barnevernet alltid ska överväga om inte en placering i fosterhem kan ge barn och unga den hjälp och behandling som de behöver innan en placering i institutionsvård beslutas.¹⁰³ Den brittiska regeringen har markerat en liknande inriktning i ett förslag till en strategi för utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården i landet.¹⁰⁴

Den svenska institutionsvården för barn och unga har genomgått omfattande förändringar sedan socialtjänstlagen trädde i kraft 1982 och SiS inrättades 1994. Förändringarna har mindre berott på nya regler och krav än på nya förutsättningar i praktiken. Det visar att vårdens omfattning och innehåll kan påverkas i stor utsträckning, men det har ofta skett utan tydliga avsikter och ambitioner på nationell nivå. En intressant jämförelse erbjuder Norge, där institutionsvården har minskat under de senaste femton åren efter ett politiskt inriktningsbeslut. I slutet av 2021 stod institutionsplaceringarna för omkring en tiondel av alla placeringar i familjehem eller institution under ett år.

¹⁰¹ Det är konventionens engelska och franska originaltexter som gäller vid tolkningar av konventionen. I den engelska originaltexten står det ”if necessary”, i den franska originaltexten används ”en cas de nécessité”. Se bilagan till lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

¹⁰² United Nations 2019 35 f–g.

¹⁰³ Norges offentlige utredninger NOU 2023:7. *Trygg barndom, sikker fremtid. Gjennomgang av rettssikkerheten for barn og foreldre i barnevernet Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 19. mars 2021. Avgitt til Barne- og familiedepartementet 20. mars 2023 s. 314.*

¹⁰⁴ UK Parliament, Government proposals for children’s social care reform.

Även i Sverige har placeringarna i HVB minskat de senaste åren. Det kan uppfattas som ett positivt tecken, men det finns en osäkerhet om vilka andra alternativ som används och om dessa ger den vård som placerade barn och unga behöver. Kvantitativa mål för antalet eller andelen placeringar i institutionsvården kan inte heller anges eftersom barnets eller den unges behov ska vara avgörande. Men det norska exemplet visar på möjligheterna att begränsa institutionsvården samtidigt som andra placeringsformer och andra former för vård och stöd utvecklas, erbjuds och följs upp.

Den tredje utmaningen går tillbaka på utredningens förslag i avsnitt 5.5.2 om ändringar av 6 kap. 7 § och den beskrivning som utredningen gör i det avsnittet om innebörden av god vård och omtanke under gynnsamma uppväxtvillkor. I det avsnittet pekar utredningen på att HVB ofta förknippas med behandlingar eller andra avgränsade vårdinsatser, men HVB måste också kunna tillgodose andra sociala och känslomässiga behov samt erbjuda en livsmiljö som är stödjande och vårdande under hela den tid barnet eller den unge vistas där med goda relationer och aktiviteter. För det krävs ett kunskapsbaserat och professionellt arbete för att göra tiden i HVB meningsfull för barnet eller den unge och till en väl motiverad länk i vårdkedjan.

Utmaningar i stödboende

Som framgår av problembeskrivningen ovan är den främsta utmaningen i samband med stödboende att hantera gränsen mot HVB och i viss mån mot eftervård. Tydligare förutsättningar för HVB kan minska de problemen, men det behövs också rätt kompetens i stödboendena för att hantera gränsdragningen mot HVB i förhållande till incitament hos verksamheten och placerande kommuner att välja stödboende framför HVB.

Mål och tidsramar för arbetet

Utredningens bedömningar och förslag i detta kapitel lägger grunden för ett nödvändigt utvecklings- och förbättringsarbete inom främst HVB för barn och unga. Det arbetet behöver genomföras på ett planerat och systematiskt sätt under de närmaste åren och bli ett lyft för god kvalitet i HVB och stödboende för barn och unga. Bedöm-

ningarna och förslagen bildar tillsammans stommen i en nationell utvecklingsplan för institutionsvård och stödboende för barn och unga. De särskilda frågor om SiS som tas upp i det avslutande avsnittet bör ingå i det samlade arbetet, men regeringen har också ett direkt ansvar för SiS som en statlig myndighet.

Utvecklings- och förbättringsarbetet bör inriktas på följande mål:

- Tydligare motiverade och bättre matchade placeringar i HVB för vårdbehov som bara kan tillgodoses där
- Ökad tillgång till bästa tillgängliga kunskap för vård i HVB och stödboenden
- Högre kompetens i de HVB och stödboende som tar emot barn och unga
- En mer ändamålsenlig differentiering av institutionsvården utifrån dess roll i vårdkedjan.

Ytterst syftar målen till att HVB och stödboende ska vara tydliga och väl fungerande delar av vårdkedjor som ger barn och unga i samhällsvård goda relationer, meningsfull vård samt trygghet och sammanhang.

Ett utvecklings- och förbättringsarbete enligt dessa huvudlinjer stämmer också väl överens med rekommendationerna för en ”revitalisering” av institutionsvård i den internationella översikt som nämns ovan. I översikten framhålls att det inte har ett egenvärde att fastslå hur omfattande institutionsvården bör vara. Det gäller givetvis också för svensk del eftersom barnens och de ungas behov ska vara avgörande för de placeringsformer som används. Ett troligt resultat av utvecklings- och förbättringsarbetet är dock en mindre omfattande men mer kvalificerad institutionsvård. En sådan kombination verkar vara ovanlig internationellt, men finns numera i Norge efter en satsning på att minska institutionsplaceringarna och höja kompetenskraven (som också tidigare varit högre än i Sverige).

Utvecklingsarbetet bör få en ram på fem år med möjlighet till uppföljningar och möjlighet till fortsatta insatser. Delar av arbetet bör kunna göras inom ramen för den statliga samordningen av stödet till samhällets vård för barn och unga som utredningen förslår i kapitel 4, men det kan också behövas särskilda utredningar av vissa frågor. I ett första skede behöver förslag från denna utredning och andra aktuella

utredningar beslutas och genomförs. Därefter behöver arbetet med regeländringar och satsningar påbörjas samtidigt som frågor utanför utredningens direktiv kräver mer tid att behöva utredas vidare för nya beslut om regeländringar och satsningar.

8.5.2 Förutsättning för placering i HVB

Förslag: Barn och unga under 21 år ska endast få placeras i ett hem för vård eller boende om det kan antas att barnets eller den unges behov av vård bäst kan tillgodoses där.

Definitionen av hem för vård eller boende i 3 kap. 1 socialtjänstförordningen (2001:397) föreslås få ett tillägg så att barn som vårdas i HVB ska ges fostran.

En upplysningsbestämmelse föreslås tas in i anslutning till definitionen om att med HVB avses även särskilda ungdomshem.

HVB definieras i dag som 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. Definitionen anges i 3 kap. 1 § SoF.

Definitionen är grundläggande för socialnämndens val av HVB för vård av barn och unga utanför det egna hemmet och för kvaliteten i den vård som ges i HVB. Den inledande meningen, som gäller vården i HVB, har inte setts över sedan den först infördes i 1980 års socialtjänstlag (1980:620). Då utformades definitionen för att passa alla de institutioner för social vård av barn och vuxna som samlades under den nya benämningen hem för vård eller boende. Till skillnad från definitionerna i SoF av familjehem och stödboenden gör definitionen av HVB ingen skillnad mellan om verksamheterna tar emot barn eller vuxna.

Den del av definitionen som ställer krav på yrkesmässighet går tillbaka på ett förtydligande i SoL som gjordes 1997 om att ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ inte får bedriva yrkesmässig verksamhet i form av HVB utan tillstånd (Ändringen gjordes i 69 § 1980 års SoL (1980:620), kravet finns nu i 7 kap. 1 § SoL.). I författningskommentaren preciserades ”yrkesmässigt” till att avse att verksamheten bedrivs kontinuerligt och i

förvärvssyfte. Det framgår också att graden av yrkesmässighet nu skulle ersätta den tidigare gränsen mellan ett familjehem och ett HVB som främst dragits med utgångspunkt i antalet barn i familjehemmet (högst fyra platser).¹⁰⁵

Utredningen om tvångsvård för barn och unga föreslog 2014 att benämningen hem för vård eller boende skulle ersättas med hem för omvårdnad och behandling, förkortat HOB. Enligt den utredningen är begreppen vård och boende övergripande begrepp som inte bör användas i definitioner av olika placeringsformer.¹⁰⁶ Förslaget har inte genomförts.

Förutsättning för vård av barn och unga i HVB

Som framgår ovan anger barnkonventionens artikel 20 att institutionsvård för barn endast ska användas när det är nödvändigt. I enlighet med detta särskilda förbehåll för institutionsvården anser utredningen att barn och unga under 21 år endast ska få placeras i ett hem för vård eller boende om det kan antas att barnets eller den unges behov av vård bäst kan tillgodoses där. Det innebär att det utöver de bedömningar som ska göras inför beslut om var barnet eller den unge ska vistas också behöver finnas skäl för varför det kan antas vara bäst att barnets eller den unges behov kan tillgodoses i just HVB. Sådana skäl är, enligt utredningen, att vården är säker, motiverad utifrån vad den förväntas ge barnet eller den unge i förhållande till dennes behov och rättigheter och att den inte bättre kan ges i annan form. Utredningen anser att vård i HVB kan vara nödvändig när barnet eller den unge behöver vistas i en avskild miljö med ständig tillgång till professionellt stöd för att en akut situation ska stabiliseras, vård- och stödbehoven ska kunna utredas närmare eller exempelvis en viss behandling ska kunna påbörjas och ibland även slutföras.

Dessa skäl påminner om de syften med institutionsvården som beskrevs när HVB infördes som placeringsform i början av 1980-talet. Det handlade då om att bryta en akut, destruktiv situation, kartlägga behovet av stöd och behandling, planera och påbörja problemlösningsprocessen, bereda tillflykt vid nya kriser och i speciella fall tillgodose behov av behandling i skyddad miljö under lång tid.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Prop. 1996/97:124 s. 183 f.

¹⁰⁶ SOU 2014:3 s. 145 f. och 154 ff.

¹⁰⁷ SOU 1977:40 s. 238.

Behandlingsinslaget framhölls som särskilt viktigt, till exempel i formuleringar som att institutionen ska vara ”ett medel för att genomföra ett behandlingsprogram.”¹⁰⁸

I förhållande till dessa syften anser utredningen att problemlösning och behandling inte ska vara avgörande för om vård i HVB ska anses nödvändig. Fokus bör ligga på vad som behövs för barnets eller den unges funktionsförmåga inom olika livsområden och hur vården i HVB anses vara nödvändig för det. Institutionsvården har traditionellt haft en inriktning på social problemlösning och behandling, men det räcker inte för de sammansatta vård- och stödbehoven hos många barn och unga i HVB. Institutionsvården behöver i högre grad ett socialt omsorgsperspektiv med inriktning på stöd för att klara funktioner i det dagliga livet.¹⁰⁹ Det stödet behöver ofta vara långvarigt, men det kan inledas under en kortare placering i HVB där barnet eller den unge också kan få hjälp att hantera särskilda problem såsom missbruk, utagerande beteende och kriminalitet.

När socialtjänstlagen först infördes betonades det förebyggande perspektivet på socialtjänstens verksamhet. Det perspektivet är fortfarande aktuellt. Utredningen vill framhålla att det också gäller för vården i HVB för barn och unga. HVB ska ofta tillgodose omfattande vård- och stödbehov, men behöver arbete med en riktning framåt så att negativa följder av vård- och stödbehoven kan undvikas och barnet eller den unge vid behov kan få vård och stöd i andra, mer långsiktiga former. Det gäller också när behoven hänger samman med funktionsnedsättningar och inte försvinner genom en avgränsad behandling.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att en bestämmelse om att barn och unga under 21 år endast ska få placeras i ett hem för vård eller boende om det kan antas att barnets eller den unges behov av vård bäst kan tillgodoses där införs i en ny 6 kap. 5 c § SoL. En sådan bestämmelse tydliggör vikten av att en placering i HVB görs med tydliga krav på vårdens innehåll och kvalitet. Den föreslagna regeln är i linje med den övergripande princip om proportionalitet i genomförandet av vård utanför det egna hemmet som utredningen beskriver i avsnitt 5.5.2. Det innebär att vård i HVB inte ska uppfattas som en ”sista utväg”. Utredningen vill framhålla att institutionsvård för barn

¹⁰⁸ SOU 1977:40 s. 11.

¹⁰⁹ Se t.ex. Johansson, S. (2017). Social omsorg i socialt arbete – en introduktion. I *Social omsorg i socialt arbete: Grunder och fördjupningar*, red. Stina Johansson.

och unga tvärtom ska vara en planerad och väl motiverad insats i en längre vårdkedja för att under en begränsad tid öka förutsättningarna för att barnet eller den unge kan ta emot andra vård- och stödinsatser.

HVB som tar emot barn ska ge dem fostran

Definitionen omfattar HVB som tar emot personer i alla åldrar och skiljer inte på verksamheter för barn och vuxna till skillnad från definitionen av familjehem. Med familjehem avses enligt 3 kap. 2 § SoF hem som tar emot barn för stadigvarande vård och fostran och hem som tar emot vuxna för vård och omvårdnad. Skillnaden kan bero på att familjehem för barn har definierats utifrån 6 kap. 1 § föräldrabalken som anger att barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran medan HVB definierats utifrån en tradition av behandling för särskilda behov.

Även HVB behöver dock tillgodose barns behov av fostran under placeringstiden. Det som skiljer HVB från andra placeringsformer för barn är just det samlade arbetet dygnet runt med fostran och omvårdnad i förening med boende, utredningar av behov och möjliga åtgärder samt eventuella behandlingar. Att denna helhet inte framgår av definitionen av HVB ger en grundläggande skevhet åt arbetet med kvalitet i de hem som tar emot barn. Med fostran avser utredningen i första hand att barnet får lära sig att sätta gränser för sitt handlande och ta ansvar. I det ingår överföring av normer och värderingar samt stöd för barnets reflektion över normer, värderingar och handlings-sätt (se avsnitt 5.5.2).

En konkret betydelse av fostran i HVB har Socialstyrelsen lyft fram i sitt kunskapsstöd om omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete. Socialstyrelsen utgår från fostran som en del av omsorgsansvaret i HVB för barn och unga. Med stöd i kunskap om föräldraskap och barnuppfostran beskriver myndigheten olika omsorgsstrategier som personal i HVB kan använda. Enligt myndigheten visar forskning att utagerande beteende hos barn och unga minskar när föräldrar får hjälp att utveckla auktoritativa föräldrastategier som att visa positiv uppmärksamhet, hantera konflikter och sätta gränser. Även institutionspersonal behöver därför stöd för att hantera balansen mellan omsorg och gränssättning.¹¹⁰

¹¹⁰ Socialstyrelsen 2019b s. 11 och 25 ff.

Ansvar för frågor om normer och värderingar gäller också unga i åldern 18–20 år och som vårdas i HVB. Som framgår av avsnitt 5.5.2 har utredningen dock valt att inte använda begreppet fostran i det sammanhanget. I stället är ett sådant arbete en del av god vård i HVB för unga.

Förtydligande av att särskilda ungdomshem är HVB

Flera benämningar på de särskilda ungdomshemmen förekommer i dag i lagar och förordningar samtidigt som de omfattas av HVB-begreppet. Se 12, 12 a, 15, 15 a, 17 c, 18, 20 och 43 §§ LVU samt 3 kap. 14 och 16 a §§ SoF. Det skapar ibland oklarhet om de särskilda ungdomshemmen som en form av HVB. Utredningen föreslår att en upplysningsbestämmelse införs i anslutning till definitionen om att med HVB avses även särskilda ungdomshem enligt 12 § LVU.

Hem inom socialtjänsten som gemensamt eller eget boende

Av definitionen i 3 kap. 1 § SoF framgår att HVB är ett hem inom socialtjänsten. Vad som avses med ett hem inom socialtjänsten beskrivs inte i regler och förarbeten. Vid införandet av 1980 års SoL valdes ”hem inom socialtjänsten” som benämning för vård i särskilt anpassade lokaler med personal dygnet runt utanför den enskildes eget hem eller annat enskilt hem.¹¹¹ För att det ska vara fråga om vård eller boende vid institution förutsattes att ”flera klienter samtidigt kan erbjudas de aktuella tjänsterna”.¹¹² Något krav på detta infördes dock inte och det finns i dag flera HVB med tillstånd från IVO för endast en eller två vårdplatser.¹¹³ Inte heller när stödboende infördes som placeringsform diskuterades innebörden av ”hem inom socialtjänsten” av lagstiftaren. Stödboende definieras i 3 kap. 1 a § som en verksamhet inom socialtjänsten som tar emot enskilda i åldern 16–20 år i ett eget boende med individanpassat stöd.

¹¹¹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 326.

¹¹² SOU 1977:40 s. 238 f. och prop. 1979/80:1 Del A s. 326.

¹¹³ Enligt uppgifter från IVO fanns 15 sådana HVB för enbart barn och unga och 9 sådana HVB för barn, unga och vuxna i augusti 2023. Dessa HVB avser antagligen mer omfattande vård- och stödbehov än vad som är aktuella i något stödboende för barn och unga med en hög grad av självständighet.

Enligt utredningens uppfattning ligger skillnaden mellan HVB och stödboenden i barnets eller den unges tillgång till personal och stöd för olika behov, inte i om boendet är eget eller delas med andra. Denna uppfattning är förenlig med de nuvarande definitionerna av HVB och stödboende och utredningen föreslår därför inga förändringar på den punkten.

Samsjuklighetsutredningens förslag till ny definition av HVB

Samsjuklighetsutredningen föreslog i ett delbetänkande 2021 att definitionen av HVB inte längre ska omfatta behandlingar utan enbart ge stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv. Ändringen går tillbaka på Samsjuklighetsutredningens förslag att behandlingar vid riskbruk ska vara hälso- och sjukvårdens ansvar och inte ingå i socialtjänstens insatser. Förslaget avser både HVB för barn och vuxna, men inte särskilda ungdomshem.¹¹⁴ Samsjuklighetsutredningens förslag bereds nu inom Regeringskansliet. Flera remissinstanser har tillstyrkt förslaget om en ny HVB-definition, men bland annat IVO och Socialstyrelsen har avstyrkt förslaget med hänvisning till att behandlingsbegreppet omfattar mer än enbart behandlingar vid riskbruk och att konsekvenserna av förändringen för HVB som tar emot barn och unga inte har analyserats tillräckligt.¹¹⁵ Samsjuklighetsutredningen lämnade inga ytterligare förslag om definitionen av HVB i sitt slutbetänkande.¹¹⁶

Denna utredning instämmer i IVO:s och Socialstyrelsens synpunkter på behandlingsbegreppet och ser inte att ett ändrat ansvar för behandlingar för riskbruk måste innebära att andra behandlingar som utförs av socionomer och socialpedagoger blir ett hälso- och sjukvårdsansvar. Det ingår dock inte i utredningens direktiv att ta ställning till behandlingsbegreppet som sådant och ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller olika former av behandling.

Det är inte bara behandlingsbegreppet som utgår i Samsjuklighetsutredningens föreslagna definition. Även begreppet vård tas bort.

¹¹⁴ SOU 2021:93 s. 60 och 361 ff.

¹¹⁵ Regeringskansliet, *Remiss av Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*, SOU 2021:93:

<https://www.regeringen.se/remisser/2021/12/remiss-av-sou-202193/> (hämtad 2023-09-05).

¹¹⁶ SOU 2023:5 s. 177 ff.

I stället för ”vård eller behandling” införs formuleringen ”stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv”. Det innebär att HVB definieras som ett boende i förening med insatser som beskrivs med formuleringar som gäller alla insatser enligt SoL (utveckla den enskildes resurser, jfr 1 kap. 1 § SoL) eller allt bistånd enligt lagen (förmåga att leva ett självständigt liv, jfr 4 kap. 1 §). Det behöver inte innebära ökad oklarhet om HVB för personer som är 21 år och äldre, men formuleringen kommer nära ”eget boende med individanpassat stöd” som anges i definitionen av stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år. Som framgår ovan är ”eget boende” inte heller tydligt avskilt från ”hem inom socialtjänsten”.

Enligt utredningens uppfattning kommer en särskild definition av HVB för barn och unga att behövas om Samsjuklighetsutredningens förslag genomförs. Denna utredning har dock valt att föreslå justeringar av den nuvarande definitionen av HVB med tanke på de oklarheter som finns om definitionerna. Dessa justeringar kan enkelt föras över till en ny och separat definition av HVB för barn och unga under 21 år.

”Och” eller ”eller”

Det kan tilläggas att den nuvarande definitionen är språkligt otydlig på en punkt. HVB står för hem för vård eller boende medan definitionen avser ”vård eller behandling i förening med ett boende”, det vill säga vård eller behandling och boende. En ändring från ”hem för vård eller boende” till ”hem för vård och boende” har föreslagits av ett par tidigare utredningar, men inte genomförts.¹¹⁷ Utredningen anser att en sådan ändring är önskvärd och väl motiverad, men konstaterar att den skulle innebära ett stort antal konsekvensändringar i författningar där HVB skrivs ut. Utredningen har inte haft i uppdrag att genomföra en språklig översyn av författningstexter och avstår därför från att lämna författningsförslag om en ändring av definitionen i denna del.

¹¹⁷ SOU 1994:139 s. 58 och SOU 2005:81 s. 36 f. Se även prop. 2006/07:129 s. 64.

Förhållande till definitionen av stödboende

Definitionen av stödboende har införts senare än definitionen av HVB och avser en placeringsform som i första hand är avsedd för unga i åldern 18–20 år. Barn i åldern 16–17 år ska bara kunna placeras i stödboende om det finns särskilda skäl till det.

Enligt utredningens uppfattning väcker placeringar av barn i stödboende frågor om hur deras rättigheter till omvårdnad och fostran enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken ska tillgodoses. Tillgången till kontakter med personalen är mindre i ett stödboende än i ett HVB och ännu mindre jämförbar med kontakten med omsorgspersonerna i ett familjehem. Att de 16- och 17-åringar som placeras i stödboende själva önskar det och har stor självständighet kan inte innebära att de ska stå utan det som alla barn har rätt till från sina vårdnadshavare. Utredningen vill framhålla socialnämndens ansvar att tillgodose barnets rättigheter till omvårdnad och fostran även under en placering i ett stödboende genom ett samlat arbete med egna kontakter med barnet, uppdraget till boendet och andra insatser efter barnets individuella behov, inte minst vid umgänge med vårdnadshavare och andra anhöriga.

Vidare bedömer utredningen att dagens gräns mellan HVB och stödboende ska bibehållas. I de följande avsnitten återkommer utredningen till vad det innebär för lämplighetsbedömningen vid inskrivning och för kompetensen hos föreståndare och övrig personal i stödboende. Utredningen ser fördelar med att en placering i stödboende kombineras med öppna insatser som stödboendet har tillstånd att utföra, men sådana kombinationer får inte bli ett alternativ till HVB om det finns risker för barnets hälsa och utveckling genom exempelvis ett pågående missbruk som kräver en mer omfattande vårdinsats. I sådana fall är HVB en nödvändig insats som kan organiseras genom boende i mindre enheter liknande stödboenden, men med en annan tillgång till personal.

8.6 Statens styrning och stöd – överväganden och förslag

Förslag: Inom ramen för statens arbete med styrning och stöd till samhällsvården för barn och unga ska kunskapsstöd tas fram för lämplighetsbedömning vid inskrivning av barn och unga i HVB och stödboende. Stödet ska utformas för socialnämnder, HVB och stödboenden. En regel införs i 3 kap. 12 § SoF om att socialnämnden, med beaktande av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), ska lämna uppgifter om behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt som är relevanta för att vid inskrivningsbeslutet kontrollera att hemmet eller boendet är lämpligt när nämnden ansöker om inskrivning av någon som är under 21 år i HVB eller stödboende.

Andra kunskapsstöd tas fram om systematiskt kvalitetsarbete och grundläggande förutsättningar för god kvalitet i HVB och stödboende. i HVB och stödboende. Dessa kunskapsstöd ska omfatta standardiserade beskrivningar av innehåll och vårdförlopp i HVB för barn och unga och ett kontinuerligt stöd för systematiskt arbete med avvikelser och missförhållanden i HVB för barn och unga.

Regeringen bör utreda hur staten kan ta ett större ansvar för tillgången till platser i lämpliga HVB och stödboenden för barn och unga.

8.6.1 Områden för ökat statligt ansvar

I kapitel 4 föreslår utredningen att staten på nationell nivå ska ta ett större ansvar för kvaliteten i samhällets vård för barn och unga. Fyra områden föreslås för fler statliga aktiviteter inom området:

- kunskap om metoder, arbetssätt och andra förutsättningar för god kvalitet i vården
- rekrytering, utredning och utbildning av familjehem
- kompetens och kompetensförsörjning inom området
- uppföljning och analys av behov, tillgång till lämpliga verksamheter, insatser och resultat av vården samt tillgängliggörande av uppgifterna.

Av dessa områden gäller det andra enbart familjehemsvården medan de tre övriga avser hela samhällets vård för barn och unga.

Vidare föreslår utredningen i kapitel 4 att Socialstyrelsen i sin myndighetsinstruktion ska få i uppdrag att svara för den nationella samordningen av dessa aktiviteter.

Dessa förslag innebär en betydande förstärkning av arbetet med frågor om HVB och stödboende på nationell nivå och utgör ramen för en stor del av det fortsatta arbete som utredningen föreslår i de följande avsnitten. Det arbetet gäller delvis områden som staten hittills arbetat relativt litet med. Nya former behöver skapas för att involvera aktörer som företrädare för privata utförare, personal och utbildningsanordnare för att bli verksamhetsnära.

Med tanke på att statens engagemang inom HVB och stödboende till stor del handlar om kontroll genom tillstånd och tillsyn är det viktigt att IVO redan ingår i rådet för styrning med kunskap. Det ger goda möjligheter att ta tillvara erfarenheter från tillståndsprövningen och resultat av tillsynen i arbetet med kvalitet och kvalitetsutveckling i HVB.

Kunskap om metoder, arbetsätt och andra förutsättningar för god kvalitet i vården

Behovet av stöd och utvecklingsarbete är stort och flera områden är aktuella utifrån problembeskrivningen tidigare i detta kapitel. Socialstyrelsen har tagit fram ett fåtal kunskapsstöd och annat material direkt om och för HVB och inget särskilt material för stödboende.¹¹⁸ Enligt utredningens bedömning finns det skäl att prioritera stöd inom dessa områden som särskilt lyfts fram i utredningens direktiv. Dels handlar det om stöd för systematiskt kvalitetsarbete och grundläggande förutsättningar för god kvalitet, dels om stöd för lämplighetsbedömning vid inskrivning i HVB eller stödboende. Stöd till systematiskt kvalitetsarbete och för lämplighetsbedömning vid inskrivning

¹¹⁸ Kunskapsstödet Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete gavs ut 2019 tillsammans med en webbutbildning för HVB-personal. På Kunskapsguiden finns en flik med bland annat ett webbstöd för yrkesintroduktion för personal på HVB för barn och unga. Socialstyrelsen tog 2018 också fram kompetensmål för arbete i HVB för barn och unga. Se Kunskapsguiden, *Hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/hem-for-vard-eller-boende-hvb/> (hämtad 2023-09-5).

hör också till de kunskapsstöd som Socialstyrelsen ser behov av att ta fram för HVB.¹¹⁹

Utredningens utgångspunkt är att stöd och andra insatser inom dessa områden ingår i det arbete som Socialstyrelsen ska samordna och i viktiga delar själv utföra. I vissa fall kan särskilda uppdrag till Socialstyrelsen eller andra myndigheter också bli aktuella, särskilt när det gäller fördjupade utredningar och analyser som behöver genomföras och rapporteras till regeringen för åtgärder på nationell nivå.

De prioriterade områdena beskrivs närmare nedan i detta avsnitt.

Uppföljning och analys

Kvalitet och kvalitetsutveckling hänger nära samman med uppföljning. En viktig del av arbetet med att stödja institutionsvården och bidra till kvalitetsutvecklingen på området är att följa eller ”monitörera” HVB-området genom uppgifter om utbud, efterfrågan och kvalitet. Utgångspunkter kan vara bland annat den kartläggning av metoder som Socialstyrelsen gjorde i HVB-vården 2012 och ett förslag till indikatorer för öppna jämförelser av HVB som Socialstyrelsen lämnade till regeringen 2021.¹²⁰ Men det behövs också bättre överblick av behov, utbud och efterfrågan på institutionsvård och stödboende som stöd för planering hos huvudmän och verksamheter. Det gäller särskilt tillgången på platser i lämpliga HVB med inriktning på vissa behov eller målgrupper där efterfrågan kan vara svår att förutse och kompetensen svår att upprätthålla. Bättre kunskap om HVB är också ett av de områden som Socialstyrelsen ser behov av att arbeta med enligt den förstudie som myndigheten gjort av kartläggning och kunskapsstöd för HVB.¹²¹

Arbetet med uppföljning och analys av behov, utbud och efterfrågan inom institutionsvården är en del av den nationella uppföljningsstruktur som utredningen föreslår i kapitel 4. Vissa uppgifter bör göras tillgängliga årligen medan uppgifter om bland annat behov, utbud och efterfrågan kan inhämtas och göras tillgängliga med längre tidsintervall, till exempel vart fjärde år.

¹¹⁹ Socialstyrelsen (2023e). *Förstudie kartläggning/kunskapsstöd HVB för barn och unga – internt underlag*. Dnr 26582/2022-9.

¹²⁰ Resultaten av undersökningen av metoder redovisas i Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2013b). *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS*. Se även Socialstyrelsen 2021d.

¹²¹ Socialstyrelsen 2023e.

Som framgår av förslaget i kapitel 4 är det viktigt att de uppgifter som samlas in används i ett aktivt analys- och förbättringsarbete på nationell och lokal nivå. Att till exempel enbart publicera öppna jämförelser räcker inte för ett bredare genomslag bland kommuner, företag och andra berörda.

Kompetens och kompetensförsörjning

Kompetens är en nyckelfråga för god kvalitet i HVB och stödboende. I avsnitt 8.7 lämnar utredningen förslag om kompetensen hos föreståndare och den övriga personalen som kommer att kräva nationellt arbete med stöd för kompetensutveckling, validering med mera de närmaste åren.

För att rätt kompetens ska vara tillgänglig över tid och när den efterfrågas behövs också en väl fungerade kompetensförsörjning. Stöd för kompetensförsörjning omfattar beskrivningar och analyser av kompetensbehov, aktiviteter som gäller utbildning och rekrytering samt insatser för att utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens. Hur medarbetarnas tid och kompetens används har också betydelse för kompetensförsörjningen.

Inom socialtjänsten saknas till stor del nationella strukturer och samverkansformer för kompetens och kompetensförsörjning. Organiserade kontakter mellan myndigheter, huvudmän, verksamheter och utbildningsanordnare saknas också. Eftersom kompetens handlar om användning av kunskap ”spiller” kompetens- och kompetensförsörjningsfrågorna ofta över på statens styrning med kunskap. Socialstyrelsen får vissa uppdrag om utbildningar som inte annars ges och statsbidrag för kompetensutveckling inom socialtjänsten.¹²²

Ett konkret samarbete pågår dock mellan staten, SKR och Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) inom socialtjänsten om ett koncept för introduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare. Konceptet kallas Yrkesresan och ska stärka kompetens och yrkesstolthet för medarbetare och chefer inom socialtjänsten genom att erbjuda bästa tillgängliga kunskap på ett samlat

¹²² Socialstyrelsen (2021i). *Socialstyrelsens roll för stöd till kompetensförsörjning inom socialtjänsten. Strategisk analys* s. 9 ff.

och pedagogiskt sätt. Flera yrkesresor är under arbete de närmaste åren.¹²³

Att skapa former för dialog mellan huvudmän, utförare, utbildningsanordnare och personalföreträdare är en första del av arbetet med stöd för kompetens och kompetensförsörjning i samhällets vård för barn och unga. Eftersom HVB och stödboende är verksamheter som ska bedrivas professionellt kommer kompetens och kompetensförsörjning i dessa placeringsformer att behöva stort utrymme i arbetet. För SiS och andra utförare handlar kompetens och kompetensförsörjning om grunderna för den egna verksamheten, men de får i huvudsak själva hantera dessa frågor genom omvärldsbevakning, planering samt insatser för rekrytering och kompetensutveckling.

Konkreta aktiviteter för kompetens och kompetensförsörjning i HVB och stödboende bör vara att undersöka möjligheterna att definiera yrkesroller och arbetsuppgifter inom området och att undersöka möjligheterna att genomföra ett arbete liknande Yrkesresan för personal i privata HVB och stödboenden. Det kan också finnas skäl att på nytt analysera förutsättningarna för en särskild grundutbildning för arbete i HVB för barn och unga. Se nedan i avsnitt 8.7.2.

8.6.2 Utredning av ökat statligt ansvar för tillgången till lämplig institutionsvård

Även med de aktiviteter som beskrivs ovan återstår det grundläggande problemet med väl fungerande former för planering av institutionsvården och verksamheter med stödboende. Varje kommun ansvarar enligt 6 kap. 2 § SoL för att det finns tillgång till familjehem, hem för vård eller boende och stödboenden. Behovet av särskilda ungdomshem och LVM-hem ska dock tillgodoses av staten enligt 6 kap. 3 § SoL.

Kommunernas möjligheter att överblicka behovet av HVB och stödboende är dock begränsat med tanke på att många kommuner är små och bara har ett fåtal placeringar av barn och unga per år. Även i större kommuner finns det svårigheter med tanke på att tillgången avgörs av vilka inriktningar på behov och målgrupper som utförarna väljer att ha. Kommuner kan själva driva HVB och stödboenden, på

¹²³ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Yrkesresan – satsning på kompetensutveckling*: <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/verksamhetsutvecklingochledarskap/yrkesresan.32120.html> (hämtad 2023-08-22).

egen hand eller tillsammans med andra kommuner, och då välja de inriktningar som det lokalt finns behov av. Men det förekommer inte ofta och kräver investeringar och det kan vara svårt att nå samsyn om bland kommunerna i en region.

Alla de områden som nämns ovan för ett ökat statligt ansvar för kvalitet i HVB och stödboende för barn och unga går ytterst tillbaka till frågan om ansvaret för att planera och tillhandahålla platser i lämpliga verksamheter. Om inte det ansvaret fungerar finns det risker för andra åtgärder inte kommer att leda till de önskade förbättringarna.

Inom ett område har problemen tidigare varit så stora att staten tagit över det ansvaret. Det gäller de särskilda ungdomshemmen där bristen på platser i början av 1990-talet drev fram ett nytt statligt huvudmannaskap genom inrättandet av SiS. I dag finns liknande problem med köer till särskilda ungdomshem, men kommuner berättar också om svårigheter att få tillgång till platser i andra HVB, bland annat till följd av tyngre vårduppgifter än många HVB är inriktade på och på att privata och kommunala HVB inte får använda särskilda begränsningsåtgärder.

I Norge har staten det samlade ansvaret för att tillhandahålla lämplig institutionsvård genom Bufetat som driver egna institutioner och upphandlar institutioner som drivs av andra. Ansvaret är förenat med en statlig biståndsplikt även om kommunerna svarar för beslutet om vård och ansökan om plats i en institution. Genom att samlat svara för alla placeringar av barn har Bufetat möjlighet att göra vissa bedömningar av behoven hos alla berörda barn och unga och välja institution efter bland annat risknivåer och kunskap om hur boendegrupper kan sättas samman. Bufetat har också ett samlat ansvar för att kunskap om god vård tas fram och implementeras i alla institutioner.

Utredningen är oroad av de svårigheter som finns i dag för kommunerna att få tillgång till platser främst i lämpliga HVB. När socialtjänstlagen först infördes fanns det planer och vissa regler om planering för att tillgodose behov av institutionsvård på regional och nationell nivå. De formerna fungerade inte och har inte heller ersatts av nya lösningar eller krav på sådan planering. Inrättandet av SiS ledde bara till krav på den myndigheten att planera sin verksamhet, men efterfrågan på vård i särskilda ungdomshem är en del av den samlade efterfrågan på och tillgången till lämplig institutionsvård.

För barn och unga kan dessa övergripande problem ha en mycket konkret och negativ inverkan på deras liv. De kan placeras i HVB som

inte är lämpliga för dem med sammanbrott, omplaceringar och förvärrade vårdbehov till följd. De kan också bli kvar i HVB som inte är lämpliga för dem just då på grund av svårigheter att få en plats i ett särskilt ungdomshem. Men de kan också bli kvar i ett särskilt ungdomshem, med läsbara miljöer och särskilda befogenheter, trots att deras vårdbehov inte kräver det.

Enligt utredningens bedömning talar mycket för att dagens system, eller brist på system, för tillgången till plats för barn och unga i lämpliga HVB och stödboende behöver förändras. En analys av hur detta kan eller bör göras kräver utredningar av flera frågor som rör ansvaret hos kommunerna och staten, inte minst om det lokala självstyret och finansieringen av vården om staten tar ett större ansvar för tillgången till platser. Den nuvarande kösituationen vid SiS talar inte för att staten har bättre förutsättningar än någon annan aktör för att tillhandahålla vårdplatser vid behov, men visar enligt utredningens uppfattning svårigheterna att bara ta på sig ett sådant ansvar inom en del av institutionsvården utan samband med övriga delar.

Utredningen föreslår att regeringen låter utreda hur staten kan ta ett större ansvar för tillgången till platser i lämpliga HVB och stödboenden för barn och unga och vad det i så fall innebär för det kommunala självstyret. Erfarenheterna av statens ansvar i Norge bör inhämtas och beaktas, men utgångspunkten bör vara att kommunerna ska vara fortsatt ansvariga för plikten att bevilja bistånd för placeringarna.

8.6.3 Stöd för lämplighetsbedömning vid inskrivning i HVB

Enligt direktiven ska utredningen klargöra vad som krävs för att säkerställa att det görs en ändamålsenlig bedömning av lämpligheten vid inskrivning i ett HVB eller stödboende, inklusive vid inskrivning på SiS särskilda ungdomshem. En god lämplighetsbedömning av barnets eller den unges vårdbehov med den vård som ett visst HVB kan ge är nödvändig för att andra insatser för ökad kvalitet inom institutionsvården ska få verklig betydelse. En otillräcklig lämplighetsbedömning medför stora risker för att vården blir bristfällig och till och med skadlig, likaså ökar riskerna för sammanbrott och omplaceringar.

Lämplighetsbedömningen är en del av processen för att ge vård åt ett enskilt barn eller en enskild ung person i ett visst HVB på uppdrag av socialnämnden. Denna process brukar kallas matchning. En

god matchning förutsätter vissa typer av information, kunskap och kontakter. Det gäller särskilt:

- Information om barnets eller den unges behov, önskemål och förutsättningar: den informationen är beroende av socialtjänstens utredning och samverkan med andra parter om bland annat hälsoundersökningar.
- Information om inriktning, kompetens, resurser m.m. hos HVB: IVO:s nya tjänst för att göra omsorgsregistrets uppgifter tillgängliga för kommunerna underlättar betydligt på denna punkt, men mycket information om verksamheternas kvalitet kvarstår ändå att inhämta och bedöma för kommunerna.
- Metoder för riskbedömning och tillgång till placeringsalternativ som minskar riskerna: det finns rutiner och metoder för riskbedömning hos olika HVB, bland annat i de särskilda ungdomshemmen, men det saknas stöd och samsyn om dem på nationell nivå.
- Kunskap om sammansättning av grupper i institutionsvård för barn och unga: vilken kunskap om detta som används vid matchningar är oklart, något nationellt stöd baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet finns inte på nationell nivå i Sverige.
- Former för kontakter mellan berörda parter inklusive delaktighet för barnet, den unge och dennes vårdnadshavare: det finns inget stöd på nationell för att organisera dessa kontakter ändamålsenligt och strukturera de frågor som behöver ställas i olika lägen och det underlag som då behöver inhämtas.

De erfarenheter av bristfällig eller slumpmässig som barn och unga berättat om går tillbaka på brister i matchningen och måste undvikas med träffsäkrare matchning. På några av dessa punkter kommer utredningens andra förslag att förbättra förutsättningarna för den information som behövs vid matchningen. Särskilda insatser behövs dock på de tre sista punkterna.

Socialnämndens skyldighet att ge relevant information vid inskrivning i HVB och stödboende tydliggörs

Regleringen av vad som gäller för inskrivning av ett barn eller ung person i HVB och stödboenden är relativt omfattande, men delad på bestämmelser i förordning och föreskrifter och främst inriktad på ansvaret i de verksamheter som svarar för inskrivningen. I 3 kap. 10–13 §§ SoF anges övergripande vad som gäller för föreståndare för HVB och flera bestämmelser om inskrivning i ett särskilt ungdomshem. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om HVB respektive stödboende finns särskilda kapitel med bestämmelser om inskrivning av barn och unga (3 kap. HSLF-FS 2016:55 respektive 4 kap. HSLF-FS 2016:56).

Socialnämndens ansvar att lämna information inför inskrivningen anges i 3 kap. 12 § SoF. Där framgår att socialnämnden ska foga sin utredning i ärendet till ansökan om nämnden ansöker om inskrivning i ett särskilt ungdomshem, annat HVB eller stödboende. Utredningen kan konstatera att det finns problem med denna bestämmelse. Den innebär att nämnden ska skicka hela utredningen till en utförare som oftast är privat vilket medför att en sekretessprövning behöver göras. Det är inte troligt att föreståndaren för den verksamhet som ansökan gäller har nytta av hela utredningen för den lämplighetsbedömning som ska göras. Inom socialtjänsten får personuppgifter behandlas enbart om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras, se 6 § lagen (2001:454) om personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten. Utifrån ett integritetsskyddsperspektiv är det därmed av största vikt att det är uppgifter som är nödvändiga för inskrivning som skickas till den som ska göra bedömningen. Företrädare för verksamheter som driver HVB och stödboenden har för utredningen beskrivit att kommuner har ont om tid för placeringarna och inte ger en tillräckligt god beskrivning av exempelvis sammansatta och omfattande vårdbehov hos barnet eller den unge.

Utredningens uppdrag och förslag avser endast barn och unga. Utredningen föreslår därför att 3 kap. 12 SoF ändras så att den nuvarande bestämmelsen endast gäller när socialnämnden ansöker om plats i ett HVB för en person som är över 21 år. Om nämnden ansöker om inskrivning av någon som är under 21 år enligt 11 § i ett annat HVB eller stödboende ska nämnden med beaktande av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), lämna upp-

gifter om behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt som är relevanta för att vid inskrivningsbeslutet kontrollera att hemmet eller boendet är lämpligt.

Ändringen syftar till att föreståndare ska få ett ändamålsenligt urval av relevant information för att kunna genomföra lämplighetsbedömningen. Förändringen är i linje med utredningens uppfattning att en väl fungerande lämplighetsbedömning vid inskrivning i ett HVB eller stödboende är ett ömsesidigt åtagande för uppdragsgivaren (socialnämnden) och uppdragstagaren (HVB eller stödboende) med en tydlig struktur för vilken information som ska överlämnas för bedömningen och hur den sedan ska hanteras.

Utredningen vill också erinra om vad som anges i 5 kap. 22 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS om uppdrag till utförare. Där framgår dokumentationen att nämndens uppdrag bland annat ska innehålla uppgifter om vilken bedömning som nämnden har gjort av den enskildes behov. Det understryker att den information som lämnas till utföraren i det första skedet ska vara ändamålsenlig för lämplighetsbedömningen vid inskrivning av barn och ung i HVB och stödboende.

Om socialnämnden saknar viktig information om exempelvis barnets eller den unges hälsa och väntar sig att utföraren ska utreda dessa frågor närmare är det givetvis viktigt att det också framgår av det underlag som nämnden bifogar vid en ansökan om plats i ett HVB eller stödboende.

Kunskapsstöd för lämplighetsbedömning och matchning

Lämplighetsbedömning är ett tydligt exempel på den bristande balansen mellan stöd och kontroll i statens insatser för god kvalitet i HVB och stödboende. Medan regleringen av främst föreståndarens ansvar är relativt omfattande och tillsynen pekar på återkommande brister i matchningen, har praktiskt taget inget kunskapsstöd eller annat stödmaterial tagits fram för kommunernas socialtjänst och HVB. Utan sådant stöd är riskerna stora för de brister som nu förekommer. Lämplighetsbedömningen handlar inte bara om regeltillämpning. En god lämplighetsbedömning förenar juridiska och etiska aspekter med kunskap byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet och den enskildes

önskemål i en professionell bedömning – det vill säga en evidensbase-rad praktik.

I Socialstyrelsens uppgift att stödja institutionsvården bör det vara en prioriterad fråga att ta fram kunskapsstöd för lämplighetsbedömningen vid inskrivning av barn och unga i HVB. Stödet behöver bestå av tre delar som görs tillgängliga på ett enkelt och målgruppsanpassat sätt för kommunernas socialtjänst samt föreståndare och andra berörda i HVB.

- Stöd för matchningsprocessen: Kärnan i stödet bör vara ett verktyg eller annat stödmaterial för kontakterna mellan kommunernas socialtjänst och HVB utifrån de samlade krav som gäller för lämplighetsbedömningen och andra delar av matchningsprocessen. Det kan handla om ett standardiserat förlopp för matchning som strukturerar de olika moment som nämns ovan och konkretiserar frågor och bedömning av tillgänglig information inför matchningen. Former för registerkontroll med mera som hör till matchningsprocessen behöver också beskrivas.
- Kunskapsstöd om sammansättning av grupper: För att föreståndaren ska kunna väga in bästa tillgängliga kunskap om sammansättning av grupper vid lämplighetsbedömningen behövs ett kunskapsstöd inom det området. Trots att vårdmiljön i HVB ofta är mer eller mindre kollektiv finns det inget nationellt stöd för hur gruppen i ett visst HVB ska sättas samman och fungera som en positiv faktor för varje barn och ung person som ingår i den. Inte heller finns det samlad kunskap om hur grupper av barn och unga i HVB bör sättas samman och vilka risker som behöver beaktas.
- Riskbedömningar: Föreståndaren behöver också kunna göra relevanta riskbedömningar vid lämplighetsbedömningen. Olika sätt att arbeta med riskbedömningar förekommer i dag, men det saknas enhetliga modeller, metoder och arbetssätt samt en översikt av bästa tillgängliga kunskap inom området.

De delar som avser kunskap om sammansättning av grupper och riskbedömningar förutsätter översikter och bedömningar av kunskapsläget som SBU har bäst förutsättningar att göra. Stödet bör också tas fram i samverkan med IVO, SKR, SiS och företrädare för privata HVB.

Stödet behöver vidare anpassas efter de olika bedömningar som är aktuella i särskilda ungdomshem, andra HVB och stödboende samt

ha en särskild del som riktas till socialnämnden om dess ansvar för att utföraren får relevant information och andra förutsättningar som behövs vid lämplighetsbedömningen.

Räcker det med mer stöd för matchningen?

Utredningen är medveten om att både socialnämnden och utföraren kan ha intressen som påverkar lämplighetsbedömningen vid inskrivning av barn och unga i HVB. Företrädare för kommunernas socialtjänst och företrädare för HVB hänvisar inte sällan till att den andra parten inte fullt ut ger den information som behövs för matchningen. Att olika intressen och incitament är inblandade i matchningsprocessen innebär inte att behovet av stöd blir mindre. Tvärtom understryker det vikten av stödmaterial som lyfter fram de professionella bedömningar som behövs för en god matchning från kommunernas socialtjänst och föreståndare i HVB. Stödet behöver också utformas med insikt om de förhållanden som påverkar även de mest kritiska punkterna i institutionsvården för barn och unga. Möjligheterna att normera användningen av stödet genom föreskrifter, allmänna råd eller kunskapsstöd med rekommendationer bör särskilt undersökas.

8.6.4 Stöd för systematiskt kvalitetsarbete och grundläggande förutsättningar för god kvalitet

På ett övergripande plan ska utredningen lämna förslag på hur kvaliteten i vården av barn och unga som placeras utanför det egna hemmet kan säkerställas.

Som framgår av direktiven är det systematiska kvalitetsarbetet i kommunerna och HVB en förutsättning för det och för de andra uppgifter som anges i direktiven. Det systematiska kvalitetsarbetet i HVB är reglerat på flera sätt. Kraven i SoL på god kvalitet och kvalitetsarbete omfattar även HVB, likaså Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. För samhällsvården gäller också flera särskilda krav, bland annat på god vård. Vården i HVB ska också vara meningsfull för barnet eller den unga, enligt 3 kap. 3 § SoF.

Återkommande brister och oklarheter i kvalitetsarbetet har rapporterats. IVO har uppmärksammat att bara ett fåtal lex Sarah-an-

mälningar som kommer från andra HVB än de särskilda ungdomshemmen. Särskilt under de senaste åren har IVO också kritiserat flera HVB för återkommande missförhållanden med bland annat övergrep och kränkningar av barnets eller den unges integritet. Barn och unga har för utredningen och i intervju- och enkätstudier berättat om erfarenheter av att vården i HVB kan vara både otillräcklig och skadlig. Det gäller också vården i de särskilda ungdomshemmen, som varit i fokus för undersökningar av BO, projekten Ung inlåst och Ung dialog och arbete hos Barnrättsbyrån.

En viktig del av Socialstyrelsens arbete med uppgiften att stödja institutionsvården och bidra till kvalitetsutvecklingen på området bör därför vara att ge HVB och stödboenden stöd för ett systematiskt kvalitetsarbete. Likvärdigheten och säkerheten i vården vid HVB och stödboenden behöver särskilt stärkas genom det stödet. Barn och unga som utredningen mött beskriver att det kan krävas flera placeringar innan de kommer till ett HVB där vården är trygg, säker och meningsfull – om de överhuvudtaget kommer till ett sådant HVB. Barns och ungas delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet i HVB och stödboenden behöver också belysas med konkreta exempel i kunskapsstödet.

Standardiserade beskrivningar av innehåll och vårdförlopp i HVB för barn och unga

Det systematiska kvalitetsarbetet avser det som är, bör eller ska vara lika för god vård i HVB för barn och unga. Dessa gemensamma nämnare är i dag på flera sätt oklara och möjliga att tolka på olika sätt, vilket begränsar möjligheterna till både likvärdighet i vården och systematiskt kvalitetsarbete.

Institutionsvården behöver en gemensam grund med beskrivningar av förväntade vårdförlopp vid exempelvis akuta placeringar samt placeringar för utredning respektive behandling. Att ta fram sådana beskrivningar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet bör ingå i Socialstyrelsens nya uppgift att stödja institutionsvården i samverkan med andra berörda aktörer. Grundläggande termer och begrepp – såsom utredning och behandling i HVB – behöver konkretiseras i beskrivningarna.

Så långt möjligt bör beskrivningarna förenas med rekommendationer om metoder och arbetssätt till kommunernas socialtjänst, huvudmän och föreståndare vid HVB samt professionella som är verk-

samma i HVB. Utifrån den kartläggning av metoder och arbetssätt som gjordes i HVB i början av 2010-talet konstaterade IVO att det behövs ett kunskapsstöd för HVB när det gäller arbetssätt och metoder.¹²⁴ Men beskrivningarna måste också utgå från den helhet som vården i HVB ska ge barnet eller den unge dygnet runt alla dagar i veckan. Arbetet med meningsfulla aktiviteter, kontakter med personer som är viktiga för barnet eller den unge och samverkan med skola och hälso- och sjukvård behöver också beskrivas som delar av vårdförloppen.

Liknande beskrivningar, så kallade standardiserade vårdförlopp, har tagits fram av Bufetat för den norska institutionsvården. I Sverige pågår arbeten med så kallade sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp inom hälso- och sjukvården, men då ligger fokus på vårdkedjor vid vissa sjukdomar. Inom socialtjänsten har sådana beskrivningar inte gjorts på nationell nivå.

En viktig aspekt på vårdförloppen är förväntade tidsramar för insatserna beroende på syfte och innehåll. Institutionsvården aktualiseras i dag ofta med kort varsel och avslutas inte sällan efter en kortare tid eller hastigt. Det är angeläget att verksamheter, professionella och kommuner har en samsyn om vad som är förväntade förlopp och tidsramar för placeringar i HVB, även om de alltid kan behöva påverkas av individuella förhållanden såsom att grunden för ett LVU-beslut upphör eller att samtycket till en SoL-placering tas tillbaka. Rimliga och gemensamma förväntningar på vården och den tid den kräver är en förutsättning för att HVB ska kunna ta ansvar för den vård som erbjuds och genomförs.

Ansvarsfördelningen vid vården och former för samverkan behöver också beskrivas och konkretiseras i vårdförloppen som delar av de förväntade processer som vården i HVB är beroende av.

Standardiseringsinstitutet SIS har tagit fram en standard för HVB och ett arbete med certifiering av verksamheter pågår. Nya beskrivningar av vårdförlopp kan användas för revideringar och kompletteringar av standarden. På sikt är den en fördel om vårdförlopp och liknande underlag tas fram av professionella och företrädare för barn och unga inom ramen för exempelvis standardisering. I ett första skede behövs dock ett samlat arbete på nationell nivå för att markera vikten av likvärdighet och en systematisk bedömning av vetenskap och beprövad erfarenhet.

¹²⁴ Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2013b s. 5.

Ett kontinuerligt stöd för systematiskt arbete med avvikelser och missförhållanden i HVB för barn och unga

Avvikelse och missförhållanden i vården vid HVB är centrala frågor i det systematiska kvalitetsarbetet. Av utredningens direktiv framgår att det finns brister eller tecken på brister inom dessa områden. IVO har bland annat uppmärksammat att relativt få lex Sarah-anmälningar kommer från HVB för barn och unga (med undantag för de särskilda ungdomshemmen). Risker för avvikelser och missförhållanden är frågor som ständigt behöver uppmärksammas och gå som röda trådar i det fortsatta kvalitetsarbetet inom HVB-området. Stöd för detta behöver utvecklas av Socialstyrelsen i samverkan med IVO och tillgängligt över tid.

En förstudie inom Socialstyrelsen pekade 2021 på att det behövs mer stöd för verksamheter och professionella inom HVB-området om lex Sarah och rapportering av avvikelser och klagomål. Stödet behövs för att öka förståelsen av syftet med dagens regler, sammanhanget mellan dem och vad de konkret betyder i det dagliga arbetet vid HVB. Stödet behöver vara utformat så att det kan användas enskilt och i grupp av personalen i HVB.

Slutsatserna är i linje med vad ett par forskare funnit i en rapport om avvikelserrapporter i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Det organisatoriska lärandet förutsätter att avvikelser sätts i ett sammanhang av goda exempel. Genom att förstå hur det blir rätt, är det också möjligt att analysera vilka faktorer som bidrar till att en avvikelse inträffar.¹²⁵

IVO har konstaterat att de två boendeformer som upprättat störst andel lex Sarah-anmälningar – bostad med särskild service enligt LSS och SiS särskilda ungdomshem – också är de boendeformer där myndigheten har funnit minst antal brister i tillsynen. Det kan enligt IVO tyda på att verksamheter som använder lex Sarah-bestämmelserna i det löpande systematiska kvalitetsarbetet har en större benägenhet och möjlighet att själva upptäcka och rätta till missförhållanden eller risker för missförhållanden i sina verksamheter.¹²⁶

Missförhållanden och avvikelser i vården vid HVB handlar om risker för barnet eller den unga att utsättas för lidande och skada som hade kunnat undvikas med rätt åtgärder. Att synliggöra dessa risker

¹²⁵ Björne, P. & Ingrid Runesson, I. (2021). *Att lära av det som fungerar. En studie av rapporter om avvikelser från förväntad kvalitet*. FoU-rapport 2021:1 Malmö stad.

¹²⁶ Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2020 s. 55.

ur barnets eller den unges perspektiv är angeläget för att ge arbetet med lex Sarah, avvikelserapporter och klagomålshantering den tyngd och den skärpa som arbetet kräver. Det motsäger inte behovet av positiva exempel; tvärtom visar det på vikten av de insatser som beskrivs ovan. Men det behövs en grundläggande insikt om vad systematiskt kvalitetsarbete i HVB ytterst handlar om. Barns och ungas delaktighet i kvalitetsarbetet är därför också viktigt att konkretisera, till exempel genom exempel på frågor till dem vid uppföljningar av vården och möjligheter för dem att enkelt påtala risker och brister i vården.

I hälso- och sjukvården har arbetet med att identifiera och förebygga risker för vårdskador fått stort genomslag, I 1 kap. 5 § patient-säkerhetslagen (2010:659) definieras vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Regler och termer är andra i socialtjänsten, men även i HVB behöver systematiskt kvalitetsarbete bygga på insikter om de risker för lidande och skador som missförhållanden och avvikelser handlar om.

8.7 Ledning och kompetens i HVB och stödboende – överväganden och förslag

Enligt direktiven ska utredningen analysera vilka åtgärder som behövs för att säkerställa att personalen som arbetar på HVB har rätt kompetens i förhållande till målgruppen.

Kompetens handlar om en persons förmåga att utföra ett specifikt arbete. I det ingår de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som behövs för att utföra arbetet. Denna definition utgår från pedagogisk forskning och är grunden för läkares och tandläkares specialiseringsjämsgöring enligt 4 kap. 1–2 §§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Definitionen ligger till grund för de kompetensmål som Socialstyrelsen tagit fram för bland annat personal i HVB för barn och unga.¹²⁷

¹²⁷ Ellström P-E. & Kock H. (2008). Competence development in the workplace: Concepts strategies and effects. Seoul: *Asia Pacific Education Review* 2008:9(1): 5–20.; Socialstyrelsen (2018b). *Kompetens för arbete på HVB för barn och unga* s. 10 ff. och 28 ff.

Relevant utbildning är en viktig förutsättning för kompetens hos personalen, men utbildning är inte en garanti för rätt kompetens i dagligt arbete och inte den enda vägen till kompetens i form av kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Andra vägar kan vara yrkesintroduktion och kompetensutveckling genom bland annat fortsatt utbildning och reflektion över professionella erfarenheter.¹²⁸

För den samlade kompetensen har föreståndaren en viktig roll. Föreståndaren ska ha egen kompetens för uppgiften att leda arbetet för god kvalitet. I det ingår att rekrytera, behålla och utveckla rätt kompetens i verksamheten och att använda den kompetensen för olika arbetsuppgifter. Utredningen behandlar kompetensfrågorna tillsammans med frågor om professionalitet i ledningen av HVB. I direktiven nämns enbart kompetens för arbete i HVB, men utredningen anser att ledning och kompetens i stödboenden också behöver uppmärksammas.

Barn och unga med erfarenheter av vård i HVB som utredningen mött och som tidigare intervjuats av Barnombudsmannen och Attention har beskrivit hur viktigt det är att personalen är lämplig för sina uppgifter och kan förena relationer med ett professionellt stöd. I den internationella översikt av institutionsvård för barn och unga som nämns ovan uppmärksammas personalens kompetens som grundläggande för vården och för samhällets förväntningar på god kvalitet och goda resultat. Låga eller obefintliga kompetenskrav hänger, enligt översiktens redaktörer, samman med en negativ spiral av allt lägre förväntningar på vården.¹²⁹

Utredningen är medveten om de kompetenskrav som föreslås i detta avsnitt kommer att kräva en genomförandeperiod med tid för vidareutbildning och validering av befintlig kompetens.

¹²⁸ Socialstyrelsen 2018b s. 10.

¹²⁹ Whittaker m.fl. 2022 s. 434 och 436.

8.7.1 Föreståndarens ansvar och kompetens

Förslag: En ny bestämmelse införs i 3 kap. 5 b § socialtjänstförordningen (2001:937) som anger att föreståndaren vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska leda det dagliga arbetet, utveckla och följa upp verksamheten. Ett tillägg görs i 3 kap. 5 § socialtjänstförordningen där det framgår att det vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år får finnas flera personer som förestår verksamheten.

Genom en ny bestämmelse i 3 kap. 3 e § socialtjänstlagen (2001:453) framgår det att föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska ha avlagt relevant examen på minst grundnivå i högskolan. Föreståndare ska också ha sådan kunskap om målgruppens behov, och personlig lämplighet som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. Av en ny bestämmelse i 3 kap. 5 c SoF framgår att examen på minst grundnivå i högskolan som innefattar socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap räknas som relevant examen för en föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år.

Av en ny bestämmelse i 3 kap. 5 b § socialtjänstförordningen framgår att föreståndare vid varje hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska utse en eller flera personer som ska samordna det dagliga arbetet med att medverka till att barn och unga får det stöd i kontakter med hälso- och sjukvård och skola som de behöver.

En ny bestämmelse införs i 3 kap. 11 § socialtjänstförordningen som innebär att om huvudmannen vid stödboende eller hem för vård eller boende som tar emot barn eller unga upp till 21 år bestämmer att en annan person än föreståndaren beslutar om inskrivning ska denne ha samma kompetens som krävs för en ordinarie föreståndare.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen uppdrag att ta fram en utbildning för föreståndare i HVB och stödboende som tar emot barn och unga under 21 år.

Föreståndaren ska leda det dagliga arbetet, utveckla och följa upp verksamheten

Vid varje HVB och stödboende ska det enligt 3 kap. 5 § SoF finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten. Föreståndaren har ansvar för flera uppgifter som rör verksamhetens kvalitet, bland annat lämplighetsbedömning vid inskrivning, och omfattas av särskilda krav på rätt kompetens. Samtidigt har föreståndaren ofta också ansvar för andra uppgifter såsom arbetsledning, arbetsmiljö och budget.

En studie från Stockholms universitet väcker frågor om vad incitament och intressen som inte direkt gäller barnet eller den unge innebär för HVB. Flera av de intervjuade föreståndarna uppger att överväganden som ligger i linje med en professionell logik väger tyngre än de som ligger i linje med en marknadslogik i bland annat situationer där det vore ekonomiskt motiverat att skriva in en ungdom vid institutionen, men där läget i hemmet talar emot. Även i ideella organisationer finns det tecken på att föreståndare sätter den professionella logiken över de ideal eller trosuppfattningar som ligger till grund för ideella organisationer.¹³⁰

De avvägningar som föreståndarna står inför understryker vikten av att deras professionalitet behöver synliggöra, stärka och utvecklas. Svaren i studien kommer från föreståndarna själva och det är oklart hur avvägningar mellan barns och ungas bästa och verksamhetens intresse görs i praktiken. Inte minst aktualiseras sådana avvägningar vid inskrivning av ett barn eller en ung person och den lämplighetsbedömning som då ska göras (se ovan).

För det fortsatta arbetet med kvalitet och kompetens i HVB och stödboenden för barn och unga är föreståndarens förutsättningar att arbeta professionellt och göra professionella bedömningar centrala. Utredningen föreslår att det införs en ny bestämmelse i 3 kap. 3 e SoL om att föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska ha avlagt relevant examen på minst grundnivå i högskolan. Föreståndare ska också ha sådan kunskap om målgruppens behov, och personlig lämplighet som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. Därmed finns det en lagfäst grund för andra krav som ska ställas på föreståndaren.

¹³⁰ Lundström, T. & Shanks, E. (2021). Att arbeta åt staten, kapitalet eller civilsamhället Om föreståndare vid HVB för barn och unga. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2021:3 s. 313–332.

Vidare föreslår utredningen en ny bestämmelse i 3 kap. 5 b § SoF på att föreståndaren för ett HVB eller stödboende ska leda det dagliga arbetet, utveckla och följa upp verksamheten. Det grundläggande ansvaret för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ligger på den som bedriver verksamheten. Se 3 kap. 1–3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. För HVB och stödboenden ligger ansvaret på den huvudman som har tillstånd för verksamheten eller som har anmält den till IVO. Det föreslagna nya kravet i SoF tydliggör att föreståndaren, oavsett andra arbetsuppgifter, ska svara för god kvalitet i verksamhetens dagliga arbete genom att leda arbetet samt utveckla och följa upp verksamheten. Det innebär att föreståndaren får en funktion som motsvarar den som verksamhetschefen har i en hälso- och sjukvårdsverksamhet i förhållande till vårdgivarens övergripande kvalitetsansvar (se 4 kap. 2 § HSL).

Ett mindre antal HVB och stödboenden är relativt stora verksamheter med fler avdelningar. Utredningen anser att det ska vara möjligt med flera föreståndare vid sådana verksamheter om det behövs för att uppgiften att leda det dagliga arbetet. Det förutsätter givetvis att huvudmannen för verksamheten har organiserat den så att det inte råder någon tvekan om varje föreståndares ansvar och uppgifter, till exempel för lämplighetsbedömningen vid inskrivning som är en uppgift för respektive föreståndare. Genom ett tillägg i 3 kap. 5 § SoF föreslås det framgå att det får finnas flera personer som förestår verksamheten vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år.

Enligt utredningens uppfattning är det viktigt att klargöra föreståndarens ansvar i verksamheter med HVB och stödboenden. Det är också viktigt att det finns befattningshavare i verksamheterna som kan vara en part i det nationella arbete som utredningen föreslår i avsnitt 8.6 med att ta fram och implementera kunskapsstöd för HVB och stödboenden.

Nya krav på föreståndarens utbildning

Enligt 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende ska föreståndaren för ett HVB ha den sammantagna kompetens som behövs för att kunna leda, utveckla och följa upp verksamheten. Vidare ska föreståndaren ha en högskoleutbildning vars innehåll är relevant för den verksamhet som bedrivs vid hemmet, erfarenhet av liknande verksamhet och personlig lämplighet. Enligt allmänna råd till 5 kap. 1 § HSLF-FS 2016:55 bör högskoleutbildningen omfatta minst 180 högskolepoäng och kan ha en inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. Föreståndaren bör också ha

- kunskap om den målgrupp som hemmet är avsett för och målgruppens vårdbehov,
- kunskap om de arbetssätt och metoder som är relevanta för målgruppen,
- kunskap om regelverket inom socialtjänstens område som gäller den målgrupp som verksamheten är avsedd för, och
- kunskap om och förmåga att tillämpa det regelverk som rör verksamheten i form av hem för vård eller boende.

För föreståndare i stödboende gäller delvis andra krav och rekommendationer enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Enligt 8 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende ska en föreståndare vid ett stödboende ha den sammantagna kompetens som behövs för att kunna leda, utveckla och följa upp verksamheten. Föreståndaren ska ha minst eftergymnasial utbildning vars innehåll är relevant för den verksamhet som bedrivs vid stödboendet, erfarenhet av liknande verksamhet och personlig lämplighet. Av allmänna råd till denna bestämmelse framgår att den eftergymnasiala utbildningen bör omfatta minst två år och kan ha en inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap.

Vidare bör föreståndaren ha

- kunskap om den målgrupp som stödboendet är avsett för och målgruppens behov,
- kunskap om de arbetssätt som är relevanta för målgruppen,

- kunskap om regelverket inom socialtjänstens område som gäller barn och unga, och
- kunskap om och förmåga att tillämpa det regelverk som rör verksamhet i form av stödboende.

Som ett ytterligare ett led i att stärka den professionella ledningen av HVB och stödboenden för barn och unga anser utredningen att det behövs högre krav på föreståndarens kompetens. Socialstyrelsens allmänna råd om främst HVB-föreståndarens kompetens är relevanta, men endast rekommendationer som verksamheterna inte är skyldiga att följa.

Enligt utredningens uppfattning är de olika kraven och rekommendationerna om kompetens hos föreståndare i HVB respektive stödboenden problematisk. Skillnaderna kan förstås utifrån att stödboenden inte ska erbjuda behandling eller ta emot barn och unga med omfattande vårdbehov. Det förutsätter dock att föreståndaren för ett stödboende i praktiken kan göra delvis samma lämplighetsbedömning som föreståndare för HVB för att avgöra om det finns ett vård- eller behandlingsbehov som ligger utanför stödboendets uppdrag. Även under barnets eller den unges vistelse i stödboendet behöver föreståndaren snabbt kunna upptäcka och bedöma om det uppkommit nya behov som kräver en placering med annat vårdinnehåll.

Utredningen föreslår att det införs en ny bestämmelse i 3 kap. 3 e § SoL om att föreståndare vid HVB och stödboende som tar emot barn och unga under 21 år ska ha avlagt relevant examen på minst grundnivå i högskolan. Av denna bestämmelse ska det också framgå att föreståndaren ska ha sådan utbildning, kunskap om målgruppens behov och personlig lämplighet som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. Av en ny bestämmelse i 3 kap. 5 c SoF framgår att examen på minst grundnivå i högskolan som innefattar socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap räknas som relevant examen för en föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år.

I dag får en huvudman för stödboende och annat hem för vård eller boende än sådana som drivs av SiS bestämma att någon annan än föreståndaren får besluta om inskrivning (se 3 kap. 11 § SoF). Huvudmannen ska då meddela IVO vad som gäller. IVO har ansett att det behövs ett kompetenskrav för den person som ansvarar för

inskrivning i stället för föreståndaren och framfört förslag om det.¹³¹ De förslag som rör tydligare krav på utbildning och uppgifter som rör föreståndare för verksamheter i samhällsvård av barn och unga behöver säkerställas så att de viktiga besluten om inskrivning görs av någon med rätt kompetens. Utredningen föreslår därför också att det ska anges i 3 kap. 11 § SoF att om huvudmannen för stödboende eller hem för vård eller boende som tar emot barn eller unga upp till 21 år bestämmer att en annan person än föreståndaren beslutar om inskrivning ska denne ha samma kompetens som krävs för en ordinarie föreståndare.

En särskild föreståndarutbildning

Även med relevant högskoleutbildning och andra kvalifikationer behöver föreståndare för HVB och stödboende som tar emot barn och unga få en särskild introduktion till arbetet och ingå i professionella erfarenhetsutbyten med andra föreståndare. Kommuner, företag och organisationer som driver HVB och stödboende för barn och unga har olika lösningar för introduktionsutbildning för föreståndare.

För ökad likvärdighet inom institutionsvården för barn och unga föreslår utredningen att en nationell föreståndarutbildning tas fram och görs obligatorisk för nya föreståndare. Som framgår ovan lägger utredningen särskild vikt vid föreståndarens ansvar för det dagliga kvalitetsarbetet och nationella utbildningen bör från det ansvaret även om också andra frågor kan tas upp i anslutning till det, exempelvis ledarskap. Med en gemensam utbildning skapas också bättre förutsättningar för nätverk och andra former för professionella erfarenhetsutbyten mellan föreståndare vid HVB för barn och unga.

Genom föreståndarutbildningen etableras också kontakter mellan Socialstyrelsen och andra nationella aktörer och föreståndare inom institutionsvården.

Utbildningens omfattning, innehåll och finansiering behöver utredas närmare inom ramen för Socialstyrelsens uppgift att stödja institutionsvården och kvalitetsutvecklingen inom området. Omfattning, frekvens, kostnader och former för att göra utbildningen obligatorisk behöver utredas vidare. Förutsättningarna för en modell mot-

¹³¹ Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2021a). *Analys av regelverket för tillståndsprövning – Slutrapport av regeringsuppdrag* s. 65 f.

svarande den som tillämpas för rektorsutbildningen, men ett centralt ansvar för Skolverket och anordnande av utbildningen av lärosäten, bör särskilt undersökas. I uppdraget bör ingå att utreda formerna för nuvarande föreståndare att genomgå utbildningen under en övergångsperiod.

Föreståndaren ska utse personal som samordnar dagliga kontakter om utbildning och hälsa

Socialnämnden har ansvar för barnets eller den unges utbildning och tillgång till hälso- och sjukvård under vistelsen i ett HVB, men de dagliga kontakterna med skolan och hälso- och sjukvården behöver på samma sätt som i ett familjehem skötas av omsorgspersoner närmast barnet eller den unge. Det kan handla om bland annat resor fram och tillbaka till skola, vårdcentral eller sjukhus, tidsbokningar och stöd i skolarbetet av det slag som en vårdnadshavare annars står för.

Vissa HVB är också vårdgivare med viss egen hälso- och sjukvårdskompetens, andra är också friskolor och har tillgång till pedagogisk kompetens. Av ett HVB förväntas dock inte sådana särskilda förutsättningar att kunna hjälpa till med utbildning och hälso- och sjukvård. Ytterst ligger det på föreståndaren att organisera verksamheten så att barnet eller den unge kan få stöd i dagliga kontakter om utbildning och hälso- och sjukvårdsbehov. Detta är dock inte en uttalad uppgift i dagens regelverk på samma sätt som fostran inte är en uttalad uppgift för HVB som tar emot barn.

Enligt utredningens uppfattning behöver de delar av HVB:s arbete med sådant som vårdnadshavare eller föräldrar annars svarar för tydliggöras. En viktig del av detta är fostran och stöd för värderingar och normer (se avsnitt 5.5.2). En annan viktig del är stöd i dagliga kontakter om hälso- och sjukvård och utbildning. Utredningen föreslår att en ny bestämmelse införs i 3 kap. 5 b § SoF om att föreståndare vid varje hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska utse en eller flera personer som ska samordna det dagliga arbetet med att medverka till att barn och unga får det stöd i kontakter med hälso- och sjukvård och skola som de behöver.

Vid HVB med högst fem vårdplatser är det enligt utredningens bedömning inte orimligt att föreståndaren utser sig själv för den ena av dessa uppgifter eller för båda uppgifterna.

8.7.2 Den övriga personalens kompetens

Förslag: I 3 kap. 5 d § socialtjänstförordningen införs nya bestämmelser som anger att personal i HVB och stödboende utöver förestandaren ska ha personlig lämplighet för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Av samma paragraf ska också framgå att personal som ger vård, fostran eller behandling vid HVB och stödboende för barn och unga under 21 år ska ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning, i första hand med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap, om det inte finns särskilda skäl för annat.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett nationellt stöd för att bedöma personlig lämplighet hos personal i HVB och stödboende som tar emot barn och unga under 21 år. I anslutning till detta arbete bör regeringen ge SiS i uppdrag att komplettera stödet med ytterligare delar som kan behövas för att bedöma och stödja personlig lämplighet för arbete i de särskilda ungdomshemmens läsbara miljöer och med de särskilda befogenheter som SiS har tillgång till.

Regeringen bör ge Myndigheten för yrkeshögskolan i uppdrag att se över behovet av en tillfällig utökning av antalet platser i lämpliga utbildningar för personal som ger vård, fostran och behandling åt barn och unga i HVB till följd av de föreslagna högre utbildningskraven.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram exempel på hur kompetensmålen för arbete i HVB för barn och unga kan användas av utbildningsanordnare och huvudmän för kompletterande utbildningar i förhållande till de nya bestämmelserna om personalens kompetens. I uppdraget bör ingå att bedöma vilka av kompetensmålen som är relevanta för personal i stödboende.

Nya utbildningskrav vid anställning av övrig personal

De nuvarande reglerna om kompetens för annan personal än förestandare i HVB och stödboende omfattar inga krav på särskilda examen eller utbildningsnivåer vid anställning.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska personalen ha den utbildning, den erfarenhet och den personliga lämplighet som behövs för

att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Personalens sammantagna kompetens vad gäller utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar för att möta de behov av vård som målgruppen har och säkerställa en trygg och säker vård i HVB respektive en trygg och säker insats i stödboende. Personal i HVB som ger behandling enligt en viss metod ska även ha en relevant utbildning för den. (5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:55 och 8 kap. 2 § HSLF-FS 2016:56).

Till dessa föreskrifter finns allmänna råd, där det framgår att personalen bör ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning. Flertalet bör ha en utbildning med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. De allmänna råden är rekommendationer och inte krav som måste följas. (Allmänna råd till 5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:55 och 8 kap. 2 § HSLF-FS 2016:56).

Kraven ligger på gruppnivå och betonar vikten av personalens sammantagna kompetens. Det är en viktig aspekt på kompetens i HVB och stödboende, som behöver möta olika individuella behov. Även om vissa eftergymnasiala utbildningar är inriktade mot behandlingsverksamhet finns det inte heller något större utbud av utbildningar för arbete i just HVB för barn och unga eller för arbete i stödboende.

Enligt utredningens uppfattning står betoningen av personalens samlade kompetens inte i strid med tydligare krav på de enskilda medarbetarnas kompetens. En mer likvärdig utbildningsbakgrund kan tvärtom öka förutsättningarna för att personalen kan arbeta samlat och komplettera varandra i ett sammanhang byggt på en gemensam förståelse av vissa teoretiska, etiska och juridiska grunder för verksamheten. Socialstyrelsen har kodifierat en sådan gemensam grund för arbete i HVB för barn och unga i kompetensmål som kan användas vid bland annat anställning och yrkesintroduktion.¹³²

Utredningen anser också att det finns skäl att ställa högre krav på utbildningen hos personalen i verksamheter som tar emot barn och unga för placeringar utanför en familj än på HVB som tar emot vuxna som är 21 år och äldre. I både HVB och stödboende vistas barn och unga under förhållanden som samhället ansvarar för och som skiljer sig från vad deras jämnåriga i regel har i eller nära en familj. I både HVB och stödboende kan barn och unga vårdas med stöd av LVU,

¹³² Socialstyrelsen 2018b. Se även Kunskapsguiden, *Vilken kompetens behöver personalen ha?* <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/hem-for-vard-eller-boende-hvb/kompetensmal-for-hvb-personal/> (hämtad 2023-05-17).

vilket ytterligare ökar kraven på kvalitet och kompetens i verksamheterna.

Personalen i ett stödboende har mindre omfattande uppgifter än personalen i HVB, men utredningen bedömer att det inte finns skäl att skilja på kompetenskraven varken för föreståndare eller övrig personal i HVB och stödboenden. Båda personalgrupperna omfattas i dag av samma föreskrifter och allmänna råd om kompetens från Socialstyrelsen. Personalen i ett stödboende är centrala som omsorgspersoner för barnen och de unga så länge de vistas i boendet och måste snabbt kunna bedöma om barnens och de ungas behov och situation ändras så att det behövs en placering med ett annat vårdinnehåll och en annan tillgång till personal.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att nya bestämmelser ska införas i 3 kap. 5 d § SoF om att personal i HVB och stödboende utöver föreståndaren ska ha personlig lämplighet för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Av samma paragraf ska också framgå att personal som ger vård, fostran eller behandling vid HVB och stödboende för barn och unga under 21 år ska ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning, i första hand med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap, om det inte finns särskilda skäl för annat. Kravet gäller personal som ger vård, fostran eller behandling vid HVB och stödboende och inte personal som arbetar med andra uppgifter i verksamheten, till exempel praktiska uppgifter. Särskilda skäl för att personal ska kunna undantas från kravet på kompetens innebär att det behöver finnas en grund för det. Det kan handla om att någon med personlig lämplighet tillfälligtvis arbetar i verksamheten, till exempel som vikarie eller för att bidra med språklig kompetens som behövs för att bemöta barn och unga som annars inte kan kommunicera tillräckligt väl med personalen. Erfarenheter från senare tid visar att HVB snabbt behöver kunna anpassas efter nya behovsbilder och andra ändrade förutsättningar för vården. En viss marginal för detta behöver finnas under kortare tidsperioder i förhållande till utbildningskraven.

Eftersom det handlar om preciserade krav på eftergymnasial utbildning bedömer utredningen att det är lämpligast att fastslå kraven i förordning. Regeringen har också bemyndigande i 16 kap. 10 § första stycket 1 SoL för att meddela föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personlig säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser barn och unga. I förarbetena till bestämmelsen an-

fördes att det är svårt att föreställa sig varför regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer endast skulle kunna meddela föreskrifter om kvalitet och kompetens hos personal inom ett äldreboende och inte när det gäller till exempel HVB som tar emot barn.¹³³ Socialstyrelsen kan också komplettera bestämmelserna utifrån bemyndigandena i 8 kap. 1 och 5 §§ SoF.

Personal som inte ger vård, fostran eller behandling vid HVB och stödboende för barn och unga under 21 år omfattas dels av det föreslagna kravet på personlig lämplighet, dels av bestämmelserna i 3 kap. 3 § SoL om att det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Personalens kompetens i dag

Det finns ingen nationell överblick av kompetensen hos personalen i stödboenden och HVB för barn och unga.

Ett par studier som genomförts pekar på att närmare hälften av personalen i HVB och stödboende saknar relevant utbildning. En undersökning som IVO publicerade 2013 visade att ungefär hälften av personalen i HVB som tar emot barn och unga saknade utbildning med inriktning mot vård och behandling och att drygt en tredjedel saknar utbildning utöver gymnasiet.¹³⁴ Forskare vid Stockholms universitet har studerat utbildningsnivån 2008–2020 hos personal i heldygnsvård med boende för barn och ungdomar med sociala problem utifrån SCB:s arbetsmarknadsstatistik. Resultaten visar små förändringar under den studerade perioden. År 2020 hade 43 procent av personalen högskoleutbildning, 46 procent gymnasieutbildning och 11 procent grundskoleutbildning. Uppgifterna i analysen avser i viss mån även personal utanför HVB och stödboende.¹³⁵

En bild av successivt ökande utbildningsnivåer ger ramavtalsupphandlingar inom området. Vid sådana upphandlingar ställs krav som kan variera på hur stor andel av personalen som ska ha en utbildning motsvarande Socialstyrelsens allmänna råd. Adda, som ägs av SKR, har genomfört ramavtalsupphandlingar av HVB för barn och unga 2017

¹³³ Se prop. 2008/09:160 s. 91.

¹³⁴ Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2013a s. 5 och 11.

¹³⁵ Pålsson, D., Andersson, P., Shanks, E. & Stefan Wiklund (2023) A professional field? Educational attainments, gender and age among staff in Swedish residential care, *Residential Treatment for Children & Youth*, DOI: 10.1080/0886571X.2023.2241361.

och 2022. Vid upphandlingen 2017 ställdes krav på att minst 40 procent av verksamhetens schemalagda tid gällande anställd personal för vård och behandling skulle utföras av personal som hade genomgått minst 2-årig relevant eftergymnasial utbildning på heltid med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap eller högskoleutbildning på minst 180 högskolepoäng med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. Under 2020 höjdes kravet från minst 40 procent till minst 50 procent, och vid upphandlingen 2022 höjdes det ytterligare till minst 60 procent med tillägget att nivån ska vara minst 75 procent senast två år efter ramavtalets ingående.

Under 2022 upphandlade Adda även stödboenden. I det ställs krav på att minst 70 procent av den schemalagda arbetstiden för kontaktpersoner ska utföras av personer som har genomfört en utbildning motsvarande minst högskoleutbildning motsvarande minst 180 högskolepoäng och med relevant inriktning mot psykosocialt arbete, socialt arbete, socialpedagogik, beteendevetenskap eller relevant eftergymnasial utbildning, motsvarande 1,5 eller 2 års heltidsstudier med inriktning mot psykosocialt arbete, socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. Övrig schemalagd arbetstid ska utföras av personer som genomfört en utbildning motsvarande någon av ovan utbildningsnivåer.

Upphandlingar av detta slag är ett viktigt redskap för att efter hand öka utbildningsnivån i HVB och stödboende. Alla kommuner deltar dock inte i samma upphandlingar, vilket leder till att kompetensen inte bara kan variera mellan olika verksamheter utan att olika kommuner också kan ställa olika krav på kompetensen. För barn och unga som placeras i HVB och stödboende innebär det bristande likvärdighet.

Akademisk kompetens

I jämförelse med andra nordiska länder saknas krav på akademiskt utbildad personal i HVB för barn och unga i Sverige. I Finland ska en barnskyddsanstalt ha ett tillräckligt stort antal yrkesutbildade personer inom socialvården och tillräcklig annan personal för den vård och fostran som barn och unga personer behöver. Kravet på yrkesutbildad personal är kopplat till kraven legitimerade socialarbetare

och socionomer.¹³⁶ I Norge ska ”faglig personell” som anställs i institutioner för barn ha minst relevant kandidatexamen (bachelorutbildning), med möjlighet till undantag i vissa fall. Med ”faglig personal” avser personal som har till uppgift att ge försvarbar omsorg och behandling till de barn som bor i institutionen. Vilka utbildningar som ska anses relevanta är det upp till Bufdirektoratet att bedöma.¹³⁷ Även i Danmark är andelen akademiskt utbildad personal hög, bland annat genom pedagoger och socialpedagoger i de internatliknande skolor som är en del av dansk institutionsvård.¹³⁸

Hur stor andel av personalen här i landet som har akademisk utbildning är oklart. Det finns HVB som huvudsakligen bemannas med socionomer, psykologer och beteendevetare, men samtidigt finns det HVB utan akademiskt utbildad personal utöver föreståndaren.

Vikten av akademiskt utbildad personal i HVB framgår av slutrapporten från IVO:s förstärkta tillsyn 2021–2022 av särskilda ungdomshem där unga flickor vårdas. Av rapporten framgår att antalet psykologer och behandlingssekreterare, det vill säga socionomer, har betydelse för att minska antalet avskiljningar i de särskilda ungdomshemmen. Enligt IVO kan en möjlig delförklaring till att antalet psykologer och behandlingssekreterare påverkar antalet avskiljningar kan vara att avdelningar med en högre andel sådan personal arbetar mer aktivt med rutiner, arbetsmetoder, värdegrund och liknande. Det ger indirekt en effekt på hur den övriga personalen bemöter de placerade barnen och unga. Vidare har psykologerna på ungdomshemmen ofta en viktig roll som handledare exempelvis kring funktionsnedsättningar och dess effekter.¹³⁹

Samtidigt pekar erfarenheter från svenska HVB och från vården i andra länder på att det kan vara svårt att rekrytera och behålla akademiskt utbildad personal för de arbetsuppgifter som finns i institutionsvård för barn och unga. I länder som tidigare haft en hög andel akademiskt utbildad personal i institutionsvården finns det nu pro-

¹³⁶ 3 och 7 §§ lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården, tillgänglig genom *Finlex*: <https://www.finlex.fi/sv>.

¹³⁷ 5–11 § barnevernloven (LOV-1992-07-17-100), tillgänglig genom *Lovdata*: <https://lovdata.no/> Jfr Det Kongelige Barne- og familjdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). *Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven* s. 345.

¹³⁸ Whittaker m.fl. 2022 s. 235.

¹³⁹ Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2023d). *Tillsyn av SiS särskilda ungdomshem 2021–2022. Redovisning av regeringsuppdrag S2021/03345* s. 31 f.

blem med hög personalomsättning och långsiktig kompetensförsörjning, till exempel i Danmark och Finland.¹⁴⁰

Utredningen bedömer att de fortsatta arbeten om bemanning och differentiering som beskrivs ovan ger stora möjligheter att ställa krav på relevant akademisk kompetens i verksamheter som har inriktning på vissa typer av behov, till exempel neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, eller målgrupper såsom yngre barn. På det sättet kan andelen akademiskt utbildad personal i HVB och stödboende öka på ett sätt som svarar mot vad som behövs för att ge barn och unga god vård.

Nationellt stöd för att bedöma och stödja personlig lämplighet för arbete i HVB för barn och unga

Personlig lämplighet är en oundgänglig del av kompetensen för personal i HVB och stödboende som inte täcks av formella utbildningskrav. Olika sätt att bedöma den personliga lämpligheten förekommer i dag, men det finns inget nationellt stöd för dessa bedömningar. Att ta fram ett sådant stöd bör vara en prioriterad uppgift i det statliga arbetet med kunskapsstöd för samhällets vård för barn och unga som utredningen föreslår i avsnitt 4.4.4. En utgångspunkt kan vara de lämplighetsbedömningar som förekommer i dag inom HVB-området, men systematiskt arbete med lämplighetsbedömningar förekommer inom bland annat Polisen och vid vissa lärarutbildningar.

Personlig lämplighet kan förändras över tid. Erfarenheter av arbete i HVB för barn och unga kan både utveckla lämpligheten och skapa förhållningssätt som hotar att hämma eller minska personliga förmågor som behövs i arbetet. Som framgår av kapitel förekommer våld och risker för våld i HVB som personalen behöver få tid och stöd att förstå och hantera sin egen del i. Det nationella stödet för att bedöma personlig lämplighet behöver därför kombineras med stöd för förestandare och övrig personal att systematiskt arbeta med stöd och reflektion för att upprätthålla och utveckla den personliga lämpligheten.

Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen ett uppdrag att ta fram ett nationellt stöd för att bedöma personlig lämplighet hos personal i HVB och stödboende som tar emot barn och unga under 21 år. Uppdraget bör genomföras i samverkan med SiS och företrädare för huvudmän, verksamheter och berörda personal-

¹⁴⁰ Whittaker m.fl., 2022, s. 232 och 281.

grupper. I anslutning till detta arbete bör regeringen också ge SiS i uppdrag att komplettera stödet med ytterligare delar som kan behövas för att bedöma och stödja personlig lämplighet för arbete i de särskilda ungdomshemmens låsbara miljöer och med de särskilda befogenheter som SiS har tillgång till.

Utbildning, handledning och annat stöd efter anställningen

Inom dessa områden bedömer utredningen att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om HVB respektive stödboende är tillräckliga. Behovet av nationellt stöd för tillämpningen av föreskrifterna och de allmänna råden bör diskuteras i anslutning till det fortsatta statliga arbetet med kompetens och kompetensförsörjning.

Tillgång till lämplig utbildning

Högre utbildningskrav aktualiserar frågan om det behövs en särskild grundutbildning för arbete i HVB för barn och unga, i första hand genom en tvåårig eftergymnasial utbildning. Förslag om nationellt normerade grundutbildningar har lämnats av bland annat Missbruksutredningen (SOU 2011:35), IVO och SiS, men med olika inriktningar på innehåll och deltagare. Frågan uppmärksammades också av Utredningen om tvångsvård för barn och unga.¹⁴¹

SiS inledde 2012 ett utvecklingsarbete för likvärdigt innehåll i grundutbildningar för behandlingsassistenter. Arbetet resulterade i ett förslag till utbildningsplan för en yrkeshögskoleutbildning inom socialpedagogiskt vård- och behandlingsarbete med barn och vuxna enligt SoL, LVU och LVM. Enligt utbildningsplanen skulle det finnas en fördjupningsdel med valbara kurser om bland annat socialt vård- och behandlingsarbete med unga. Förslaget till utbildningsplan låg till grund för en framställan till Myndigheten för yrkeshögskolan (MYH) om en föreskrift om nationellt likvärdigt innehåll för en sådan yrkesutbildning.¹⁴² I maj 2016 avsåg MYH förslaget. MYH bedömde att utbildningen avsåg en framtida yrkesroll med så olika kunskapsbehov att det inte finns skäl för en nationellt likvärdig grundutbild-

¹⁴¹ SOU 2011:35 s. 285 ff., Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2013a och 2013b samt SOU 2015:71 s. 815.

¹⁴² Förslag till Myndigheten för yrkeshögskolans föreskrift för att utbildningar med inriktning socialpedagog ska ha nationellt likvärdigt innehåll. MYH:s dnr 2015/1787.

ning. Det finns inte heller specifika krav på yrkesrollen i lag eller förordning, eller säkerhetsmässiga skäl till ett likvärdigt utbildningsinnehåll, enligt MYH.¹⁴³

Socialstyrelsen bedömde efter MYH:s avslag att en fortsatt utveckling med utgångspunkt i befintliga utbildningar är den mest framkomliga vägen till ökad kompetens på HVB för barn och unga. Till stöd för det arbetet har myndigheten tagit fram kompetensmål för arbete i HVB för barn och unga.¹⁴⁴

Missbruksutredningen, IVO, Utredningen om tvångsvård för barn och unga samt SiS har alla utgått från behovsbeskrivningar som måste tas på allvar. Det handlar om en generell osäkerhet om kvalitet och kompetens inom institutionsvården, men också om konkreta svårigheter för arbetsgivare att bedöma och validera kompetens och för tillsynen att bedöma om de verksamheter som inspekteras motsvarar de krav och rekommendationer som finns inom området.

Samtidigt visar de olika ingångarna i frågan på flera oklarheter. Ska utbildningen avse personal vid alla typer av HVB eller ska den vara avgränsad till vissa åldersgrupper, exempelvis barn och unga, eller till vissa typer av problemområden, såsom missbruk och beroende eller kriminalitet hos barn och unga? En nationellt normerad grundutbildning förutsätter också ökad klarhet om dimensionering och förhållandet till de utbildningar som många yrkesverksamma vid HVB redan gått.

Frågan om en särskild grundutbildning inom området bör dock tas upp på nytt och yrkesgruppen om behandlingspedagoger får en tydligare definition och roll. Det arbete som gjorts med att definiera yrket stödpedagog inom funktionshinderområdet har varit en förutsättning för att MYH infört en normerad yrkesutbildning för den yrkesgruppen.

I ett kortare perspektiv är det troligt att de högre utbildningskrav som utredningen föreslår för personal utom föreståndaren leder till en ökad efterfrågan på de utbildningar som utredningen föreslår som lämpliga. Dessa anordnas av olika aktörer, men MYH har en viktig roll för utbudet av tvååriga eftergymnasiala utbildningar med socialpedagogisk inriktning, till exempel för behandlingspersonal i HVB. Regeringen bör ge Myndigheten för yrkeshögskolan i uppdrag att se

¹⁴³ Myndighetens för yrkeshögskolans beslut om meddelande av föreskrift för utbildningar med inriktning som kräver nationellt likvärdigt innehåll. MYH:s dnr 2015/1787.

¹⁴⁴ Socialstyrelsen 2018b s. 27 ff.

över behovet av en tillfällig utökning av antalet platser i lämpliga utbildningar för personal som ger vård, fostran och behandling åt barn och unga i HVB.

Stöd för validering och utformning av kompletterande utbildningar

Det är också troligt att de högre utbildningskrav som utredningen föreslår för personal utom föreståndaren leder till behov av validering av befintlig kompetens och kortare utbildningar för de som behöver komplettera med kurser inom områden där befintlig kompetens inte räcker. Utredningen anser att de kompetensmål som Socialstyrelsen tagit fram för arbete i HVB för barn och unga ger en god grund för sådana insatser. Utredningen föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera sitt nuvarande material om kompetensmålen med exempel på hur de kan användas av utbildningsanordnare och huvudmän för att personal ska uppnå den kompetens som krävs för att ge vård, fostran eller behandling i HVB för barn och unga. I uppdraget bör ingå att bedöma vilka av kompetensmålen som också är relevanta för personal i stödboende.

8.7.3 Övergångsbestämmelser

Förslag: För föreståndare föreslås övergångsbestämmelser under två år efter att de nya kompetenskraven träder i kraft. För övrig personal föreslås övergångsbestämmelser under fyra år.

Genomförandet av förslagen om höjda kompetenskrav kommer att kräva en viss tid för genomförandet. För föreståndare föreslås övergångsbestämmelser under två år efter att de nya kompetenskraven träder i kraft. För övrig personal föreslås övergångsbestämmelser under fyra år.

8.7.4 Yrkesresan som plattform för introduktion och kompetensutveckling i HVB och stödboende

Bedömning: Förutsättningarna för att använda Yrkesresan som koncept för såväl kommunala som privata utförare inom institutionsvård och stödboende behöver undersökas inom ramen för den nationella samordning som SKR ansvarar för.

Förslag: Regeringen bör, om det bedöms vara en förutsättning för en sådan undersökning, ingå en överenskommelse med SKR om uppgiften.

Utredningen anser att ett gemensamt och väl fungerande koncept för introduktion och kompetensutveckling för chefer och övrig personal i HVB för barn och unga och stödboende är mycket önskvärt. Det finns en del underlag för detta genom Socialstyrelsens stöd för yrkesintroduktion av personal i HVB, de kompetensmål som myndigheten tagit fram för arbete i HVB för barn och unga samt kunskapsstöd som finns eller planeras.

Det borde finnas stora möjligheter att kombinera den föreståndarutbildning som utredningen föreslår med Yrkesresan som koncept för introduktion och kompetensutveckling. Detsamma gäller det stöd för lämplighetsbedömningar och kvalitetsarbetet som utredningen föreslår för föreståndare. På samma sätt borde Yrkesresan kunna vara en god grund för kompetensutveckling, inklusive stöd för reflektion över dilemman och etiska val, som personalen i HVB och stödboenden kontinuerligt behöver få möjlighet till. Yrkesresan utvecklades först för handläggare inom den sociala barn- och ungdomsvården, men barnen och de unga behöver också möta personal med rätt kompetens och tillgång till kompetensutveckling hos de som utför vården.

Yrkesresan är inte avsedd för privata utförare, vilket innebär en begränsning när det gäller institutionsvård och stödboende. Utredningen bedömer att förutsättningarna för att använda Yrkesresan som koncept för såväl kommunala som privata utförare inom institutionsvård och stödboende bör undersökas inom ramen för den nationella samordning som SKR ansvarar för. Regeringen bör, om det bedöms vara en förutsättning för en sådan utredning, ingå en överenskommelse med SKR om uppgiften. Utredningen behöver genomföras i samver-

kan med företrädare för privata HVB för barn och unga samt privata stödboenden.

8.8 Differentiering av HVB – överväganden och förslag

8.8.1 Behov av differentiering

Bedömning: Institutionsvården för barn och unga behöver en ändamålsenlig vårdstruktur med differentiering av verksamheter efter

- deras specialisering genom rätt kompetens, insatser och vårdmiljöer,
- deras dimensionering genom vårdplatser och bemanning,
- särskild tillgång till hälso- och sjukvård för placerade barn och unga, och
- deras befogenheter att genomföra vården på ett tryggt och säkert sätt.

Enligt direktiven ska utredningen analysera behovet av HVB med differentierat behandlingsinnehåll, till exempel med avseende på ungdomar med kriminellt beteende, funktionsnedsättning eller allvarlig psykiatrisk problematik.

Att differentiera innebär att skapa skillnad eller variation. I svensk institutionsvård har differentiering länge varit en återkommande fråga. En äldre uppdelning av institutioner inriktade på behov till följd av miljö eller beteende har avlösts av en mängd inriktningar på olika målgrupper med vissa gemensamma behov och förutsättningar (se avsnitt 8.2.1). Idéer om differentiering efter barns och ungas mognad och personlighetsutveckling har diskuterats på nationell nivå, likaså olika typinstitutioner.

Inom vården och omsorgen förekommer differentiering annars mest i administrativa sammanhang, till exempel genom differentierade vårdavgifter. I hälso- och sjukvården är specialisering en huvudfråga med särskilda regler och former för specialistkompetens och en vårdstruktur för bland annat former av specialisering. I socialtjänsten har specialisering diskuterats (och kritiserats) som organisations-

lösning i myndighetsutövningen eller på förvaltningsnivå, men inte på samma sätt vid utförande av insatser som kräver viss kompetens och vissa andra förutsättningar som inte alla kan ha.

Enligt utredningens uppfattning behöver institutionsvården för barn och unga en ändamålsenlig differentiering som förenas med en vårdstruktur där vård med rätt inriktning och god kvalitet är tillgänglig vid behov. I dag blir kvalitets- och kompetenskrav på HVB ofta breda eftersom de utgår från hela HVB-begreppet. En ändamålsenlig differentiering möjliggör särskilda kvalitets- och kompetenskrav för vissa verksamheter utöver de som gäller för alla HVB som tar emot barn och unga. Utan en sådan differentiering riskerar också matchningen av enskilda barns och ungas behov i förhållande till HVB-utbudet att bli komplicerad och osäker, med risk för sammanbrott eller otillräckliga vårdinsatser. Utredningen bedömer att en vårdstruktur för differentiering behövs för att uppnå följande ändamål:

- en trygg och säker vårdmiljö för alla barn och unga i HVB
- rätt förutsättningar att möta vårdbehov bland barn och unga i HVB
- väl fungerande planering, resursfördelning och kompetensförsörjning hos huvudmän och verksamheter.

HVB:s förutsättningar att möta individuella behov

Dagens differentiering bygger dels på skillnaden mellan särskilda ungdomshem och övriga HVB, dels på verksamhetstyper och inriktningar som inte är definierade eller närmare beskrivna i regler eller andra styrdokument för hela institutionsvården. Inriktningarna är till stor del formulerade utifrån barns och ungas kön, ålder och vårdbehov, men vissa typer av behandlingar eller andras insatser anges också i inriktningarna.

Som framgår av avsnitt 8.3.2 finns det en mängd inriktningar och åldersintervall hos HVB i dag. Vilken differentiering som det i praktiken innebär är oklart. Inriktningarna är ofta allmänna, som ”övriga psykiatriska tillstånd”, eller sammansatta av flera inriktningar som tillsammans blir mycket breda, till exempel kriminalitet i förening med olika missbruksproblem. I förhållande till de ofta individuellt mycket varierande och sammansatta behoven är det förståeligt att

många HVB hellre arbetar med vida ramar för sin verksamhet än med snäva målgruppsbestämningar. Verksamhetstyper som akut, utredning samt vård/ behandling och de olika verksamhetsinriktningarna går inte heller tillbaka på tydliga definitioner och beskrivningar i lagar eller andra regler.¹⁴⁵

Målgruppens behov ska givetvis vara avgörande för placeringar av barn och unga i HVB. Det innebär inte att differentieringen bara ska utgå från ytterligare preciseringar av dessa behov på gruppnivå. Differentieringen behöver också utgå från varje HVB:s förutsättningar att möta de individuella behoven. Alla HVB behöver exempelvis ha rätt förutsättningar att bemöta barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, men inte för att tillgodose varje individuell kombination av vård- och stödbehov i samband med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Utredningen anser att följande områden är viktiga som grunder för en differentiering av institutionsvården som ökar möjligheterna för HVB att arbeta med individuellt varierande behov:

- specialisering genom rätt kompetens, insatser och vårdmiljöer
- dimensionering genom vårdplatser och bemanning
- särskild tillgång till hälso- och sjukvård
- befogenheter att genomföra vården på ett tryggt och säkert sätt.

Dessa områden hänger delvis samman och anger viktiga perspektiv som behöver beaktas för en ändamålsenlig differentiering av institutionsvården för barn och unga. Områdena beskrivs närmare i avsnitt 8.8.2 och 8.8.3,

Hur ett antal kategorier av HVB skulle kunna utformas och anges i författning är inte givet. Utredningen kan konstatera att de kategoriseringar av institutioner för barn och unga som finns i våra grannländer bara täcker vissa aspekter som är viktiga för differentieringen och därför inte är möjliga att direkt överföra till Sverige. I Danmark

¹⁴⁵ Det kan tilläggas att ytterligare målgruppsindelningar förekommer i upphandlingar av HVB. Adda AB skiljer i sina upphandlingar 2017 och 2022 på HVB för akutplacering, utredning eller behandling, i samtliga fall uppdelade på barn 0–17 år utan förälder, barn 0–17 år med förälder samt unga 18–20 år. Se Adda Inköpscentral. Sammanfattning av krav på tjänsten, ställda i upphandlingsdokumentet för HVB Barn och unga 2017, projektnr 10353 tillgängligt genom Addas webbplats (www.adda.se). Stockholms Inköpscentral (STIC) har färre kategorier i sin HVB-uppdelning. STIC skiljer på HVB för akutplacering, utredning och behandling för barn 0–17 år, unga 18–20 år samt föräldrar och barn som placeras tillsammans. STIC. HVB Barn & Unga, ramavtal 2017 genom Addas webbplats (www.adda.se).

skiljs institutionerna i första hand åt genom olika grader av låsbarhet. I Finland skiljer lagstiftningen på barnhem, skolhem och andra med dem jämförbara barnskyddsanstalter. I Norge finns ingen särskild indelning av institutionerna, men de brukar delas in i akut-, omsorgs- och behandlingsinstitution. I den nya barnevernslag som gäller från 2023 används "atferdsinstitusjon" som en övergripande benämning växelvis med "barnevernsinstitusjon" och enbart "institusjon".¹⁴⁶ I förslaget till den nya barnevernsloven understryker den norska regeringen att den fortsatta differentieringen av vård för olika målgrupper inte ska läggas fast i lag utan göras professionellt i ljuset av ny kunskap och erfarenhet.¹⁴⁷

Utanför Norden förekommer ännu fler indelningar av vården. Bakom dessa finns kulturella, sociala och historiska orsaker, men också olika politiska viljeinriktningar i dag. I den internationella översikten av institutionsvård för barn och unga som nämns ovan betonas vikten av att varje land utvecklar en typologisering av institutionsvården utifrån sina förutsättningar och behov av att styra vården mot god kvalitet.¹⁴⁸

Förhållandet till IVO:s tillståndsprövning

IVO har en nyckelroll i arbetet med differentiering inom HVB-området. Den nuvarande informationen om verksamhetstyper och verksamhetsinriktningar bygger på de alternativ som IVO anger i blanketter för tillståndsansökan och anmälan av verksamhet. Vidare är det IVO som bedömer den information som lämnas vid tillståndsansökan och använder den vid tillsynen av HVB. IVO:s tillståndsprövning ligger utanför utredningens uppdrag och behandlas därför inte här. Det är också en anledning till att de former för differentiering som nämns ovan behöver utredas vidare.

Det kan tilläggas att IVO:s blanketter hittills har skilt på målgrupperna flickor/kvinnor och pojkar/män samt båda könen. Ett alternativ för icke-binära personer som målgrupp har inte funnits. Kommunerna kan därför inte genom omsorgsregistret få information om

¹⁴⁶ 63 a § danska serviceloven genom *Retsinformation*: <https://www.retsinformation.dk/>; 57 § finska barnskyddslagen genom *Finlex*: <https://www.finlex.fi/sv/>; 5–2 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97) genom *Lovdata*: <https://lovdata.no/>. Se även bilaga 5.

¹⁴⁷ Det Kongelige Barne- og familjehjelpdepartementet. Prop. 133 L (2020 – 2021) s. 342.

¹⁴⁸ Whittaker m.fl. 2022 s. 440.

HVB med en sådan målgruppsinriktning. Utredningen ska undersöka vilka åtgärder som behövs för att säkerställa att hbtqi-personer upplever trygghet och får tillgång till stöd efter behov. Samtidigt ligger alltså tillståndsprövningen utanför utredningens uppdrag.

8.8.2 Former för det fortsatta arbetet med specialisering, dimensionering och tillgång till hälso- och sjukvård

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett förslag till för en ändamålsenlig differentiering HVB utifrån specialisering, dimensionering och särskild tillgång till hälso- och sjukvård. Arbetet med uppdraget bör inledas med en undersökning av vilka underlag och analyser som behövs och om särskilda regeringsuppdrag till vissa myndigheter behövs för att ta fram den. Förslaget till differentiering bör utformas i nära samverkan med IVO i de delar som rör tillståndsprövningen.

Samtliga de områden som nämns är omfattande och kräver fortsatt utredningar och analys enligt de utgångspunkter som anges i detta avsnitt. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram ett förslag till en ändamålsenlig differentiering av HVB utifrån specialisering, dimensionering och särskild tillgång till hälso- och sjukvård. Det kan ingå i det övergripande uppdrag som utredningen föreslår att myndigheten ska få för stöd till samhällets vård för barn och unga. Arbetet med uppdraget bör inledas med en undersökning av vilka underlag och analyser som behövs och om särskilda regeringsuppdrag till vissa myndigheter behövs för att ta fram den. Förslaget till differentiering bör utformas i nära samverkan med IVO i de delar som rör tillståndsprövningen och ligga till grund för nationella bedömningskriterier för tillstånd till och tillsyn av verksamheter som bedriver HVB för barn och unga.

Frågan om befogenheter att genomföra vården på ett tryggt och säkert sätt bör utredas av regeringen i särskild ordning och omfatta SiS särskilda befogenheter (se avsnitt 8.8.3).

Som underlag för det fortsatta arbetet redovisar utredningen i detta avsnitt sina analyser överväganden om ändamålen med en differentiering av verksamheten vid HVB och förutsättningarna för en ändamålsenlig differentiering och vårdstruktur inom institutionsvården.

Specialisering

Institutionsvården för barn och unga kan i sig beskrivas som en specialiserad del av samhällsvården. I HVB bor barn och unga i ett annat sammanhang än vad som annars anses grundläggande för goda uppväxtvillkor, det vill säga en familj eller ett eget boende efter flytten hemifrån. Institutionsvården är i Sverige inte avsedd för långsiktiga placeringar utan för avgränsade och målinriktade insatser. Dessa insatser förutsätter ofta särskild kompetens samt samverkan med bland annat den specialiserade hälso- och sjukvården och skolans specialpedagoger.

I praktiken arbetar institutionsvården också med olika former av specialiserade insatser för barn och unga med särskilda vårdbehov, bland annat psykiatriska tillstånd i förening med sociala vård- och stödbehov. En del av den specialiseringen görs inom ramen för den institutionsvård som är tillgänglig för breda målgrupper. Andra delar genomförs av HVB med ett mindre antal vårdplatser, ibland bara en eller två, och kompetens inom exempelvis habilitering och barn- och ungdomspsykiatri. Särskilda avgifter tillkommer inte sällan för dessa former av ”förstärkt HVB-vård” utöver de ramavtal som kommunerna tecknar med utförare.

När HVB-begreppet infördes utgick lagstiftaren från att kommuner och landsting skulle planera och ansvara för specialiserade verksamheter på länsnivå och för verksamheter som krävde ett ännu större befolkningsunderlag. Planeringen fungerade inte och avskaffades efter några år utan att ersättas av nya former för styrning och stöd inom området. I dag är behovet av ett nationellt arbete med specialisering inom HVB-området stort. Flera olika sätt att möta specialiserade vårdbehov hos barn och unga förekommer i dag, men utan struktur och överblick av innehåll och resultat. Det är särskilt bekymmersamt med tanke på att många HVB beskriver en alltmer omfattande och sammansatt behovsbild hos de barn och unga som de möter.

Enligt utredningens uppfattning bör kunskapsbaserade beskrivningar tas fram av områden för specialiserad institutionsvård för barn och unga. Därefter bör det analyseras vad olika specialiseringar innebär i form av kompetens, metoder och arbetsätt, lokaler, antal vårdplatser och bemanning. Särskilda krav eller rekommendationer om det bör tas fram utöver vad som gäller för all institutionsvård för barn och unga. Särskild uppmärksamhet bör ägnas de HVB som har

enbart en eller två vårdplatser utifrån deras roll i vårdkedjan och hur de kan förena individualiserad vård- och behandling med tillgång till relationer och aktiviteter.

Ett arbete i dessa steg förbättrar de strukturella förutsättningarna för en tydligare indelning av institutionsvården efter behov hos barn och unga som kräver olika grader och former av specialisering. En sådan indelning kan också ligga till grund för kartläggningar och analyser av behov, utbud och efterfrågan av institutionsvård för barn och unga.

Specialiseringar som bara behövs vid ett fåtal HVB

Arbetet med en mer ändamålsenlig specialisering bör också omfatta bedömningar av om vissa specialiseringar ställer så höga krav på kompetens, bemanning, lokaler och andra resurser att den bara är lämplig att utföra i ett eller ett fåtal HVB. Denna typ av vård förutsätter också marginaler för att driva vården så att den är tillgänglig vid behov för en mindre grupp barn och unga trots varierande efterfrågan och beläggning.

Inom barn- och ungdomspsykiatri har samverkan med SiS om integrerad vård eller annan nära samverkan om gemensamma insatser för placerade barn och unga med omfattande psykiatriska vårdbehov diskuterats som en möjlig form av högspecialiserad hälso- och sjukvård. Socialtjänsten har dock inga former eller strukturer för vård- och stödinsatser med en högre grad av specialisering, vilket skapar oklara förutsättningar för samverkan med hälso- och sjukvården, där högspecialiserad vård är en del av vårdstrukturen.

Ett annat möjligt exempel på institutionsvård med en högre grad av specialisering är placeringar av yngre barn utan att någon av deras föräldrar placeras där samtidigt. Hur vanliga dessa placeringar är går inte att säga utifrån nuvarande statistik som inte skiljer dem från placeringar av både barn och föräldrar. En enkät bland kommunerna som TT gjort pekar på att nästan 280 barn i åldern 0–9 år placerades ensamma i HVB under 2018–2020.¹⁴⁹ Placeringar av yngre barn i HVB har också uppmärksammats i samband med en tragisk händelse 2021 då en fyraårig pojke omkom när han vårdades i ett HVB. Det under-

¹⁴⁹ Se t.ex. Dagens Samhälle, *Hundratals små barn sätts i hvb-hem*: <https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/socialtjanst/hundratals-sma-barn-satts-i-hvb-hem> (hämtad 2023-09-05).

stryker vikten att vård av yngre barn i HVB är en verksamhet som bara ska förekomma i undantagsfall men då utföras med särskild kompetens och i en noggrant anpassad miljö.

Ytterligare områden som kan vara aktuella för institutionsvård med en högre grad av specialisering är institutionsvård för barn och unga som utsatts för hedersrelaterat våld och förtryck samt i vissa delar av vård av hbtqi-personer.

Unga sexuallförövare och unga med ett kriminellt beteende kan också behöva placeras i avdelningar med säkerhetslösningar liknande de som SiS har för vård enligt LSU.

Områden för institutionsvård med en högre grad av specialisering behöver väljas ut genom kartläggningar, analyser och dialoger med företrädare för kommuner, HVB-verksamheter, barnrätts- och funktionsrättsorganisationer samt berörda statliga myndigheter. Förutsättningarna för att säkerställa tillgången till den högt specialiserade institutionsvården behöver uppmärksammas särskilt. Om dessa förutsättningar är oklara eller bristfälliga bör staten svara för vården genom SiS. I dagsläget gäller det också om vården bedöms förutsätta tillgång till särskilda befogenheter, men vilka befogenheter som olika HVB bör utredas (se nedan) och fler alternativ kan därför komma att finnas.

För svensk del är frågan om socialtjänst med en högre grad av specialisering ny. Det finns dock starka skäl att ta upp frågan inom just institutionsvården för barn och unga med tanke på de uppgifter som denna vård ställs inför och barnens och de ungas rätt till också de mest omfattande och kvalificerade insatserna. Erfarenheter och lärdomar kan hämtas från Danmark, där det finns en lagreglerad ordning för den högst specialiserade socialtjänsten som ger Social- og Boligstyrelsen ett särskilt ansvar och mandat inom området. Institutionsvård för barn och unga hör till de områden som ingår i den högst specialiserade socialtjänsten i Danmark.

Dimensionering av vårdplatser och bemanning

Specialiserad institutionsvård för barn och unga rör också verksamheternas dimensionering avseende vårdplatser och bemanning. I Sverige har antalet vårdplatser och bemanning i institutionsvården för barn och unga inte uppmärksammats i större utsträckning som faktorer av betydelse för god kvalitet. Förutsättningarna för att ta fram kun-

skapsbaserade regler, rekommendationer eller stöd för antalet vårdplatser i olika typer av HVB behöver undersökas. Detsamma gäller för bemanningen med olika personalgrupper.

Antal barn och unga i samma boendeenhet

Institutionsvård för barn och unga utgår inte generellt från kunskap om vad som är ett önskvärt antal barn eller unga som bor och tillsammans och får vård enskilt eller i grupp. Historiskt har institutioner för bara och unga varit relativt stora med barnhem och internatskolor som förebild. Bakom detta fanns pedagogiska idéer men också ekonomiska bedömningar av att gruppboendet gjorde vård utanför det egna hemmet överkomligt. Med socialtjänstlagen ökade förväntningarna på mindre och hemliknande institutioner, vilket fick ett snabbt genomslag under 1980- och 1990-talen.

”Smittorisker” och andra risker vid sammansättningen av grupper i HVB talar även för att mindre boendeenheter ger bättre förutsättningar för vården. Likaså talar en hög bemanning, med rätt kompetens, för att individuella vårdbehov i större utsträckning uppmärksammas och tillgodoses. Kunskapsläget inom dessa områden är dock oklart, likaså hur dagsläget ser ut när det gäller vårdplatser och bemanning i HVB för barn och unga. Som framgår av avsnitt 8.3.2 har kommunala och privata HVB i Sverige i genomsnitt 10 vårdplatser, men de uppgifterna avser hela verksamheten och inte enskilda avdelningar eller andra boendeenheter. Omkring 90 HVB har upp till fem vårdplatser och vid en mindre grupp HVB finns endast en eller två vårdplatser. På nationell nivå finns inga regler eller rekommendationer om antalet barn och unga som får vårdas samtidigt i ett HVB eller en boendeenhet inom hemmet.

Internationellt tycks det inte råda någon enighet om det lämpliga antalet vårdplatser. Regler, rekommendationer och praktik varierar kraftigt mellan olika länder. I Finland får högst sju barn eller unga personer vårdas tillsammans i en bostadsenhet vid en barnskyddsanstalt och högst 24 barn eller unga personer vara placerade samtidigt i samma byggnad.¹⁵⁰ I andra länder hänger antalet vårdplatser samman med olika inriktningar vid institutioner för barn och unga, från

¹⁵⁰ 59 § barnskyddslagen, tillgänglig genom *Finlex*: <https://www.finlex.fi/sv/>. Om anstaltsvård ordnas för ett barn tillsammans med en förälder, vårdnadshavare eller någon annan person som svarar för barnets vård och fostran, kan även flera barn vårdas tillsammans.

institutioner med ett fåtal platser till stora verksamheter med till exempel maximalt 49 eller 55 vårdplatser.¹⁵¹ I många länder finns dock institutionstyper med ett litet antal platser, exempelvis tre till fyra platser (Australien) och fyra till sex platser (Irland och Nederländerna).¹⁵² Det genomsnittliga antalet platser ligger i flera länder från 7 till uppåt 10. Internationella jämförelser kompliceras både av att större verksamheter inom institutionsvården förefaller ha en koppling till skolväsendet som HVB inte har och av de uppgifter som är tillgängliga ofta inte skiljer mellan vårdplatser i hela institutioner respektive i enskilda avdelningar.

Vikten av ett fåtal vårdplatser i förening med en tät bemanning framgår av arbetet med de särskilt förstärkta avdelningar (SFA) som SiS har inrättat för barn och unga med autismspektrumtillstånd och/eller intellektuell funktionsnedsättning som vårdas i särskilda ungdomshem. Dessa avdelningar har högst fyra boende och en hög grad av bemanning. Resultat och erfarenheter hittills av arbetet med de särskilt förstärkta avdelningarna pekar bland annat på att de särskilda befogenheterna inte används lika ofta i dessa avdelningar.¹⁵³ Avgiften för en placering i dessa avdelningar är under 2023 14 589 kronor per vård dygn, vilket är mer än en och halv gång så mycket som avgifterna för annan behandlingsverksamhet i särskilda ungdomshem. Se 3 § Statens institutionsstyrelses föreskrifter (SiSFS 2022:1) om vårdavgifter för ungdomar som vistas vid särskilda ungdomshem med stöd av 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) m.m.

Under 2023 startar SiS avdelningar för barn och unga med särskilda tillsynsbehov (STB). Dessa avdelningar kommer som mest att ha sex barn och unga placerade. De kommer att finnas för samtliga målgrupper.¹⁵⁴

Även vid andra HVB finns motsvarande avdelningar eller vårdplatser med större personaltäthet och en inriktning på kombinationer

¹⁵¹ Whittaker m.fl. 2022 s. 295. Dessa verksamheter finns i Frankrike. I USA finns till och med campusliknande institutioner med mer än 450 vårdplatser, men det är sannolikt en annan typ av verksamheter än svenska HVB. Se s. 99.

¹⁵² Whittaker m.fl. 2022 s. 116, 200 och 347.

¹⁵³ Statens institutionsstyrelse, SiS, *SFA, Särskilt förstärkt avdelning*: <https://www.stat-inst.se/varverksamhet/behandlingsmetoder/sarskilt-forstarkta-avdelningar-sfa/> (hämtad 2023-05-23). Se även Statens institutionsstyrelse, SiS (2022b). *Utvärdering av de särskilt förstärkta avdelningarna, SFA. En deltidsvärdering av implementering och vårdutfall vid SiS fem särskilt förstärkta vårdavdelningar*. Dnr 1.1.4- 6462-2022.

¹⁵⁴ Statens institutionsstyrelse, SiS (2023a). *Statens institutionsstyrelse – Budgetunderlag 2024–2026*. Dnr 1.1.3-7276-2022, s. 14.

ner av omfattande vård- och stödbehov som skär genom flera av de verksamhetsinriktningar som exempelvis anges i tillstånden för HVB och i omsorgsregistret. Med allt färre placeringar i HVB ökar sannolikheten att institutionsvården möter barn och unga med sådana kombinationer. Det ställer krav på en beredskap att möta barnen och de i unga i verksamheter med större utrymme för individualiserade lösningar.

Bemannning

En god bemanning är också en viktig del av förutsättningarna för god vård och för att personalgruppens kompetens ska användas på ett ändamålsenligt sätt. I dag finns inga riktmärken eller annat stöd för arbetet med bemanning. Inte heller finns det uppföljningar eller studier av hur bemanningen ser ut.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska den som bedriver verksamhet i form av HVB anpassa bemanningen i hemmet så att den ger förutsättningar för att tillgodose de behov av vård som de placerade personerna har och säkerställa en trygg och säker vård. I allmänna råd anger myndigheten ett antal punkter som bör uppmärksammas vid bedömningen av hur ett HVB ska vara bemannat. Det gäller bland annat

- vilken målgrupp som hemmet är avsett för,
- de placerade personernas antal och ålder,
- vilken vård som ges vid hemmet,
- lokalernas utformning, och
- hur rum och övriga utrymmen i verksamhetens lokaler är belägna i förhållande till varandra.

Vid bedömningen bör vidare beaktas att personalens behov av handledning och kompetensutveckling tillgodoses och att kraven på dokumentation uppfylls. Som framgår ovan ska ett HVB vara bemannat dygnet runt om det tar emot barn eller personer med psykisk funktionsnedsättning. Hemmet behöver dock inte vara bemannat under de tider på dygnet då de placerade personerna inte vistas där. Under dessa tider ska det finnas personal tillgänglig som kan infinna sig i hemmet utan oskäligt dröjsmål. Se 6 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om HVB.

De svenska reglerna påminner om de som finns i Norge, är mer långtgående än i Danmark men mer allmänt hållna än motsvarande regler i Finland.¹⁵⁵ Enligt den finska barnskyddslagen ska minst sju anställda vara sysselsatta i vård- och fostringsuppgifter i varje bostadsenhet. Om det finns flera bostadsenheter i samma byggnad, ska det i varje bostadsenhet finnas minst sex anställda som är sysselsatta i vård- och fostringsuppgifter.¹⁵⁶

Yrkesroller och arbetsuppgifter

Bemanning handlar också om de arbetsuppgifter som ska utföras i HVB för barn och unga. I dag saknas gemensamma definitioner och beskrivningar av det, och det finns igen struktur för att beskriva bemanningen närmare. Utan en sådan struktur är det också svårt att göra översikter och kartläggningar inom området och att jämföra kompetens mellan HVB.

I dag varierar arbetsuppgifter och yrkestitlar i HVB för barn och unga. En del anställda har yrkesroller eller yrkesidentiteter som socio- nomer, psykologer eller beteendevetare arbetar huvudsakligen med uppgifter inom sina yrkesområden. För huvuddelen av personalen är uppgifterna och yrkesbenämningarna mer varierande. I SKR:s Arbets- identifikation (AID) samlas huvuddelen av HVB-personalen under etiketten behandlingsassistent/socialpedagog. Arbetsuppgifterna be- skrivs som socialt förändrings- och motivationsarbete med pedagogisk inriktning mot barn, unga, eller vuxna inom socialtjänstens ansvars- område eller ensamkommande barn, oftast på institutioner, eller be- handlingshem/HVB. Ett antal möjliga titlar nämns. Förutom be- handlingsassistent och socialpedagog handlar det om till exempel ungdomspedagog, ungdomshandledare (behandlingshem), boende- handledare (behandlingshem), behandlare, boendepedagog, behand- lingspedagog, integrationspedagog och integrationshandledare.¹⁵⁷

Situationen var tidigare likartad när det gäller socialtjänstens stöd och service för personer med funktionsnedsättning. Inom det om-

¹⁵⁵ Barne-, ungdoms- och familjedirektoratet/Deloitte 2019 s. 72; Ankestyrelsen, Danmark (2018). *Pædagogisk praksis på de sikrede døgninstitutioner*.

¹⁵⁶ 59 § barnskyddslagen, tillgänglig genom *Finlex*: <https://www.finlex.fi/sv/>. Om en anställd som är sysselsatt i vård- och fostringsuppgifter bor tillsammans med de barn eller unga personer som vårdas, kan avvikelser göras från nämnda antal anställda.

¹⁵⁷ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, Etikettlista AID 2018-02-28 (reviderad 2018-06-28), etikett 351015, genom SKR, *Arbetsidentifikation, AID*:

<https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/lonebildning/arbetsidentifikationaid.157.html>.

rådet har ett arbete med att definiera yrkesrollerna stödpedagog, stödassistent och stödbiträde genomförts av Vård- och omsorgscollege. Stödpedagoger stödjer personer med funktionsnedsättning med pedagogisk vägledning och individanpassat vardagsstöd för att skapa goda levnadsvillkor. De arbetar med metod, utveckling och samordning. För stödassistenter och stödbiträden gäller enklare och mer allmänt hållna beskrivningar. Definitionerna av dessa yrkesroller utesluter inte att huvudmän och verksamheter har andra yrkesbenämningar, men dessa går tillbaka på en gemensam struktur.¹⁵⁸ Definitionen av stödpedagog som en särskild yrkesroll har legat till grund för en normerad tvåårig eftergymnasial utbildning som Myndigheten för yrkeshögskolan ger. Se Myndigheten för yrkeshögskolans föreskrifter (MYHFS 2019:1) om utbildningar inom yrkeshögskolan med inriktning och bemanning stödpedagog inom funktionshinderområdet.

SiS har nyligen infört en egen yrkesindelning i de särskilda ungdomshemmen med behandlingssekreterare och behandlingssamordnare som har akademisk utbildning, behandlingspedagoger med tvåårig eftergymnasial utbildning och behandlingsassistenter med annan utbildning. SiS modell skiljer sig från strukturen inom funkområdet genom att inkludera yrkesroller för personer med akademisk examen.

Särskild tillgång till hälso- och sjukvård

Placeringar i HVB görs utifrån sociala vårdbehov, men de sociala vårdbehoven är ofta förenade med hälso- och sjukvårdsbehov. Uppgifter från IVO:s omsorgsregister visar att inriktningar som ”neuropsykiatrisk störning” och ”psykisk störning” är vanliga bland HVB-verksamheterna. Det finns HVB som är vårdgivare och bedriver hälso- och sjukvård även om det är oklart hur vanligt det är.

Socialstyrelsen har bedömt att tre typer av HVB bör vara tillgängliga för barn och unga:

1. *HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser och en väl fungerande samverkan med hälso- och sjukvården.* Denna typ av HVB har haft en grundläggande och generell betydelse inom HVB-vården. Den förekommer vid HVB utan hälso- och sjukvård i den egna organisationen och inriktning på bland annat barn och unga med sociala vård- och stödbehov samt psykiatriska tillstånd.

¹⁵⁸ Etikettlista AID 2018-02-28 (reviderad 2018-06-28), etikett 351030–351032.

2. *HVB som ger hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå av exempelvis sjuksköterska eller psykolog i den egna organisationen eller vissa psykologiska behandlingar som annars ges vid BUP.* Denna typ av HVB är viktig för vissa grupper av barn och unga som behöver sociala stöd- och vårdinsatser i förening med viss hälso- och sjukvård under placeringen. I dag förekommer denna typ av HVB såväl inom SiS som bland kommun och privata verksamheter.
3. *HVB med integrerad vård på specialistnivå där läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ingår i teamet kring barnet eller den unge.* Denna typ av HVB är avsedd för de barn och unga som löper störst risker för fortsatta problem om HVB-vården inte är tillräckligt väl anpassad efter deras samlade behov. HVB med integrerad vård förekommer i dag, i projektform inom SiS och i vissa andra former av samverkan mellan kommunala HVB och regioner samt inom företag med tillgång till hälso- och sjukvård.

Alla dessa former av HVB förekommer i dag, men det saknas information om vilka HVB som också är vårdgivare och vilken hälso- och sjukvård de erbjuder.¹⁵⁹ Differentieringen av HVB utifrån tillgången till hälso- och sjukvård väcker också flera frågor om ansvarsförhållanden och samverkan som behöver klargöras och i vissa fall kräver nya eller mer stabila lösningar. Det gäller både verksamheternas eget ansvar och samverkan mellan socialnämnden och regionen.

Ansvar för olika uppgifter

En huvudfråga är vad som ska räknas som socialtjänst respektive hälso- och sjukvård samt vad som ligger i kommunens, regionens och HVB:s ansvar. En närmare analys av dessa frågor behöver göras med inriktning på att ta fram så konkret vägledning som möjligt för huvudmän och verksamheter. I vissa delar kan beskrivningen av uppgifter och ansvar bli tydligare genom det utvecklingsarbete som pågår om integrerad vård för vissa barn i särskilda ungdomshem. Det arbetet avser en mindre grupp barn med omfattande psykiatriska vårdbehov, men kan ge nya beskrivningar av vilka konkreta ansvars- och gränsdragningsfrågor som är aktuella i samverkan om hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB.

¹⁵⁹ Socialstyrelsen 2019a s. 29 f.

Det kan tilläggas att utredningen behandlar vissa frågor om regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga som vårdas i HVB i avsnitt 9.5.

Information om vilka HVB som också erbjuder hälso- och sjukvård

I dag saknas information om vilka HVB som också är vårdgivare och erbjuder hälso- och sjukvård trots att IVO har uppgifter om det i omsorgsregistret respektive vårdgivarregistret. Samsjuklighetsutredningen har föreslagit att en ansökan eller anmälan till IVO om att bedriva HVB ska innehålla en upplysning om verksamheten även avser bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. En sådan upplysning ska inte vara en förutsättning för tillståndsprövningen, utan endast upplysning för att myndigheten i sin tillsynsverksamhet ska ha de uppgifter som behövs för att bedriva en effektiv tillsyn.¹⁶⁰

Denna utredning ska inte lämna förslag om IVO:s tillståndsprövning, men ser fördelar med Samsjuklighetsutredningens förslag. Det kan öka IVO:s möjligheter att bedriva tillsyn av hälso- och sjukvårdsverksamheten i HVB i anslutning till den pågående frekvenstillsynen med regelbundna inspektioner av alla verksamheter. Om IVO får information om vilka HVB som avser att driva hälso- och sjukvårdsverksamhet så bör den informationen också enkelt kunna bli tillgänglig för kommunerna genom IVO:s placeringsstöd HVB och stödboende.

Integrerad vård

Utredningen ser de arbeten som nu är aktuella för att olika former av integrerad vård som viktiga steg mot en vårdstruktur där sådan vård i högre grad blir tillgänglig för barn och unga som vårdas i HVB. Ett pågående pilotprojekt som rör SiS och fyra regioner ska slutrapporteras av Socialstyrelsen 2025 (se avsnitt 9.7.4). Utredningen vill framhålla att integrerade verksamheter också är ett exempel på en typ av institutionsvård som lämpar sig för gemensam planering och drift av kommunerna i en region och barn- och ungdomspsykiatri i regionen. En sådan verksamhet finns sedan några år i Östergötland, en annan har startats i Värmland.

¹⁶⁰ SOU 2023:5 s. 189 f.

Fördelar med att bedriva integrerade verksamheter på regional nivå är att barn och unga inte behöver placeras långt från hemorten och att det finns förutsättningar att arbeta med barns och ungas vårdbehov i tidigare skeden. Sådana integrerade verksamheter svarar alltså väl mot principen om att samhällsvården inte ska vara mer ingripande än nödvändigt (se avsnitt 5.5.2).

I den mån inte också dessa och andra former uppmärksammas i Socialstyrelsens slutrapport om integrerad vård vid särskilda ungdomshem bör myndigheten få i uppdrag att göra en särskild analys av hur olika former av integrerad vård för barn och unga i HVB kan utformas som delar av en differentierad vård och en tydligare vårdstruktur.

Planering, uppföljning och finansiering

Flera konkreta samverkansfrågor är också aktuella för att tillgång till hälso- och sjukvård ska vara en del av differentieringen av HVB. Det gäller behovet av en SIP eller annan gemensam planering vid placeringar av barn och unga i HVB som ger hälso- och sjukvård i den egna organisationen eller i nära samverkan med annan vårdgivare. Det är särskilt viktigt eftersom ansvaret för att hälso- och sjukvården ges med god kvalitet ligger på de berörda regionerna och behöver planeras och följas upp av socialnämnden i samverkan med dem. Barn och unga som är placerade i HVB som erbjuder viss hälso- och sjukvård ska också erbjudas den hälso- och sjukvård som de behöver och inte bara den hälso- och sjukvård som är tillgänglig vid institutionen.

Betalningsansvaret behöver också vara tydligt från början. Risken är att bara barnets hemkommun får svara för uppdraget, kvaliteten i hälso- och sjukvårdsinsatserna och finansieringen av den, trots att kommunerna inte har kompetens och betalningsansvar för det.

8.8.3 Utredning av befogenheter vid HVB och SiS särskilda befogenheter

Förslag: Regeringen bör skyndsamt låta utreda behov av och förutsättningar för befogenheter i HVB för att genomföra vård av barn och unga på ett tryggt och säkert sätt. En sådan utredning bör också omfatta SiS särskilda befogenheter.

En central del av dagens differentiering av institutionsvården är att endast SiS har särskilda befogenheter för att genomföra vården i särskilda ungdomshem. Övriga HVB har inga särskilda befogenheter.

Det innebär att förutsättningarna för att genomföra vården skiljer sig kraftigt mellan de särskilda ungdomshemmen och övriga HVB. Barn och unga som vårdas i privata och kommunala HVB kan fortsätta att utsätta sig själva, och ibland även andra, för de risker som låg till grund för placeringen. Det handlar särskilt om kontakter med omvärlden i samband med missbruk, kriminalitet, prostitution och om innehav av droger eller vapen. Inte minst har dagens användning av mobiltelefoner lett till att barn och unga kan ta med sig de kontakter och den livsmiljö som HVB-placeringen är avsedd att skydda dem mot. Tidigare innebar en placering i HVB att barnet eller den unge lyftes ur sin vanliga livsmiljö under en tid och undanhölls från kontakter med destruktiva nätverk. Nu tar barn och unga med sig sin vanliga livsmiljö in i HVB genom mobiltelefonerna och utvidgar den även ibland under placeringen.

Återkommande problem med att svara för vården och säkerställa säkerhet och trygghet i HVB har tagits upp av SKR och företrädare för verksamheterna och av polisen som ofta får hämta barn och unga som lämnat institutioner och köra dem tillbaka dit. Placeringar kan snabbt behöva avbrytas och barnet eller den unge föras till SiS för vård vid låst avdelning. Företrädare för HVB har pekat på att både polisen och socialtjänsten väntar sig att institutionerna ska kunna agera mer för att säkerställa en drogfri och i övrigt trygg miljö och att begränsa barnens och de ungas kontakter med omvärlden än vad lagstiftningen tillåter. Förhållandena är inte helt nya, men har gått från att inte varit i fokus när direktiven till den här utredningen skrevs till att vara betydande, i flera fall akuta och uppmärksammade i offentligheten när utredningen avslutas. Anledningen är en kombination av att problematiken hos barn och unga som befinner sig i HVB snabbt har blivit mycket allvarigare och att många nu har samma problematik med vård- och skyddsbehov som de som tidigare endast vårdades av SiS. Till det kommer att IVO i större utsträckning tagit upp begränsningsåtgärderna i sin tillsyn.

Den svenska institutionsvården skiljer sig på dessa punkter från vården i våra grannländer. I Danmark delas institutioner för barn och unga in efter tillgången till begränsningsåtgärder.¹⁶¹ Personalens be-

¹⁶¹ 63 a § serviceloven via *Retsinformation*: <https://www.retsinformation.dk>.

fogenheter regleras i en särskild lag om vuxnas ansvar inom vård och omsorg för barn och unga, den så kallade voksenansvarsloven. I Norge finns inga institutioner som motsvarar de särskilda ungdomshemmen. I stället regleras personalens befogenheter i barnevernloven utifrån om institutionernas syften och inriktningar.¹⁶² Med den nya norska barnevernloven kommer användningen av maktmedel vid institutioner att göras i lagen i stället för i särskilda föreskrifter. En utgångspunkt är att institutionen får använda milda former av fysisk makt om det är uppenbart nödvändigt för att ge barnet försvarbar omsorg eller om det är uppenbart nödvändigt för att värna trygghet och trivsel för alla på institutionen. Det kan handla om att kortvarigt hålla fast barnet eller leda barnet.¹⁶³ Institutionen ska dock arbeta systematiskt för att förebygga tvång och andra ingrepp i barns personliga integritet. Institutionen ska också gå igenom användningen av tvång och andra maktmedel med barnet så snart som möjligt efter ingripandet.¹⁶⁴

Det finns goda skäl till den restriktiva regleringen av befogenheter i andra HVB än de särskilda ungdomshemmen. Barns och ungas integritet måste värnas i en vårdform där de vistas utan tillgång till en familj och ofta mot deras egen vilja. De särskilda befogenheter som SiS har tillgång till är omdiskuterade och studier har visat på oklarheter och problem vid tillämpningen av dem. Ur ett barnrättsperspektiv kan nya befogenheter för fler aktörer framstå som riskabel.

Dessa omständigheter behöver vägas mot vad som krävs för att genomföra en vårdinsats vid HVB för barn och unga under säkra och trygga former. Ur ett barnrättsperspektiv är det också en central fråga. Inte minst är det viktigt att förebygga och undvika sammanbrott i HVB som leder till att barn och unga placeras i de särskilda ungdomshemmen, med dess mer långtgående befogenheter och säkerhetskrav. Många HVB möter också barn och unga med koppling till grov kriminalitet som kan behöva skydd under placeringen och som andra barn och unga i HVB kan behöva skyddas mot. I utredningens direktiv nämns bland annat ungdomar med koppling till gängkriminalitet som en sådan grupp.

Mot den bakgrunden bör regeringen se över förutsättningarna att ge andra HVB än de särskilda ungdomshemmen vissa befogenheter för trygghet och säkerhet i vården. Dessa befogenheter skulle kunna

¹⁶² Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet/Deloitte 2019 s. 36.

¹⁶³ 10–3 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97) genom Lovdata: <https://lovdata.no>.

¹⁶⁴ 10–4 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97) genom Lovdata: <https://lovdata.no>.

röra vistelse utanför institution, besök på institutionen, elektronisk kommunikation, urinkontroll samt visitering av rum för att se om det finns droger eller vapen där. Andra befogenheter bör även i fortsättningen vara förbehållna SiS. Erfarenheter från institutionsvården i andra länder bör inhämtas och analyseras som en del av översynen. Det gäller särskilt erfarenheter i Danmark, Finland och Norge, där institutionsvården befogenheter har reglerats på andra sätt än i Sverige.

Om det blir aktuellt att ge andra HVB än de särskilda ungdomshemmen vissa befogenheter så behöver det utredas vilka HVB som ska ha tillgång till dessa befogenheter, likaså vilka krav på kompetens och rättssäkerhet de ska vara knutna till. Befogenheterna kan till exempel vara aktuella i HVB som inte måste ha tillstånd, dvs. kommunala HVB, vilket i så fall skulle kräva särskilda tillstånd eller liknande för befogenheterna. Det behöver särskilt undersökas om HVB för olika målgrupper skulle behöva ha olika sorts befogenheter. Även kraven för användningen av befogenheterna skulle behöva utredas, till exempel när det gäller tidsmässiga begränsningar, anmälan till IVO och rätt för barnet eller den unge att överklaga användningen av vissa befogenheter.

En översyn av befogenheterna bör inte begränsas till kommunala och privata HVB. Även de särskilda befogenheter som SiS har i de särskilda ungdomshemmen behöver tas med i översynen för en samlad analys, bedömning och reglering. Det gäller inte bara regleringen av befogenheterna utan även krav på kompetens och rättssäkerhet för barnet eller den unge om reglerna ändras.

Enligt direktiven ska utredningen inte föreslå ändringar angående SiS särskilda befogenheter, IVO:s tillståndsprövning eller LVU-kriterierna, frågor som befogenheter vid HVB är nära kopplade till. Utredningen föreslår därför att regeringen skyndsamt utreder befogenheter i HVB att genomföra vården på ett tryggt och säkert sätt och SiS särskilda befogenheter.

8.9 Vård i särskilda ungdomshem – överväganden och förslag

I detta avsnitt lämnar utredningen vissa förslag som gäller SiS särskilda ungdomshem och förutsättningarna för arbetet där som delvis skiljer sig från vad som gäller för andra HVB. De övriga förslagen

om HVB tidigare i detta kapitel rör annars också de särskilda ungdomshemmen.

8.9.1 SiS roll i vårdkedjan

Förslag: 4 § förordningen (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse föreslås ändras så att det framgår att myndigheten ska utforma sin verksamhet så att den utgår från varje persons individuella villkor och behov.

Regeringen bör ge SiS i uppdrag att utveckla sitt arbete med Treatment Foster Care Oregon (TFCO) och bidra till implementeringen av metoden.

Regeringen bör utreda den långsiktiga finansieringen av vården i särskilda ungdomshem med inriktning på likvärdighet för barn och unga oavsett hemkommun.

Bedömning: SiS har gjort viktiga förändringar för att differentiera vården i särskilda ungdomshem. Det är angeläget att myndigheten får de förutsättningar som behövs för att fortsätta det arbetet.

En statlig myndighet behövs för säker tillgång till viss kvalificerad vård

På flera ställen i detta betänkande pekar utredningen på betydelsen av statliga insatser för god kvalitet i samhällets vård för barn och unga. Den mest långtgående formen av dessa insatser är att staten själv tar på sig att utföra en del av vården. Ett skäl som talar för det är att viss vård behöver vara kontinuerligt tillgänglig på ett sätt som andra utförare har svårt att garantera. Ett annat skäl är att den vården också kräver hög kompetens, särskilt väl utformade vårdmiljöer och ett kvalificerat vårdinnehåll för att tillgodose sammansatta vårdbehov i nära samverkan med andra huvudmän. Ytterligare ett skäl för statligt utförande av en del av vården är att det ger konkreta möjligheter att driva på kvalitetsutvecklingen inom hela institutionsvården genom att ta fram metoder, arbetssätt och organisationslösningar som i vissa fall också kan användas i andra HVB.

Enligt utredningens uppfattning är en statlig myndighet väl motiverad som utförare av viss institutionsvård för barn och unga utifrån dessa tre skäl. Utredningen konstaterar att statens nuvarande myndighet inom området bara delvis har det uppdrag och de förutsättningar som behövs. När SiS inrättades var det i första hand för att lösa ett akut problem med bristande kapacitet hos de särskilda ungdomshem som landstingen tidigare ansvarade för. Den nya myndigheten fick också bara i uppgift att ta över de särskilda ungdomshemmen – och LVM-hemmen för missbruksvård – och att alltid ta emot barn och unga som omhändertas enligt 3 § LVU om socialnämnden ansöker om en plats hos SiS.

Inom den del av verksamheten som gäller vård enligt LVU har SiS uppdrag och förutsättningar inte förändrats nämnvärt sedan myndigheten inrättades. Under de senaste åren har flera interna utvecklings- och förändringsarbeten däremot genomförts eller påbörjats inom SiS. Det gäller bland annat införandet av särskilt förstärkta avdelningar och samverkan med några regioner om integrerad vård. En grundutbildning för anställda har införts, likaså en struktur för yrkesgrupper i de särskilda ungdomshemmen (se ovan i avsnittet om bemanning). En omorganisation pågår för tydligare ledning och styrning inom myndigheten. SiS har också utvecklat och stärkt sitt arbete med skolan som en del av verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen.

Samtidigt rapporteras fortsatt mycket allvarliga brister och problem i SiS verksamhet av statliga myndigheter, barnrättsorganisationer, forskare och massmedier. Det gäller övergrepp mot barn och unga i särskilda ungdomshem och andra allvarliga skador av vården. Särskilt har brister för flickor som vårdas i särskilda ungdomshem uppmärksammats.¹⁶⁵ Att det är andra aktörer som svarat för dessa rapporter är anmärkningsvärt med tanke på det ansvar och de förutsättningar SiS har att följa upp sin verksamhet och åtgärda brister i den. Under det senaste året har det också varit brist på vårdplatser i de särskilda ungdomshemmen med en kösituation som påminner om läget då SiS inrättades för att öka tillgången till just denna vård. Till detta kommer brister i SiS organisation och arbetssätt, där mer enhetliga rutiner och arbetsprocesser behövs.

¹⁶⁵ Se t.ex. Statskontoret 2022, Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2023d, Andersson Vogel 2020 och Nolbeck 2022.

Utredningen konstaterar att det krävs betydande insatser för att SiS ska vara den typ av myndighet som det finns skäl för staten att ha inom samhällets vård för barn och unga, det vill säga en myndighet med hög tillgänglighet, spetskompetens och en central roll för kvalitets- och kunskapsutveckling. Det gäller både inom myndigheten, där mycket snabba resultat krävs av det pågående förändringsarbetet, och av regeringen som ansvarar för att den statliga myndighet som finns inom området har det uppdrag och de övriga förutsättningar som behövs. Sådana förändringar är också en förutsättning för den inriktning och de förslag som utredningen arbetar med avseende de särskilda ungdomshemmen. De utgår från att SiS har och upprätthåller ett stort förtroende från alla som berörs av samhällets vård för barn och unga. Utredningen välkomnar därför att regeringen har aviserat en översyn av SiS uppdrag inom barn- och ungdomsvården.¹⁶⁶

Vården ska utformas utifrån varje persons individuella villkor och behov

Av 4 § förordningen (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse: framgår att myndigheten ska utforma sin verksamhet så att den utgår från flickors och pojkars samt kvinnors och mäns villkor och behov. Inte minst de senaste årens uppmärksamhet kring vården för flickor i särskilda ungdomshem visar på betydelsen av att vården utformas med insikt om barns och ungas olika behov och förutsättningar. Den tydliga uppdelningen mellan flickor och pojkar samt kvinnor och män riskerar dock att osynliggöra barn och vuxna med könsöverskridande identitet eller uttryck.

Utredningen föreslår att bestämmelsen ändras till att ange att myndigheten ska utforma sin verksamhet så att den utgår från varje persons individuella villkor och behov. Det innebär ett tydligt krav på individualiserad vård oavsett könsidentitet eller könsuttryck. Samtidigt kommer förhållanden som har betydelse för flickor och pojkar samt kvinnor och män att vara fortsatt viktiga också för en individuellt utformad vård.

¹⁶⁶ ”Nu sätter vi stopp för mobilerna på Sis-hem”. Debattartikel med socialtjänstminister Camilla Waltersson Grönvall, *Aftonbladet* den 29 juni 2023, tillgänglig via <https://www.regeringen.se/debattartiklar/2023/06/nu-satter-vi-stopp-for-mobilerna-pa-sis-hem> (hämtad 2023-08-11).

Resurser för mindre vårdavdelningar och fortsatt differentiering

Förslaget om att förtydliga varje persons individuella villkor och behov som grunden för hur SiS utformar sin verksamhet innebär också en markering av att myndigheten behöver ha de förutsättningar som krävs för uppgiften och kunna utföra den med god kvalitet. Barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem har ofta sammansatta behov som ställer krav på de former av differentiering som utredningen beskriver i avsnitt 8.8.1. SiS har under de senaste åren gjort viktiga insatser för att olika typer av behov, bland annat att inrätta avdelningar med färre vårdplatser och hög bemanning. SiS har också arbetat för att tillgodose behov av habiliterande insatser och nära samverkan med psykiatri som inte är uttalade delar av myndighetens uppdrag.

Dessa resultat och erfarenheter är viktiga också för differentieringen av HVB i övrigt och bör kunna användas av Socialstyrelsen för det arbete utredningen föreslår i avsnitt 8.8.2 om differentierad institutionsvård för barn och unga. De särskilda ungdomshemmen har uppgifter som inte andra HVB har, och staten har genom regeringen andra möjligheter att ange villkoren för sin myndighet inom området. Det kan till exempel handla om att SiS bör övergå till generell mindre avdelningar än i dag. Tillgången till särskild kompetens och särskilt utformade vårdmiljöer för barn och unga med funktionsnedsättning behöver också stärkas inom SiS för en tydligare specialiserad vård vid de särskilda ungdomshemmen.

I sitt budgetunderlag för 2024–2026 bedömer SiS att anslagsnivån behöver stärkas för att kunna fortsätta med anpassad vård, utöka insatserna för flickor, föryngrå och anpassa lokalerna, säkerställa kompetensförsörjning och höja nivån på kompetens samt trygga vård och arbetsmiljö. En anledning till det är kostnader för fortsatt differentiering av vården. Bland annat bör det utredas om den yngre målgruppen 9–11 år bör ha egna avdelningar vilket kan leda till ökade resurser. Även barn och unga med stora behov kräver mindre avdelningar och förstärkta personalgrupper som innebär högre kostnad per plats.¹⁶⁷

Enligt utredningens uppfattning är det mycket viktigt att SiS har de resurser som krävs både för att kunna ta emot barn och unga enligt myndighetens grundläggande uppdrag och för att erbjuda en differentierad vård med bland annat mindre vårdavdelningar för de barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem. För sådana avdelningar

¹⁶⁷ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023a s. 4 och 13 ff.

behöver det också finnas resurser som gör det möjligt att bereda plats vid behov även om efterfrågan varierar över tid. Den utveckling som SiS påbörjat med en mer differentierad vård för barn och unga är angelägen och hör till de mest lovande delarna av det förändringsarbete som pågår inom myndigheten. Resurser behöver finnas för förändringsarbetet och det löpande arbetet så att de olika uppgifterna inte ställs mot varandra. SiS satsning på vården av flickor behövde pausas tillfälligt under en period på grund av andra resursbehov inom myndigheten när efterfrågan på vården och vårdtiderna blev längre.

Utredningen delar SiS bedömning att särskilda avdelningar för den yngre målgruppen till och ned 11 år bör utredas. Om barn i den åldern överhuvudtaget ska vårdas inom SiS behöver barnen tillgång till en vårdmiljö som är utformad för dem och möta personal med rätt kompetens.

TFCO vid utslussning från särskilda ungdomshem och som alternativ till vård i särskilda ungdomshem

I avsnitt 6.6.4 beskriver utredningen hur socialnämnden kan göra placeringar för vård i så kallade behandlingsfamiljer genom en kombination av vård i förstärkt familjehem och en öppenvårdsinsats, i båda fallen inom ramen för de tillståndskrav som gäller i dag och de som utredningen föreslår. Som framgår av avsnittet finns det bara en form av behandlingsfamilj med så gott kunskapsstöd att Socialstyrelsen rekommenderar den. Det är Treatment Foster Care Oregon, TFCO. I Sverige förekommer TFCO sedan mer än två decennier, men spridningen har gått långsamt. Samma erfarenhet finns i Norge där metoden också förekommer i anslutning till enstaka behandlingsinstitutioner. Regeringen har gett Socialstyrelsen och SBU i uppdrag att tillsammans förbättra förutsättningarna för fler placeringar i bland annat behandlingsfamiljer.

SiS särskilda ungdomshem i Hässleholm är en av de verksamheter som har längst erfarenhet av arbete med TFCO i Norden. I anslutning till den övriga vården där har ungdomshemmet i tjuugo år erbjudit TFCO som en del av utslussningen av barn och unga eller som alternativ till en placering i ungdomshemmet. SiS utreder nu möjligheterna att erbjuda TFCO till kommuner från ett antal utvalda ungdomshem

som har förutsättningar för metoden.¹⁶⁸ Enligt utredningens bedömning har SiS goda förutsättningar att bidra till implementeringen av TFCO med sin långa erfarenhet av metoden, den geografiska spridningen av särskilda ungdomshem och en verksamhet med sådan omfattning att arbetet kan bli stabilt över en längre tid. Som statlig myndighet har SiS även möjlighet att tillhandahålla insatsen till kommunerna utan att det krävs ramavtal eller kommunsamverkan. Få aktörer inom samhällsvården för barn och unga har motsvarande förutsättningar. Utredningen föreslår att SiS får ett uppdrag att erbjuda TFCO vid fler strategiskt utvalda särskilda ungdomshem utifrån resultaten av den utredningen som myndigheten nu gör. Ett sådant uppdrag förstärker också SiS inriktning mot en mer differentierad och specialiserad vård även om det gäller en annan typ av vård än den som brukar bedrivas vid särskilda ungdomshem.

Uppdraget bör enligt utredningens bedömning inte avgränsas till barn och unga som varit inskrivna vid särskilda ungdomshem. Behovet av implementering av TFCO är stort och insatsen kan vara ett sätt att förebygga en placering i särskilt ungdomshem. Av 3 § instruktionen för Statens institutionsstyrelse framgår att myndigheten får utföra uppdrag åt kommuner och regioner i samband med avgiftning av missbrukare, utslussning, eftervård eller andra insatser som anknyter till verksamheten vid bland annat särskilda ungdomshem. Uppdrag om TFCO i anslutning till utslussning är förenligt med vad som anges i bestämmelsen, men utredningen bedömer att SiS inte har författningsstöd för att genomföra behandling med TFCO för ett barn eller ung person som inte har varit placerad i ett särskilt ungdomshem. Utredningen föreslår en ändring av 3 § instruktionen så att myndigheten kan utföra uppdrag åt kommuner om behandlingsverksamhet i familj för unga under 21 år i syfte att förebygga institutionsplaceringar även om den unge inte vårdats i särskilt ungdomshem.

Översyn av SiS finansieringsmodell med inriktning på likvärdighet för barn och unga oavsett hemkommun

Kommunerna betalar för vården vid särskilda ungdomshem genom vårdavgifter till SiS, men stora delar av verksamheten finansieras genom statens budget. Under 2023 subventioneras vårdavgifterna också av

¹⁶⁸ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023a s. 16.

staten för att kommunerna ska kunna placera ungdomar på särskilda ungdomshem för att förhindra fortsatt kriminalitet och återfall.¹⁶⁹ Som framgår av avsnitt 8.3.4 innebär subventionen under 2023 att vårdavgiften för mottagning och behovsbedömning är 6 375 kronor i stället för 8 733 kronor. För behandlingsverksamhet är kostnaden 6 750 kronor med subvention, vilket kan jämföras med 8 733 utan subvention. Se 3 § Statens institutionsstyrelses föreskrifter (SiSFS 2022:1) om vårdavgifter för ungdomar som vistas vid särskilda ungdomshem med stöd av 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) med mera.

SiS pekar sitt budgetunderlag 2024–2026 på att myndighetens kostnader kommer att fortsätta öka, huvudsakligen till följd av ett ökat antal platser, verksamhetsutveckling, säkerhetshöjning och förnyring av myndighetens lokaler. Behoven hos myndighetens målgrupp har också förändrats, vilket medför ökade kostnader per plats. Om inte kommunernas kostnader ska öka kommer det därför att behövas ytterligare åtgärder. Enligt SiS bör det utredas om statens ansvar för vården och behandlingen av målgruppen är rimligt avvägt i förhållande till kommunernas ansvar. SiS anser att det bör övervägas att permanenta avgiftssubventionen och integrera subventionen som en naturlig del i myndighetens ordinarie anslag genom att ändra finansieringsvillkor mellan anslagsfinansierad och avgiftsbelagd verksamhet.¹⁷⁰

De särskilda ungdomshemmens vårdmiljöer kommer också att ställa krav på investeringar. SiS har konstaterat att ungdomshemmens lokaler inte alltid är ändamålsenliga för verksamheten. Ungdomshemmen är också fördelade i landet på ett sätt som inte alltid främjar samverkan och rekryteringen av rätt kompetens. SiS har tagit fram en långsiktig plan för lokalförsörjningen.¹⁷¹

Utredningen delar SiS bedömning att den långsiktiga finansieringen av vården vid särskilda ungdomshem behöver analyseras och säkerställas. Med en mer differentierad och specialiserad vård för att möta de placerade barnens och ungas behov är detta särskilt angeläget. Ett särskilt ansvar för SiS att erbjuda viss hälso- och sjukvård (se avsnitt 9.7.5) ökar behovet av att finansieringen av vården i de särskilda ungdomshemmen ses över. Det måste vara tydligt för staten

¹⁶⁹ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023a s. 34.

¹⁷⁰ Ibid.

¹⁷¹ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023a s. 38 f.

och kommunerna vem som betalar vad i vården, inklusive hälso- och sjukvården.

Utredningen föreslår att regeringen utreder hur statens och kommunernas ansvar för att finansiera vården vid särskilda ungdomshem på lång sikt med beaktande av att SiS i än högre grad behöver rustas för att ge differentierad och specialiserad vård. Utredningen bör också analysera hur statliga subventioner påverkar efterfrågan på vård vid särskilda ungdomshem och andra HVB, både vid ansökan om vård och hur länge vården pågår. Det ska inte finnas ekonomiska incitament för kommunerna att efterfråga vård i särskilda ungdomshem framför vård vid andra HVB.

8.9.2 Vård med särskilt noggrann tillsyn

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att samordna ett arbete för att ta i nära samverkan med SiS och SKR fram kriterier för vård med särskilt noggrann tillsyn.

Bedömning: SiS behöver ha tillgång till vård i öppna former för utslussning under en begränsad tid av barn och unga från låsbara avdelningar i särskilda ungdomshem.

Regeringen bör överväga om SiS ska ges möjlighet att besluta om utskrivning från särskilda ungdomshem när kriterier för att bedöma behov av vård med särskilt noggrann tillsyn tagits fram och tillgången till öppna vårdplatser för utslussning från ungdomshemmen har säkerställts.

Verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen är beroende av kommunernas bedömningar av när vården där ska ges, hur länge den ska pågå och när den ska avslutas. SiS är skyldig att anvisa plats i ett särskilt ungdomshem om socialnämnden har beslutat att den unge ska vistas där. I akuta situationer ska Statens institutionsstyrelse omedelbart anvisa en sådan plats. (12 § LVU) Vården i ett särskilt ungdomshem avslutas när socialnämnden bedömer att vården där inte längre behövs (jfr 21 § LVU).

Reglerna är i enlighet med att socialnämnden har det sammanhållande ansvaret för vård av barn och unga enligt LVU och socialtjänstlagen. Till skillnad från andra utförare av institutionsvård kan

SiS dock inte uppställa egna krav vid uppdrag från socialnämnden eller säga upp ett uppdrag.

Kriterier för vård med särskilt noggrann tillsyn

Enligt 12 § LVU ska det finnas särskilda ungdomshem för vård av unga på någon grund som anges i 3 § samma lag och behöver stå under särskilt noggrann tillsyn. Behovet av särskilt noggrann tillsyn är grundläggande för vården i särskilda ungdomshem och något som skiljer dessa ungdomshem från andra HVB.

Begreppet särskilt noggrann tillsyn infördes i 1980 års LVU. Av förarbetena till den lagen framgår att det endast är vid hem för särskilt noggrann tillsyn som unga ska kunna kvarhållas och i övrigt underkastas begränsningar i sin rörelsefrihet inom ramen för de befogenheter som tillkommer den som har ansvaret för vården.¹⁷² Vid införandet av nu gällande LVU tillkom inga ytterligare beskrivningar eller definitioner av särskilt noggrann tillsyn.

Det finns inga enhetliga och allmänt omfattade kriterier för bedömningen av när vård med särskilt noggrann tillsyn behövs. Regleringen av de befogenheter som SiS kan använda när barn och unga vårdas i särskilda ungdomshem avser endast vissa situationer inom ramen för vården vid ett ungdomshem. En orsak till vård i särskilda ungdomshem är behov av tillsyn vid suicidrisk, men det finns ingen grund i regler och förarbeten för att det ska betraktas som särskilt noggrann tillsyn. Vad särskilt noggrann tillsyn innebär i förhållande till vården vid de särskilt förstärkta avdelningarna med habiliterande är också viktigt att klargöra så att den vården kan avslutas även om stora stödbehov finns kvar.

Det är också oklart hur socialnämnderna tolkar begreppet särskilt noggrann tillsyn och vad det betyder vid bedömningar och beslut om vård i särskilda ungdomshem och hur länge vården där ska pågå, till exempel i förhållande till andra vårdalternativ och vårdens kostnader.

Behovet av särskilt noggrann tillsyn är centralt vid in- och utskrivning från SiS särskilda ungdomshem, vilket förutsätter att kriterierna för bedömningen av behovet som tillämpas på ett likvärdigt och rättssäkert sätt av socialnämnder och SiS. Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att samordna ett arbete

¹⁷² Prop. 1970/80:1 Del A s. 503.

för att ta i nära samverkan med SiS och SKR fram kriterier för vård med särskilt noggrann tillsyn. Enligt utredningens bedömning behöver arbetet samordnas av en part som inte har eget vårdansvar och därmed inga incitament som kan påverka kriterierna. Socialstyrelsen har också möjlighet att bedöma om kriterierna kan eller bör utformas som regler, rekommendationer eller på annat sätt.

Tillgång till öppna platser för utslussning från vård i låsbar avdelning

SiS får bedriva annan vård vid de särskilda ungdomshemmen än den som gäller särskilt noggrann tillsyn. Som framgår ovan får SiS enligt sin instruktion utföra uppdrag åt kommuner och regioner i samband med avgiftning av missbrukare, utslussning, eftervård eller andra insatser som anknyter till verksamheten vid bland annat särskilda ungdomshem. Den utredning som föreslog inrättandet av SiS konstaterade också unga utan behov av särskilt noggrann tillsyn mycket väl kan och får vårdas i särskilda ungdomshem.¹⁷³

År 2021 var 88 procent av platserna i de särskilda ungdomshemmen låsbara och 12 procent öppna. Andelarna har varierat något över tid, men de senaste åren har den legat på ungefär samma nivå.¹⁷⁴ De öppna platserna används för bland annat utslussning från vård vid låsbar plats till vård utanför SiS. I sitt budgetunderlag för 2024–2026 framhåller SiS behovet av en hållbar vårdkedja som innebär att öppna platser ska kunna tillhandahållas inom ramen för placeringen vid ett ungdomshem. För att kunna erbjuda en trygg vård och behandling på de öppna avdelningarna behöver antalet medarbetare öka, särskilt på natten och helgerna.¹⁷⁵

Enligt utredningens uppfattning ska SiS ska ha tillgång till vård i öppna former för utslussning under en begränsad tid av barn och unga från låsbara avdelningar i särskilda ungdomshem, förslagsvis upp till en månad. Något annat syfte för de öppna platserna har utredningen svårt att se, utan en sådan koppling till vårdkedjan kommer vården vid de öppna platserna nära det övriga utbudet av öppen institutionsvård i privat och offentlig regi.

¹⁷³ SOU 1992:18 s. 57.

¹⁷⁴ Se Statens institutionsstyrelse, *SiS i korthet* 2011 till och med 2021.

¹⁷⁵ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023a s. 15.

Utskrivning från särskilda ungdomshem

SiS ska enligt 3 kap. 16 § SoF omgående underrätta socialnämnden när det finns anledning till utskrivning. SiS har dock inte möjlighet att besluta om utskrivning av barn och unga som vårdas med stöd av LVU. Av 3 kap. 14 § SoF framgår att den som vårdas i ett HVB med stöd av LVU inte får skrivas ut om inte socialnämnden har begärt eller medgett det.

Med tydligare kriterier för vård med särskilt noggrann tillsyn ökar förutsättningarna för att SiS och socialnämnden ska göra likartade bedömningar av om det finns behov av sådan vård. Inför ansökan om plats i ett särskilt ungdomshem kommer det ändå att vara socialnämndens ansvar att så långt möjligt bedöma det vårdbehovet på egen hand och utan att SiS kan säga nej till en ansökan om myndigheten gör en annan bedömning. I det skedet är det nämnden som har kunskap om barn eller den unges vårdbehov och ansvar för att finna rätt vårdform.

När vården pågått en tid ändras detta. Det är SiS som har kontakt med barnet eller den unge dygnet runt och därför ser när och hur vårdbehoven förändras under vistelsen i ett särskilt ungdomshem. Som ensam utförare av vård av unga med särskilt noggrann tillsyn har SiS också störst kompetens att bedöma hur länge den vården behövs

Om SiS också har den tillgång som behövs till öppna platser för utslussning under upp till en månad efter utskrivning har myndigheten sammantaget andra förutsättningar än i dag att själv besluta om utskrivning av barn och unga.

Utredningen anser att detta är önskvärt och har övervägt ändringar i SoF som skulle göra det möjligt för SiS att besluta om utskrivning när behovet av vård med särskilt noggrann tillsyn inte längre behövs. En sådan möjlighet är i viss mån ett avsteg från kommunens sammanhållande ansvar för vården av barnet eller den unge, men innebär att SiS får en skyldighet att själv agera om ett barn eller ung person riskerar att vårdas längre än nödvändigt i en låsbar miljö med tillgång till särskilda befogenheter.

Enligt utredningens uppfattning är det i dagsläget inte möjligt att genomföra en regeländring som gör det möjligt för SiS att skriva ut barn och unga från särskilda ungdomshem. Dels saknas kriterier för att bedöma behovet av vård med särskild noggrann tillsyn och öppna vårdplatser för utslussning, dels finns det en stor osäkerhet om till-

gången till vård i andra HVB eller familjehem efter utskrivningen. SiS genomför under 2023 också ett pilotprojekt för att korta väntetiderna till de särskilda ungdomshemmen.¹⁷⁶ Utredningens förslag om familjehemsvården och institutionsvården ökar förutsättningarna för att det ska bli möjligt, men det finns frågor som behöver utredas vidare, bland annat om andra HVB än särskilda ungdomshem ska ha vissa befogenheter till skydd för barnet eller den unge.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att en möjlighet för SiS att besluta om utskrivning från särskilda ungdomshem bör övervägas på nytt när kriterier för att bedöma behov av vård med särskilt noggrann tillsyn tagits fram och tillgången till öppna vårdplatser för utslussning från ungdomshemmen har säkerställts.

Omplaceringar mellan särskilda ungdomshem

SiS har framfört till regeringen att det är önskvärt att SiS får fatta beslut om var den unge inledningsvis ska placeras och även fatta eventuella beslut om omplacering inom SiS. Myndigheten bedömer att det bland annat skulle kunna leda till att platserna i särskilda ungdomshem används mer effektivt och flexibelt.¹⁷⁷

Statskontoret anser i en rapport från 2022 att det är bättre att förbättra samverkan mellan SiS och socialtjänsten än att ändra på den nuvarande ansvarsfördelningsprincipen. LVU och socialtjänstlagen är tydliga i och med att de ger socialnämnden det sammanhållande ansvaret för den unge. Att ge beslutsrätt till SiS skulle göra ansvarsfördelningen otydligare mellan SiS och kommunerna.¹⁷⁸

Utredningen delar Statskontorets bedömning. Omplaceringar mellan särskilda ungdomshem kan dessutom innebära en betydande geografisk förändring, som ställer krav på att socialnämnden kan samordna kontakter med barnets eller den unges närstående, hälso- och sjukvården i en ny region med mera.

¹⁷⁶ Statens institutionsstyrelse, SiS, *Pilot för att korta väntetiderna för barn och unga*: <https://www.stat-inst.se/press/pressmeddelanden-nyheter/2023/pilot-for-att-korta-vantetiderna-for-barn-och-unga/> (hämtad 2023-08-11).

¹⁷⁷ Skr 2020/21:215 s. 27.

¹⁷⁸ Statskontoret 2022 s. 89 f.

8.9.3 Trygg och säker vård

Förslag: Statens institutionsstyrelse ska ha en central funktion dit barn och unga kan vända sig för att lämna klagomål på vistelsen vid särskilda ungdomshem. Bestämmelser om det införs i förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

Genom en ändring i 17 § LVU föreslås det framgå att kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning endast får utföras eller bevitnas av någon av samma kön om inte den unge har andra önskemål. Den unge ska tillfrågas om någon särskild person ur personalen genomför åtgärden. Den unges önskemål ska så långt det är möjligt tillgodoses.

Regeringen bör ge SiS i uppdrag att ta fram riktlinjer för att förebygga och motverka sexuella övergrepp och att rapportera hur riktlinjerna implementeras och följs upp.

Regeringen bör ge SiS i uppdrag att stödja barn och unga som blir brottsoffer i särskilda ungdomshem.

Systematiskt kvalitetsarbete

Statskontoret pekade 2022 på åtgärder i det systematiska kvalitetsarbetet för trygg och säker vård i de särskilda ungdomshemmen. En sådan åtgärd är att SiS utvecklar uppföljningen av de åtgärder som ungdomshemmen genomför för att komma till rätta med brister. Syftet är att säkerställa att ungdomshemmen faktiskt genomför åtgärder, och att klarlägga resultatet. Om ungdomshemmen inte har genomfört planerade åtgärder behöver SiS dokumentera skälen till detta. SiS bör också i sin organisation sprida vilka effekter som genomförda åtgärder har lett till och vad som har hänt när ungdomshemmen inte har genomfört åtgärder. En annan sådan åtgärd är att SiS säkerställer att ungdomshem som får en förändrad målgrupp har kompetens att anpassa verksamheten efter den nya målgruppen.¹⁷⁹ Den sista punkten har IVO pekat på som ett riskmoment, till exempel vid skifte från en äldre till en yngre målgrupp.¹⁸⁰

¹⁷⁹ Statskontoret 2022 s. 28 ff.

¹⁸⁰ IVO 2023d s. 19.

IVO har i början av 2023 bedömt att SiS i större omfattning behöver få del av resultat av tidigare utredningar eller göra egna kartläggningar för att kunna bemöta den placerades rätt med hänsyn till exekutiv förmåga, förmåga till känsloreglering, eventuell språkstörning och perceptuella och sensoriska svårigheter. I detta arbete ingår att kartlägga eventuella hjälpmedelsbehov såsom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tidshjälpmedel, scheman och olika avskärmande hjälpmedel. IVO framhåller att denna kunskap behövs om inte ungdomar ska utsättas för felaktiga krav och förväntningar, vilket kan leda till utagerande och i sin tur till tvångsåtgärder såsom avskiljning.

Förstärkt systematiskt kvalitetsarbete ingår i det större förändringsarbete som pågår inom SiS. Utredningen utgår från att SiS i det arbetet tar vara på Statskontorets och IVO:s bedömningar och förslag. I likhet med det övriga förändringsarbetet har viktiga åtgärder gjorts, men resultaten i verksamheten måste snabbt bli märkbara.¹⁸¹

Central funktion för klagomål

Barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem ska kunna klaga på brister, problem och missförhållanden där utan att tänka på att klagomålen går till ledningen vid det ungdomshem där vården ges. Klagomål från barn och unga är också ett viktigt underlag för SiS samlade kvalitetsarbete och behöver analyseras samlat för att myndigheten ska kunna vidta åtgärder på olika nivåer. Klagomål från barn och unga ska inte stanna vid respektive ungdomshem utan nå SiS ledning direkt. SiS beslutade i juni 2023 om att inrätta en central klagomålsfunktion för barn och unga i särskilda ungdomshem.¹⁸² Utredningen ser positivt på att SiS tagit det steget och anser att regeringen bör säkerställa att en central klagomålsfunktion blir en del av SiS ordinarie organisation och kvalitetsarbete. Bestämmelsen om central klagomålsfunktion för barn och unga föreslås därför införas i förordningen med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

Bestämmelser om en sådan funktion kompletterar bestämmelserna i 5 kap. 3 § 1 i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

¹⁸¹ Se t.ex. Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023b s. 66.

¹⁸² Statens institutionsstyrelse, SiS. Beslut om en nationell klagomålsfunktion och förstärkt barnrättsperspektiv i samarbete med civilsamhälle, 2023-06-10, dnr 1.1.4-6979-2022.

att den som bedriver socialtjänst ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående. Utöver dessa bestämmelser finns också ett regelverk för den som fullgör uppgifter vid Statens institutionsstyrelse att genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden enligt bestämmelser i 14 kap. 3 § SoL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. Enligt 14 kap. 3 § andra stycket 2 SoL fullgörs rapporteringsskyldigheten rörande personalens uppmärksammade missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till ledningen.

Utredningen vill framhålla att den centrala klagomålsfunktionen ska vara en av flera vägar för barn och unga i särskilda ungdomshem att framför klagomål på vården. Den särskilda barn- och ungdomshandläggare som ska finnas för varje barn eller ung person i samhällsvård bör givetvis kunna ta emot klagomål på vården och ha sådana kontakter med barnet eller den unge att sådana klagomål kommer fram. Det finns också möjligheter för barn och unga i samhällsvård att lämna klagomål till IVO. Utredningen om barns möjligheter att utkräva sina rättigheter har föreslagit flera sätt att stärka barns och ungas rätt framföra klagomål på bland annat samhällsvården som skulle vara positiva också för barn och unga i särskilda ungdomshem. Det gäller bland annat förslaget att staten bör därför bidra till att etablera barnrättsbyråer inom civilsamhällesorganisationer som bedriver verksamhet med oberoende barnombud.¹⁸³

Regeländring av kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning

Kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning får enligt 17 § LVU göras om det behövs vid den unges ankomst till ett särskilt ungdomshem. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom ska påträffas hos honom eller henne. En kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning ska genomföras i närvaro av ett vittne om inte den unge avstår från den rätten. Den unge ska tillfrågas om han eller hon önskar att någon särskild person ur personalen genomför eller närvarar vid kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen. Den unges önskemål ska så långt det är

¹⁸³ SOU 2023:40 s. 42 ff.

möjligt tillgodoses. All den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas vid kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Statskontoret har uppmärksammat en skillnad mellan bestämmelserna i 17 § LVU och vad som gäller för interner på fängelser och personer som är häktade. Av fängelselagen och häkteslagen framgår att kroppsvisitation eller kroppsbesiktning, med vissa undantag, inte får utföras eller bevittnas av någon av motsatt kön som inte är läkare eller legitimerad sjuksköterska. Se 8 kap. 7 § fängelselagen (2010:610) och 4 kap. 7 § häkteslagen (2010:611).

Statskontoret konstaterar att visitering och kroppsbesiktning är integritetskränkande handlingar. Om sådana handlingar utförs av en manlig personal kan det skapa starkt obehag för flickor. Många flickor som vårdas på ungdomshemmen har varit utsatta för sexuella övergrepp. Kroppsbesiktning och visitering kan förstärka eller skapa nya trauman. Statskontoret bedömer att det finns skäl att se över LVU för att minska risken för att flickor och pojkar utsätts för en större integritetskränkning än nödvändigt. Samtidigt betonar myndigheten att det även fortsättningsvis är viktigt att den unge ska kunna önska att någon särskild person i personalen ska genomföra eller närvara vid kroppsbesiktningen eller visitationen.

Utredningen delar Statskontorets bedömning och föreslår en ändring av 17 § LVU. Av bestämmelsen ska det framgå att kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen endast får utföras eller bevittnas av någon av samma kön om inte den unge har andra önskemål. Den unge ska tillfrågas om någon särskild person ur personalen genomför åtgärden. Den unges önskemål ska så långt det är möjligt tillgodoses.

Med tanke på att utredningen inte har i uppdrag att lämna förslag om SiS särskilda befogenheter vill utredningen framhålla att den föreslagna regeländringen inte avser befogenheten i sig utan en särskild aspekt på genomförandet av den som en del av vården för barnet eller den unge.

Riktlinjer för att förebygga och motverka sexuella övergrepp

Statskontoret har föreslagit att regeringen ger SiS ett särskilt uppdrag att ta fram generella riktlinjer med åtgärder för att förebygga sexuella övergrepp.¹⁸⁴ Utredningen delar den bedömningen, men vill tillägga att riktlinjerna också bör avse hur sexuella övergrepp kan motverkas. Det finns ett behov av ett mer generellt kunskapsstöd till alla HVB om hur sexuella övergrepp mot barn och unga kan förebyggas och motverkas, men det är viktigt att SiS i ett första skede tar fram riktlinjer för sin egen verksamhet utifrån kunskap inom området. Den kunskap som framkommit om sexuella övergrepp i IVO:s rapport från 2023 visar på vikten av sådana riktlinjer inom SiS. IVO bedömer att SiS behöver förbättra arbetet med att förebygga sexuella övergrepp i särskilda ungdomshem.¹⁸⁵ Behovet av ett sådant arbete framgår också av den granskning som Barnrättsbyrån och World Childhood Foundation gjort av sexuella övergrepp i särskilda ungdomshem.¹⁸⁶

Utredningen föreslår att regeringen ger SiS i uppdrag att ta fram riktlinjer för att förebygga och motverka sexuella övergrepp och att rapportera hur riktlinjerna implementeras och följs upp.

Stöd till barn och unga som utsatts för brott i särskilda ungdomshem

Statskontoret har föreslagit att regeringen ska ge SiS i uppdrag att ge stöd till såväl flickor som pojkar om sexuella övergrepp inträffar.¹⁸⁷ IVO har också bedömt att SiS behöver utveckla stödet till flickor och pojkar om sexuella övergrepp har inträffat.¹⁸⁸

Civil Rights Defenders har kartlagt hur EU:s direktiv för att stärka brottsoffers rättigheter har implementerats i den svenska tvångsvården. Organisationen konstaterar att SiS inte berörts direkt av implementeringsarbetet och inte har ett särskilt ansvar att ge stöd och skydd till brottsoffer.¹⁸⁹ SiS har dock antagit centrala riktlinjer för vad som ska göras om en anställd vid myndigheten misstänks för brott eller

¹⁸⁴ Statskontoret 2022 s. 37.

¹⁸⁵ IVO 2023d s. 42.

¹⁸⁶ Barnrättsbyrån och World Childhood Foundation (2023). *Vem ska tro på mig? En granskning av sexuella övergrepp på de särskilda ungdomshemmen.*

¹⁸⁷ Statskontoret 2022 s. 37.

¹⁸⁸ IVO 2023d s. 42.

¹⁸⁹ Civil Rights Defenders (2022). *Frihetsberövade brottsoffers rättigheter i svensk tvångsvård* s. 31 och 34.

annat olämpligt beteende mot en ungdom eller klient. Riktlinje för när ungdomar eller klienter misstänks för brott mot annan ungdom eller klient har planerats inom SiS.¹⁹⁰

Utredningen instämmer i Statskontorets förslag och IVO:s bedömning, men föreslår att regeringen bör ge SiS i uppdrag att stödja alla barn och unga som blir brottsoffer i särskilda ungdomshem. Brottsoffer i tvångsvård är särskilt sårbara oavsett vilka brott det handlar om. Frihetsberövade brottsoffer kan inte fritt söka information om sina rättigheter eller besöka och kommunicera med rättsväsende eller civilsamhälle, som i praktiken tillhandahåller mycket av det stöd som samhället erbjuder brottsutsatta. De är beroende av tvångsvårdsinstitutionen för sin vård och omsorg. Dessutom riskerar de att vara inlåsta tillsammans med förövaren.¹⁹¹

¹⁹⁰ Civil Rights Defenders 2022, s. 54.

¹⁹¹ Civil Rights Defenders 2022 s. 9.

9 Tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård

9.1 Inledning

9.1.1 Uppdraget

Enligt direktiven ska utredningen analysera vad som behövs för att säkerställa placerade barns och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård. Vidare ska utredningen analysera om det krävs förtydliganden i Statens institutionsstyrelses (SiS) hälso- och sjukvårdsuppdrag och ta ställning till om SiS bör ges möjlighet att initiera en samordnad individuell plan, SIP. Utredningen ska också föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

9.1.2 Rätten till hälsa

Alla människor har, enligt artikel 25 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, rätt till en levnadsstandard som är tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande.

I FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) erkänns specifikt barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Där framgår att konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård (artikel 24). Rättigheterna i konventionen ska tillförsäkras varje barn inom en konventionsstats jurisdiktion utan åtskillnad av något slag (artikel 2).

Enligt FN:s barnrättskommitté har barn rätt till bästa möjliga hälsa, bland annat rätten till en god hälso- och sjukvård. I detta ingår bland annat förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling och rehabilitering. Förverkligandet av barns rätt till hälsa är inte bara

viktigt i sig utan dessutom nödvändigt för att barnet ska kunna åtnjuta alla de andra rättigheterna i konventionen. Dessutom är rätten till hälsa beroende av att många andra rättigheter i konventionen förverkligas.¹

Rätten till hälsa anges också i andra internationella konventioner som Sverige åtagit sig att följa, bland annat i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

9.1.3 Förhållande till bedömningar och förslag i andra kapitel

Tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga i samhällets vård berörs också i andra delar av detta betänkande.

I kapitel 5 föreslår utredningen att socialnämndens ansvar att verka för att placerade barn och unga får den hälso- och sjukvård som de behöver kompletteras med ett motsvarande ansvar för tandvård. Vidare föreslår utredningen att nämnden vid behov ska inhämta information från hälso- och sjukvården och tandvården när nämnden noga följer vården av placerade barn och unga. Utredningen föreslår också ett tillägg i bestämmelsen i socialtjänstlagen om uppgiftsskyldighet till socialnämnden för myndigheter, befattningshavare och yrkesverksamma. Genom det tillägget framgår att skyldigheten även omfattar uppgifter som behövs för att genomföra eller följa upp vård av barn eller unga under 21 år i familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende.

Vissa frågor om hälso- och sjukvård i anslutning till vård i HVB behandlas i kapitel 8. Det gäller en bedömning av hälso- och sjukvård som en del av en differentierad och specialiserad institutionsvård och ett förslag om utsedd personal i HVB för samordning av barnets eller den unges dagliga kontakter kring hälso- och sjukvård.

Hälsa, hälsoundersökningar och tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård är också områden för den nationella strukturen för uppföljning av vården för placerade barn och unga som utredningen föreslår i kapitel 4.

¹ Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (CRC/C/GC/15) om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), punkt 7 och 24. Tillgänglig via Barnombudsmannen, *Allmänna kommentarer*: <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/allmanna-kommentarer/> (hämtad 2023-05-16).

9.2 Ett delat ansvar med stora samverkansbehov

9.2.1 Socialnämndens ansvar

Socialtjänsten har det övergripande vårdansvaret för barn och unga som är placerade för vård utanför det egna hemmet. Socialnämnden ska noga följa vården av placerade barn och unga och då särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa (se 6 kap. 7 b § socialtjänstlagen, [2001:453], SoL). Nämnden har samma skyldighet när det gäller barn och unga som är placerade med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (se 13 a § LVU). Socialnämnden ska också verka för att alla placerade barn får den hälso- och sjukvård som de behöver (6 kap. 7 § SoL).

9.2.2 Regionens ansvar för hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (se 2 kap. 1 § HSL).² Hälsofrämjande åtgärder kan också vara aktuella i hälso- och sjukvården, men regleras inte i HSL. Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga har föreslagit att hälsofrämjande åtgärder också ska anges i beskrivningen av hälso- och sjukvård i HSL.³ I dag anges hälsofrämjande arbete bara som en uppgift för elevhälsan. (2 kap. 25 § skollagen [2010:800])

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Prioriteringar i hälso- och sjukvården utgår från några grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Kostnadseffektivitetsprincipen bör endast komma till användning sedan behovsprincipen först tillämpats.⁴ Regeringen har framhållit att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av bland annat livsstil eller ekonomiska

² Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna utgör hälso- och sjukvård enligt 2 kap. 1 § HSL.

³ SOU 2021:34 s. 257 ff.

⁴ Prop. 1996/97:60 s. 17 ff.

och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.⁵

Regionerna är skyldiga att erbjuda slutet och öppen hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt öppen och omedelbar vård åt den som inte är bosatt inom landstinget. Skyldigheten gäller också för placerade barn och unga (3 kap. 1, 3 och 4 §§ HSL). En person anses som regel bosatt i den region där hon eller han är folkbokförd i enlighet med 3 § folkbokföringslagen (1991:481).⁶ Bostad i HVB räknas inte som att vara bosatt och huvudregeln är att barn och unga inte folkbokförs i HVB enligt vad som anges i 9 § tredje punkten folkbokföringslagen.

Också i andra fall får regionen erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård om regionerna kommer överens om det (8 kap. 5 § HSL). Regionerna har ingått ett riksavtal med bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin hemregion. Av avtalet framgår att placerade barn och unga ska erbjudas vård av den region där de är placerade (vårdregionen). Det är vårdregionen som bedömer patientens behov av vård. Vårdregionen ersätts sedan för sina kostnader, i enlighet med riksavtalet, från patientens hemregion, som har betalningsansvaret.⁷

Hälso- och sjukvården är frivillig också när den ges till barn och unga som vårdas med tvång med stöd av LVU. Psykiatrisk tvångsvård får dock under vissa förutsättningar ges till en person som lider av en allvarlig psykisk störning (3 § lagen 1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård, LPT). Sådan vård ska ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region eller en kommun som inte ingår i en region (15 § LPT).

Ett stort antal verksamheter inom hälso- och sjukvården har betydelse för jämlik tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga, och därmed också för barn och unga i samhällsvård. Det gäller bland annat barnhälsovård, elevhälsans medicinska insatser, ungdomsmottagningar, primärvård samt barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicinen, barn och ungdomshabiliteringen och annan specialiserad hälso- och sjukvård.⁸

⁵ Prop. 1996/97:60 s. 23 ff.

⁶ Se även prop. 1981/82:97 s. 33 och 114 och prop. 1997/98:9 m.m. s. 49–50.

⁷ Sveriges Kommuner och Regioner (2014). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer. Med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015* s. 7 och 15.

⁸ SOU 2021:34 s. 20.

9.2.3 Regionens ansvar för tandvård

Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan enligt vad som anges i 1 § tandvårdslagen (1985:125). Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § tandvårdslagen). När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas (3 §). Tandvård som regionen själv bedriver benämns i denna lag folktandvård (5 §).

Regionerna har ett långtgående ansvar för barns hälso- och sjukvård och tandvård. Enligt 5 § tandvårdslagen ska varje region erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen. Folktandvården ska svara för fullständig, regelbunden och avgiftsfri tandvård till barn och unga till och med det år de fyller 23 år (7 § 1 och 15 a § tandvårdslagen).

9.2.4 Utgångspunkter för socialnämndens och regionens ansvar vid egenvård

Egenvård definieras som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan enligt 2 § lagen (2022:1250) om egenvård. När egenvård utförs gäller inte bestämmelserna i HSL (se 1 § lagen om egenvård). Om patienten får hjälp med egenvård som en del av en socialtjänstinsats enligt SoL eller insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, gäller dock relevanta lagar och regler på socialtjänstens och LSS område. Socialstyrelsen har tidigare meddelat föreskrifter om egenvård som nu är upphävda. I dessa fanns bland annat bestämmelser om planering för utförande av egenvården. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser som bland annat innebär att vårdgivare behöver identifiera och beskriva processer för hur samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten (se 4 kap. 2 och 6 §§ SOSFS 2011:9).

9.2.5 SiS ansvar

SiS särskilda ungdomshem ska ha tillgång till läkare som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri samt psykologisk expertis. Det framgår av 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF. SiS har dock inte något ansvar för hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen utöver ansvaret för elevhälsan i anslutning till undervisningen vid hemmen enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

9.2.6 Samverkan

Det finns flera krav på samverkan och samarbete mellan huvudmännen. Kommuner och landsting är bland annat skyldiga att ingå en överenskommelse om ett samarbete när det gäller barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL). När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. (2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL) En sådan samordnad individuell plan (SIP) ska enligt samma lagrum upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Kommuner och regioner har sedan 2017 en lagstadgad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § 3 HSL). I förarbetena till bestämmelserna anges att överenskommelserna ska bidra till att klargöra formerna för hur barns och ungas behov av integrerade insatser ska tillgodoses och klargöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Det tydliggörs bland annat att överenskommelsen bör avse samverkan och ansvarsfördelning såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att vården ska avslutas. Som exempel på vad som kan ingå i överenskommelserna anges rutiner för hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Vidare framgår att det är ange-

läget att frågor om samarbetet mellan SiS och hälso- och sjukvården uppmärksammas i arbetet med överenskommelserna.⁹

9.2.7 Hälsoundersökningar

Regionen ska, på initiativ av socialnämnden, erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år inleds. Det framgår av 1 § lagen (2017:207) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Om det inte är obehövt ska socialnämnden underrätta regionen när barn eller unga ska erbjudas en sådan hälsoundersökning (11 kap. 3 a § SoL).

Hälsoundersökningens syfte är att ge underlag för en medicinsk bedömning av barnets eller den unges behov av hälso- och sjukvård samt tandvård, hur socialnämnden ska verka för att barnet eller den unge ska få sitt behov av hälso- och sjukvård och tandvård till godo sett, samt hälso- och sjukvårdens och tandvårdens fortsatta kontakt med barnet eller den unge (3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet). Hälsoundersökningen ska omfatta områdena fysisk, psykisk och oral hälsa. Genom hälsoundersökningen ska även tecken på förekomsten av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning uppmärksammas (4 § HSLF-FS 2019:19).

Asylsökande barn och unga som placeras omfattas både av bestämmelserna om hälsoundersökning i lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt av lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Regler om detta finns i 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

⁹ Se prop. 2016/17:59 s. 26 f. Kommuner och regioner ska även ingå överenskommelser med varandra om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. I förarbetena lyfts specifika grupper fram, bland annat barn och unga med samtidiga psykiska och sociala problem. Se SOU 2006:100 s. 394 och prop. 2008/09:193 s. 13 ff.

9.2.8 Läkarundersökning inför vård enligt LVU

Socialnämnden får besluta om läkarundersökning av den unge samt utse läkare för undersökningen i ett ärende som rör vård enligt LVU enligt 32 § samma lag. Om undersökningen inte lämpligen kan genomföras i den unges hem, får nämnden bestämma någon annan plats för den. I ett mål enligt LVU har rätten samma befogenhet. Läkarundersökning ska, om den inte av särskilda skäl är obehövlig, ske innan nämnden gör ansökan till förvaltningsrätten om vård enligt LVU.

Läkarundersökningen syftar till att identifiera sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som kan ha betydelse för behovet av vård enligt LVU och för planering av vården. Hälsoundersökning i anslutning till en placering utanför hemmet har ett bredare syfte och ska vara mer heltäckande än läkarundersökningen enligt LVU. Läkarundersökningen enligt 32 § LVU ersätter inte en hälsoundersökning i anslutning till en placering.¹⁰

9.3 Dagsläge

9.3.1 Hälsa och hälso- och sjukvårdsbehov hos placerade barn och unga

Hälsan och hälso- och sjukvårdsbehoven hos barn och unga i samhällets vård har uppmärksamats i flera studier, utredningar och utvecklingsarbeten sedan början av 2000-talet, både i Sverige och andra länder.

Som framgår av direktiven visar forskningen att barn och unga i samhällsvård är en särskilt utsatt grupp med varierande behov och förutsättningar. De barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet har betydligt fler hälsoproblem och större behov av hälso- och sjukvård och tandvård än andra jämnåriga. Särskilt vårdbehov kopplat till psykiatriska tillstånd är mycket vanligt förekommande i målgruppen. Barn och unga som växer upp i familjehem eller är placerade i HVB har också kraftiga överrisker för att som vuxna drabbas av fysisk och psykisk ohälsa.

Forskning pekar på att det finns risker för att samhällsvården bidrar till hälsoproblem. Vid institutionsvård finns det risker för att barn och unga utsätts för våld eller utvecklar missbruksproblem.

¹⁰ Prop. 2016/17:59, s. 43.

Vissa studier visar högre risker för psykisk ohälsa hos barn som placeras flera gånger i fosterbarnsvård (motsvarande familjehemsvård), men bilden är inte entydig.¹¹

Finska forskare har gjort en systematisk översikt av nordiska studier som visar utfall inom olika välfärdsområden hos unga vuxna efter 18 års ålder mellan de som varit i samhällsvård och de som inte varit det under uppväxten. Forskarna konstaterar att den nordiska välfärdsmodellen misslyckats med att förebygga ojämlikhet, skadliga händelser och ohälsa hos barn i samhällsvård. Och det trots att de nordiska länderna hör till de bästa i världen på att generellt främja barns välmående och hälsa.¹²

9.3.2 Samsjuklighet

Det är inte ovanligt med samsjuklighet bland placerade barn och unga. Samsjuklighet innebär att ha flera diagnoser samtidigt, till exempel både somatiska och psykiatriska diagnoser eller två eller fler psykiatriska diagnoser.¹³ Sådana tillstånd kan påverka och förstärka varandra på olika sätt och även med barnets eller den unges sociala situation. De individuella kontakterna med hälso- och sjukvården kan vara tillfälliga och kortvariga, men också omfattande, beröra flera delar av hälso- och sjukvården och pågå under lång tid.

En undersökning som SiS genomförde 2022 vid de särskilda ungdomshemmen visar att 79 procent av de placerade barnen och unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos. Det var även vanligt att ha två eller fler ställda psykiatriska diagnoser. I synnerhet bland flickorna var förekomsten hög, 69 procent, medan den var 45 procent för pojkar. Var femte flicka hade fyra eller fler ställda diagnoser, jämfört med var fjortonde pojke. I genomsnitt hade barnen och ungdomarna runt 1,7 fastställda diagnoser. Vanligast bland både flickor och pojkar var ADHD/ADD, som tre av fem unga var diagnosticerad med. Med

¹¹ Engler, A. D. m.fl. (2022). A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care. *Trauma Violence Abuse*. Jan;23(1):255-264. doi: 10.1177/1524838020941197. Epub 2020 Jul 20.

¹² Tordön, R. (2021). *I föräldrars ställe – om förutsättningar och insatser för barn och unga i samhällsvård*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, s. 20. Se vidare Kääriälä, A. och Hiilamo, H. (2017). Children in out-of-home care as young adults: A Systematic Review of Outcomes in the Nordic Countries. *Children and Youth Services Review*. 2017 Aug 1;79:107–14. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.05.030.

¹³ SOU 2021:93 s. 77.

undantag för uppförandesyndrom hade högre andelar flickor än pojkar ställda diagnoser i alla de diagnoskategorier som studerades.

Utöver de fastställda diagnoserna bedömde psykologerna vid ungdomshemmen att 20–30 procent av barnen och de unga också hade psykiatriska odiagnostiserade besvär som sannolikt skulle uppfylla kriterierna för en diagnos.

Vidare hade 22 procent av de unga under de senaste sex månaderna uppvisat någon form av akut psykiatriskt tillstånd. Fördelat på kön framträder en tydlig skillnad mellan flickor och pojkar – nästan varannan flicka och var tionde pojke – hade befunnit sig i minst ett akut psykiatriskt tillstånd det senaste halvåret. Mellan 15 och 20 procent av flickorna hade uppvisat någon form av suicidbeteende, självskadebeteende eller genomfört ett suicidförsök, medan sådana tillstånd bara förekom bland någon procent bland pojkarna.¹⁴

Undersökningen är en upprepning av en studie som Socialstyrelsen genomförde 2018 vid särskilda ungdomshem.¹⁵ I jämförelse med resultaten från år 2018 var det en högre andel barn och unga år 2022 som var diagnostiserade med ADHD/ADD och autismspektrumtillstånd. En något lägre andel var diagnostiserade med substansbruksyndrom år 2022, jämfört med 2018. I genomsnitt hade barn och ungdomar 1,5 ställd diagnos år 2018, och 1,7 år 2022. Mindre andelar hade fått akuta insatser för akuta psykiatriska tillstånd 2022 än 2018. En något större andel flickor hade dock fått akuta insatser på grund av suicidbeteende och/eller suicidförsök 2022 än i undersökningen fyra år tidigare.¹⁶

9.3.3 Hälsa och sjukvård som en del av helhetssynen

Barnrättskommittén pekar på att förverkligandet av barns rätt till hälsa inte bara är viktigt i sig utan dessutom nödvändigt för att barnet ska kunna åtnjuta alla de andra rättigheterna i konventionen.¹⁷ Det gäller i hög grad också för placerade barn och unga. Stöd för hälsan är ofta en förutsättning för att samhällsvården ska vara meningsfull och ge

¹⁴ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023d s. 20 f.

¹⁵ Socialstyrelsen 2019a s. 13 ff. och 53 ff.

¹⁶ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023d s. 21.

¹⁷ *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (CRC/C/GC/15) om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), punkt 7 och 24.* Tillgänglig via Barnombudsmannen, *Allmänna kommentarer*: <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/allmanna-kommentarer/> (hämtad 2023-05-16).

önskade resultat utifrån barnets eller den unges olika behov. Utan stöd för hälsan kan det exempelvis vara svårt för barn och unga med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa att ta del av andra stöd- och vårdinsatser eller undervisningen i skolan.

Om inte samhällsvården genomförs utifrån barnets eller de unges samlade vårdbehov, finns det tydliga risker för att dessa barn och unga inte får en god hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga. De riskerar också att få insatser från socialtjänsten som de inte kan tillgodogöra sig om inte exempelvis deras psykiatriska tillstånd och vårdbehov uppmärksammas.¹⁸

9.3.4 Placerade barn och unga om sin hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård

Barnombudsmannen (BO) genomförde 2018 samtal med 35 barn i den sociala barnvården om frågor inom olika rättighetsområden. Barnen har varit placerade i familjehem, på HVB eller särskilt ungdomshem. BO genomförde också en enkät som besvarats av 260 barn som är placerade på SiS särskilda ungdomshem.

I samtalen framkom att det finns barn som har normaliserat väldigt allvarliga tillstånd. Trots att de lider av ohälsa i form av till exempel posttraumatiskt stressyndrom, PTSD eller upprepat självskaдебeteende bagatelliserar de sina problem. Barn berättade om självmordstankar, självmordsförsök och om andra barns självmord. Även i enkäten uppgav barn att de har självmordstankar, men att de sällan får hjälp att bearbeta de svåra känslorna. Flera barn talade om självmordsförsök som har lett till sammanbrott i placeringen och att det i sin tur upplevts som en slags bestraffning.

Det märktes stora skillnader i hur barn i olika placeringsformer pratar om hälsa och hälsoproblem. Barn i familjehem uppgav oftast att de mätte bra och de kopplade huvudsakligen hälsa till somatiska problem. De uppgav ingen brist på tillgång till hälso- och sjukvård. För barnen på HVB och särskilda ungdomshem såg det annorlunda ut. Barnen pratade mycket mer om psykisk ohälsa, både sin egen och andras, och det fanns barn som var tydliga med problem i tillgången till hälso- och sjukvård. De barn som fått hjälp med sina problem var mest öppna med sin egen ohälsa medan de som bara befunnit sig en

¹⁸ Socialstyrelsen 2019a s. 28.

kort tid på sin placering ofta var irriterade över att de som behandlade dem försökte få in dem i olika former av terapi och behandling.

I enkäten bland barn som är placerade i särskilda ungdomshem tillfrågades barnen om de nekats att träffa en läkare eller sjuksköterska. Svaren visar att drygt hälften av flickorna och en tredjedel av pojkarna har nekats att träffa läkare eller sjuksköterska det senaste året. För var femte flicka och var tionde pojke har detta skett fler än fyra gånger. Av fritextsvaren framgår två huvudsakliga skäl till att barnen inte får träffa vårdpersonal. Det ena handlar dels om att barnen får vänta tills en sjuksköterska finns på plats, dels om att personalen gjort en egen bedömning av barnets problem. Några barn beskriver att personalens bedömningar har lett till allvarliga och akuta sjukdomstillstånd. Barn berättar också att de fått höra av personal att de överdriver eller hittar på sina problem. Ett fåtal barn tror även att de saknar rätt till sjukvård eftersom de är omhändertagna enligt LVU.

De barn som besvarade enkäten i särskilda ungdomshem uppgav överhuvudtaget att de betydligt oftare lider av olika typer av besvär än de barn som besvarat Folkhälsomyndighetens enkät Skolbarns hälsövanor. De största skillnaderna gäller sömnproblem och nedstämdhet.¹⁹

9.3.5 Aktuella aktiviteter och förslag

Följande rapporter och andra aktiviteter hos nationella myndigheter och organisationer kan särskilt nämnas:

- SBU gav 2017 ut Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn, en systematisk litteraturöversikt och utvärdering av ekonomiska, samhällseliga och etiska aspekter.
- SBU gav 2018 ut Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem eller på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård, en systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) pekade i en debattartikel 2018 på brister i samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri som även rör verksamheten vid HVB.

¹⁹ Barnombudsmannen 2019 s. 43 ff.

- Socialstyrelsen publicerade 2019 rapporten *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*.
- Socialstyrelsen gav 2019 ut det vägledande stödet *Om ansvarsfördelning vid samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa*.
- Socialstyrelsen fick 2019 i uppdrag av regeringen att förbereda och samordna ett utvecklingsarbete med integrerad vård för vissa unga som är placerade i SiS särskilda ungdomshem med stöd av LVU och som även har stora behov av det psykiatrisk vård. Socialstyrelsen och SiS har 2023 gett ut delrapporter om det arbetet. Uppdraget avslutas 2025.
- Socialstyrelsen gav 2019 ut rapporten *Munhälsa och tandvård för placerade barn*.
- Socialstyrelsen fick 2020 i uppdrag av regeringen att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och obruten skolgång.
- Sveriges Kommuner och regioner (SKR) gav 2020 ut den nationella kartläggningen *Hälsoundersökningar för placerade barn*.
- Samsjuklighetsutredningen gav 2021 ut delbetänkandet *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)* och två år senare slutbetänkandet *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)*.
- Allmänna Barnhuset publicerade 2021 rapporten *I föräldrars ställe – om förutsättningar och insatser för barn och unga i samhällsvård*.
- Statskontoret gav 2022 ut *SiS vård av barn och unga enligt LVU – förutsättningar för en trygg och ändamålsenlig vård*.
- Socialutskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp färdigställde 2022 utvärderingen *Hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård – en utvärdering*.
- SiS gör med början 2022 en genomlysning av sitt uppdrag och arbete med hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen.

- Socialstyrelsen publicerade 2023 HälsoSAMS – ett stöd för att underlätta samverkan mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården för att stärka placerade barn och ungas förutsättningar att få tillgång till en god fysisk, psykisk och oral hälsa, likvärdig god hälso- och sjukvård efter behov samt lika god och regelbunden tandvård som alla barn. Det finns tre versioner av HälsoSAMS: en för socialtjänsten, en för hälso- och sjukvården och en för tandvården.

Till detta kommer forskning vid bland annat Stockholms universitet och Karolinska institutet. Regionalt och lokalt pågår också utvecklingsarbeten, bland annat med koppling till barnskyddsteam i vissa regioner.

Flera av dessa arbeten refereras i fortsättningen av detta underlag.

9.3.6 Exempel på svenska studier av hälsoläget

Hälsovanor

Folkhälsomyndigheten har för utredningens räkning sammanställt ett urval av indikatorer från studien Skolbarns hälsovanor 2021/22 bland 11-, 13- och 15-åringar för att belysa livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland barn som bor i familjehem jämfört med barn som bor på annat sätt (se vidare i bilaga 4).

Resultaten visar att barn som bor i familjehem eller liknande något oftare har riskabla levnadsvanor och något mindre hälsosamma levnadsvanor än barn som bor på annat sätt. Detta innebär en ökad risk för ohälsa bland dessa barn. Resultaten visar även att barn som bor i familjehem är mindre tillfreds med livet än barn som bor på annat sätt. Däremot finns det över lag inga skillnader i självskattad hälsa, långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar eller självrapporterade besvär.

Det är vanligare att barn som bor i familjehem har rökt cigaretter jämfört med barn som bor på annat sätt, 21 procent jämfört med 13 procent. Skillnaden är störst bland 13-åringar, där det är ungefär dubbelt så vanligt att de som bor i familjehem har rökt jämfört med barn som bor på annat sätt. Det är också något vanligare att barn som bor i familjehem har varit berusade jämfört med barn som bor på

annat sätt (18 procent jämfört med 13 procent). Även här är skillnaderna störst bland 13-åringar.

Färre barn i familjehem tränar minst fyra gånger i veckan och äter frukost fyra till fem gånger varje vecka. Här är skillnaderna mellan åldersgrupperna mindre.

15-åringarna tillfrågades om de använt cannabis någon gång i sitt liv. Det var dubbelt så vanligt att 15-åringar som bor i familjehem eller liknande har använt cannabis någon gång i sitt liv, jämfört med barn som bor på annat sätt. Bland 15-åriga flickor som bor i familjehem är andelen 18 procent, jämfört med 8 procent bland dem som bor på annat sätt.

15-åringarna tillfrågades även om deras sexdebut. Det var vanligare att 15-åringar som bor i familjehem eller liknande har haft samlag, jämfört med barn som bor på annat sätt (36 procent jämfört med 25 procent). Skillnaden är störst bland pojkar (34 procent jämfört med 24 procent).

Fysisk hälsa

En undersökning bland 120 nyligen omhändertagna barn i åldern 0–17 år visar vilka hälsoproblem som dessa barn kan ha vid placering. Undersökningen bestod av en hälsobedömning med fullständig systematisk kroppsundersökning som en barnläkare genomförde. 51 procent av barnen behövde remitteras vidare till fortsatt vård för nyupptäckt ohälsa eller uppföljning av tidigare ohälsa som inte tidigare hade behandlats. 40 procent av flickorna och 33 procent av pojkarna var överviktiga och vaccinationsgraden även här lägre än för andra jämnåriga barn. Hos varannan 7–17-åring var tandhälsan så dålig att den barnläkare som genomförde undersökningen kunde se problemen med bara ögonen.²⁰

En svensk journalstudie som gällde barn i förskoleåldern visar att barn i familjehem har mindre kontakt med barnhälsovården än andra barn. Barnen hade i mindre utsträckning än andra barn genomgått det så kallade PKU-test som tas på nyfödda för att upptäcka ovanliga medfödda sjukdomar. Dokumenterad 4-veckors kontroll, läkarundersökning vid ett år och vaccinering enligt det nationella vaccinations-

²⁰ Kling S., Vinnerljung B. och Hjern A. (2016). Somatic Assessments of 120 Swedish Children Taken into Care Reveal Large Unmet Health and Dental Care Needs. *Acta Paediatrica*, International Journal of Paediatrics. 2016; DOI: 10.1111/apa.13304.

programmet i Sverige var också mindre vanligt bland barn i familjehem. I genomsnitt hade barn i familjehem missat fyra besök på BVC, mot i genomsnitt ett missat besök hos de i föräldrars vård. Forskarna fann även en högre exponering för hälsorisker som mindre amning och rökande föräldrar.²¹

I anslutning till en genomlysning av hälso- och sjukvårdsverksamheten vid särskilda ungdomshem 2022–2023 har SiS beskrivit de somatiska behoven hos inskrivna barn och unga. Resultaten visar en stor variation av somatiska diagnoser, både i omfattning och svårighetsgrad, vilket ställer krav på både generella insatser och specialistinsatser. Allt från förkylningar till svåra följsjukdomar i levern som uppkommit efter ett skadligt bruk och beroende förekommer. Drygt 80 procent av barnen och ungdomarna inom ungdomsvården hade diagnostiserats med minst en somatisk diagnos och drygt 20 procent med fem eller fler somatiska diagnoser. Knappt 70 procent av barnen och ungdomarna uppvisade diagnoser som kunde kopplas till ohälsosamma och skadliga levnadsvanor. Kartläggningen visade att de barn och ungdomar med somatiska tillstånd som krävde kontakt med regional vård, i relativt stor utsträckning fått dessa behov tillgodosedda. Vanliga diagnosgrupper inom ungdomsvården var:

- Sjukdomar i andningsorganen, till exempel övre luftvägsinfektion med symtom som förkylning, halsont och hosta samt astma och allergier
- Sjukdomar i matsmältningsorganen, till exempel problem med tänder och munhåla
- Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som inte klassificeras på annan ICD kod, till exempel allmänna sjukdomstecken, smärta och magbesvär
- Akuta infektioner
- D-vitaminbrist.²²

²¹ Köhler, M., Emmelin, M., Hjern, A. och Rosvall, M. (2015). Children in Family Foster Care Have Greater Health Risks and Less Involvement in Child Health Services. *Acta Paediatrica*. 2015;104(5):508–13. DOI: 10.1111/apa.12901.

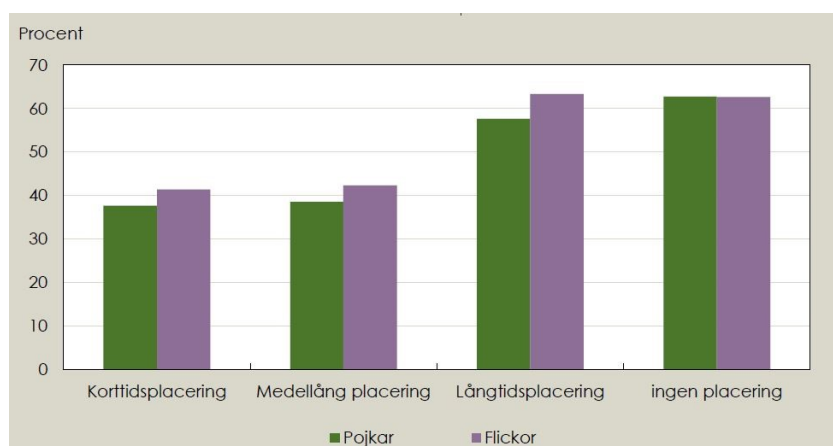
²² Statens institutionsstyrelse, SiS (2023d). *Kartläggning och analys av SiS hälso- och sjukvårdsverksamhet, Sammanfattning*. E-post den 2023-06-28, utredningens dnr Komm2023/00551/S 2021:06-3 s. 5 f.

Mun- och tandhälsa

Socialstyrelsen gav 2020 ut en rapport med resultaten från en registerstudie av munhälsan hos barn och unga i samhällets vård. Av rapporten framgår att placerade barn, särskilt de som är placerade upp till ett år, har sämre munhälsa än barn som inte är placerade. Vid placeringsstillfället har barnen sämre munhälsa än barn i jämförbara åldersgrupper som inte är placerade. Pojkar har generellt fler kariesskadade tänder än flickor i anslutning till placeringsstillfället. Kontakten med tandvården verkar inte etableras i direkt anslutning till placeringsstillfället och placerade barn besöker också tandvården något mer sällan än andra barn.

Andelen kariesfria 6–8-åringar var minst bland de som varit placerade kort tid (upp till ett år) och medellång tid (mer än ett år men mindre än halva livet). Bland barn som varit placerade mer än halva livet var andelen ungefär som bland ej placerade barn. Fördelningen framgår av följande figur 9.1 ur Socialstyrelsens rapport.

Figur 9.1 Andel kariesfria 6–8-åringar, efter placeringslängd och kön under perioden 2010–2015.

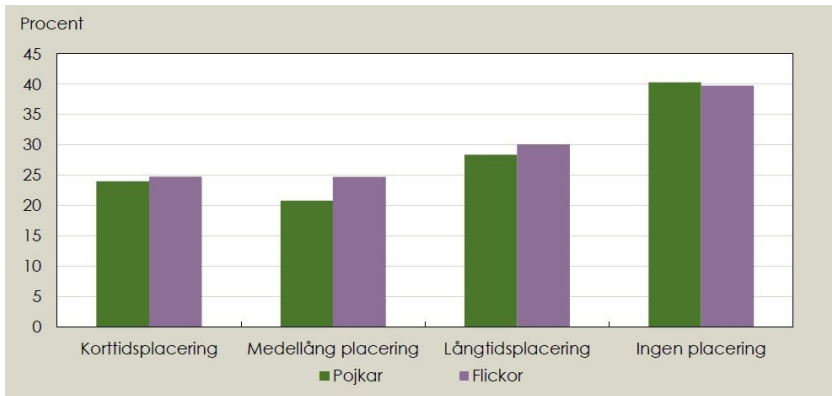


Källa: Socialstyrelsen (2020). Munhälsa och tandvård för placerade barn.

Bland tonåringar i samhällsvård är bilden delvis en annan. Där har också långtidsplacerade i högre grad flickor och pojkar fått karies än jämnåriga som inte varit placerade (se figuren nedan ur Socialstyrelsens rapport). En möjlig förklaring kan vara att bland tonåringar har

deras eget beteende börjat ha större effekt på munhälsan än föräldrarnas attityd till munhygien och tandvård. Faktorer som ökad läkemedels- och droganvändning påverkar munhälsan negativt och kan vara en del av förklaringen.

Figur 9.2 Andel kariesfria 15–17-åringar efter placeringslängd och kön under perioden 2010–2015.



Källa: Socialstyrelsen (2020). Munhälsa och tandvård för placerade barn.

Antalet kariesskadade tänder bland placerade 16-åringar var 3,07 bland flickor och 3,41 bland pojkar. Motsvarande antal bland jämnåriga som inte varit placerade var 1,95 bland flickor och 1,92 bland pojkar.²³

Psykisk hälsa

Flera studier visar på ökade risker för eller större förekomst av psykisk ohälsa hos placerade barn och unga. Det handlar bland annat om högre medelvärden på skalor för depression och posttraumatisk stress och om de sökt vård för psykisk ohälsa. Oddsen för att barnen och de unga sökt vård för psykisk ohälsa var mellan 4 och 5,7 gånger högre bland samhällsvårdade eleverna i olika diagnosgrupper.²⁴ Att psykiatriska tillstånd och psykisk ohälsa är vanligt bland unga och unga i institutionsvård framgår bland annat av Socialstyrelsen och SiS kartläggningar av psykiatriska tillstånd hos barn och unga i SiS särskilda ungdomshem (se ovan).

²³ Socialstyrelsen (2020c). *Munhälsa och tandvård för placerade barn* s. 57 ff.

²⁴ Tordön 2021, s. 16.

Användningen av psykofarmaka är hög bland placerade barn och unga i jämförelse med barn och unga som inte varit placerade. Under 2019 hade 11 procent av 15–16-åriga flickor som var placerade under hela årskurs 9 en långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera olika psykofarmaka. För pojkarna var andelen 6 procent. Detta kan jämföras med jämnåriga som inte var placerade, där andelen var 2 respektive 1 procent.²⁵ Tidigare studier visar att det inom gruppen finns barn och unga med en psykiatrisk diagnos som kan förklara användning av psykofarmaka innan placeringen. Cirka 30 procent av barnen och de unga började använda psykofarmaka för första gången under placering.²⁶

I en undersökning som Folkhälsomyndigheten gjort framkom att 46 procent av ungdomar och unga vuxna på statliga institutioner hade försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna. Andelen var högre bland flickor/unga kvinnor, 59 procent jämfört med 32 procent bland pojkar/unga män. Totalt hade 56 procent någon gång tänkt ta sitt liv.²⁷ SiS har rapporterat att vart fjärde barn på de särskilda ungdomshemmen någon gång har försökt ta sitt liv.²⁸

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Tillgång till jämlik hälso- och sjukvård för placerade barn och unga omfattar också förebyggande och hälsofrämjande åtgärder inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Folkhälsomyndigheten har gjort en studie i SiS ungdomsvård som visar på en hög ohälsa inom SRHR bland de unga och även en hög grad av utsatthet bland flickor och unga kvinnor. Folkhälsomyndigheten pekar på att unga inom statlig institutionsvård behöver få tillgång till sex- och samlevnadsundervisning. Flickors och unga kvinnors handlingsutrymme behöver öka och deras utsatthet minska medan pojkar och

²⁵ Socialstyrelsen (2021a). *Öppna jämförelser 2020 – placerade barns utbildning och hälsa*. Långvarig användning avser minst tre uttag av psykofarmaka inom två eller fler av de fyra psykofarmakagrupperna: antipsykotika, antidepressiva, lugnande eller sömnmedel.

²⁶ Socialstyrelsen (2014c). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar* s. 7 och 21.

²⁷ Folkhälsomyndigheten (2018), *Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård. En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna* s. 29.

²⁸ Statens Institutionsstyrelse, SiS (2018a). *SiS årsredovisning 2017* s. 19.

unga män behöver mer kunskap och stöd för reflektion om frågor kring sexualitet.²⁹

9.3.7 Tillgång till hälso- och sjukvård

I direktiven nämns fler omständigheter som påverkar tillgången till hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård. Brister i samhällsvårdens kvalitet medför risker för att barns och ungas vårdbehov inte tillgodoses, vilket i sin tur kan leda till exempelvis ökad psykisk ohälsa eller få negativ påverkan på skolgången. Varje ny placering ökar risken för skolavbrott, att barnets hälsa försämras och att tilliten till socialtjänsten och vuxenvärlden i stort försämras. Barn och unga som vårdas i HVB uppger även att de inte får tillräckligt med stöd av personalen för att klara av skolan och sköta hälsan.

Tillgången till hälso- och sjukvård är mindre studerad än hälso- och sjukvårdsbehoven hos barn och unga i samhällsvård. Som framgår ovan visar svenska studier att förskolebarn i familjehem haft mindre kontakt med barnhälsovården än andra barn. Placerade barn har också i något mindre utsträckning kontakt med tandvården. Ungefär 80 procent av alla barn som placerats har besökt tandvården för en basundersökning inom två år efter placeringsdatumet. Bland placerade tonåringar är det andelen som kommer för regelbundna undersökningar något större i familjehem jämfört med de som är placerade i andra former.³⁰

När det gäller psykofarmaka har Socialstyrelsen uppmärksammat att placerade barn och unga i genomsnitt har fler förskrivande vårdenheter än icke-placerade, vilket pekar på att deras tillgång till hälso- och sjukvården är mindre kontinuerlig än för andra barn och unga. Ju fler vårdenheter som var involverade i förskrivningen desto fler psykofarmaka använde barn och ungdomar. Socialstyrelsen har också ställt sig tveksam till långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel av placerade barn och unga som inte har schizofreni eller liknande tillstånd.³¹ Det finns regionala variationer i läkemedelsanvänd-

²⁹ Folkhälsomyndigheten 2018 s. 55 ff. Utifrån internationella studier har svenska forskare pekat på vikten av att förebygga tonårsföräldraskap bland barn som växer upp i familjehem genom preventivmedelsrådgivning och tillgång till preventivmedel vid 15 års ålder. Se Mattsson och Vinnerljung 2016 s. 23.

³⁰ Socialstyrelsen 2020c s. 70 ff.

³¹ Socialstyrelsen 2014c s. 7 och 21.

ningen som kan bero på olika sätt att arbeta med samverkan mellan kommuner och regioner.³²

Hälsundersökningar i anslutning till placering

Den mest ingående kunskapen om hälso- och sjukvårdens kontakter med placerade barn och unga avser de hälsundersökningar som barnen och de unga enligt lag ska erbjudas.

Förekomst

SKR har kartlagt hälsundersökningar för placerade barn vid tre tillfällen, 2014, 2016 och 2019, det vill säga före och efter att den nya lagstiftningen trätt i kraft. De två första kartläggningarna pekade tydligt på att barns hälsa inte undersöks eller uppmärksammas i tillräckligt hög utsträckning. Resultaten från den senaste kartläggningen visar att det fortfarande finns omfattande brister gällande placerade barns tillgång till hälsorelaterade undersökningar.

Bland ej ensamkommande barn hade 68 procent av de som placerades med stöd av LVU blivit hälsundersökta. Motsvarande andel för de som placerades enligt SoL var 32 procent. För omkring en tredjedel av de hälsundersökta barnen upptäcktes hälsoproblem som krävde vidare insats. Av de ensamkommande barnen hade 87 procent genomgått någon hälsundersökning. Vanligaste var att de endast genomgått hälsundersökningen för asylsökande. Hälsoproblem som kräver vidare insats upptäcktes för drygt 35 procent av de ensamkommande barnen.

Tandhälsa är ett område som SKR pekar på som särskilt bekymmersamt. En mycket låg andel av de ej ensamkommande barnen hade blivit tandhälsundersökta, 17 procent bland de som placerades enligt LVU och 9 procent bland de som placerades med stöd av SoL. För de ensamkommande barnen är siffran betydligt högre, 57 procent. Av de barn som blir tandhälsundersökta uppvisar en betydande andel problem som kräver vidare insatser, omkring 40 procent både bland

³² Socialstyrelsen 2021a.

ensamkommande och ej ensamkommande. Behoven är betydligt större bland de som placeras enligt LVU än med stöd av SoL.³³

Socialutskottet konstaterar i en utvärdering från 2022 att de avsedda förändringarna inte kommit till stånd trots att det gått fem år sedan lagändringarna trädde i kraft. Ett problem som nämns är att socialsekreterare gör egna bedömningar av när en hälsoundersökning är ”obehövlig” utan att ha tillräcklig kunskap om barns och ungas hälsa.³⁴ Vidare visar utvärderingen att regionernas erbjudanden om hälsoundersökningar skiljer sig åt beroende på var i landet barnet eller den unga personen placeras och på vilka bestämmelser placeringen stöder sig på. Den psykiska och orala hälsan undersöks i väsentligt mindre utsträckning än den somatiska. Utvärderingen indikerar, enligt socialutskottet, att den bristande implementeringen av reglerna om hälsoundersökningar är del av en större problematik. Problemen liknar de som fanns vid införandet av till exempel reglerna för samordnad individuell plan (SIP).³⁵

SiS uppger att hälsoundersökningar ofta inte har erbjudits och genomförts innan placeringar i särskilda ungdomshem inleds. Det gäller även för barn och unga med så omfattande hälso- och sjukvårdsbehov att de inkluderas i det pågående arbetet med att utveckla integrerad vård i samverkan mellan SiS och psykiatri.³⁶

Kompetens

Lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet anger inte vilken kompetens som krävs för undersökningen. Av lagens förarbeten framgår dock att regeringen bedömde att det är mycket viktigt att den som genomför hälsoundersökningen har rätt kompetens. Lagen innehåller ett bemyndigande att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om hälsoundersökningar (2 §). Det kan till exempel gälla bestämmelser om kompetens hos personal som genomför hälsoundersökningen.³⁷ I föreskriftsarbetet gjorde Socialstyrelsen be-

³³ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2020). *Hälsoundersökningar för placerade barn. Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn* s. 24 ff.

³⁴ Socialutskottet (2022). *Hälso- och sjukvård för barn och unga i samballets vård – en utvärdering* s. 33 ff.

³⁵ Socialutskottet 2022 s. 5.

³⁶ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023c s. 22.

³⁷ Prop. 2016/17:59 s. 35.

dömningen att det inte var lämpligt eller nödvändigt att i detalj reglera vilken kompetens som krävs för att utföra hälsoundersökningarna.³⁸

Av socialutskottets utvärdering framgår att hälsoundersökningarna främst genomförs av läkare som är barn- eller allmänspecialister, men även sjuksköterskor och i mindre utsträckning psykologer. Den del av undersökningen som gäller oral hälsa utförs av såväl tandhygienist som specialisttandläkare inom pedodonti (barntandvård).³⁹ En genomgång av regionernas överenskommelser med kommunerna som utredningen gjort sommaren 2023 visar att åtta regioner har reglerat att hälsoundersökningen ska genomföras av läkare och ytterligare fem att de ska genomföras av antingen en läkare eller sjuksköterska.

Särskilt har läkarens roll i hälsoundersökningen diskuterats. I en rapport från SBU kritiseras lagen för att inte ställa krav på att läkare ska utföra hälsoundersökningen. I rapporten sägs att lagens nuvarande utformning knappast ger någon garanti för att en genomgående medicinsk undersökning kommer att verkställas för alla barn och unga som placeras.⁴⁰ Två av de sakkunniga i arbetet med SBU:s rapport, professorerna Titti Mattsson och Bo Vinnerljung, har i en rapport föreslagit att erbjudande om hälsokontroller vid en placering ska omfatta en läkarundersökning.⁴¹

Hälsoundersökning och läkarundersökning enligt 32 § LVU

Förhållandet mellan hälsoundersökning enligt den nya lagen och läkarundersökning enligt 32 § LVU har också skapat en del problem.

Socialutskottet konstaterar att en del vårdgivare registrerar läkarundersökningen enligt 32 § LVU som hälsoundersökningar trots att den första undersökningen har ett annat syfte och är mindre omfattande. Läkarundersökningen kallas ”skyndsam läkarundersökning” i en region och ”flygande besiktning” i en annan. En intervjuad barnläkare och regionala utvecklingsledare inom barn- och ungdomsvården beskriver läkarundersökningen som mindre meningsfull och förvirrande i förhållande till hälsoundersökningen. Barnläkaren menar att den efterfrågade informationen går att få in på annat sätt genom till

³⁸ Socialstyrelsen (2019). *Sammanställning av remissvar avseende förslag om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19)*. Dnr 4.1-13129/2018.

³⁹ Socialutskottet 2022 s. 5.

⁴⁰ SBU 2018b s. 12.

⁴¹ Mattsson och Vinnerljung 2016 s. 26.

exempel en snabb konsultation med en skolsköterska eller BVC-sköterska.⁴²

En aktstudie som FoU Nordväst i Stockholms län gjort visar också att det finns en sammanblandning av hälsoundersökning och läkarundersökning enligt 32 § LVU som i vissa fall gör det svårt att i efterhand utvärdera vilken undersökning som gjorts.⁴³

Överenskommelser mellan regioner och kommuner

Arbetet med överenskommelserna om insatser för placerade barn och unga har förbättrats över tid, enligt SKR. Kartläggningen visar att kommuner och regioner i alla län utom ett tecknat överenskommelser om hälsoundersökning i anslutning till placering av barn och unga utanför det egna hemmet eller avtal där sådan överenskommelse ingår. Kartläggningen visar också att det blivit vanligare att regionerna genomför hälsoundersökningen på både barnklinik och vårdcentral beroende på till exempel barnets ålder. Det hade ingåtts fler överenskommelser som omfattar undersökningar av tandhälsa och ensamkommande barn. Överenskommelser är dock inte någon garanti för att barnen faktiskt blir hälsoundersökta eller får sina hälsobehov tillgodosedda.⁴⁴

Socialutskottet konstaterar att arbetet med att ta fram överenskommelser har bidragit till ett större fokus på placerade barns hälsa och bidragit till att samverkan mellan kommuner och regioner har kommit till stånd. Samverkan sker dock framför allt på en övergripande strategisk nivå, mellan chefer för olika verksamheter och utvecklingsledare. I det praktiska genomförandet kvarstår samverkansproblemet. Det verkar saknas forum för möten mellan dessa yrkesgrupper för att i högre grad möjliggöra en reell samverkan och öka förståelsen för varandras arbetsområden och begreppsvarld. Överenskommelserna verkar inte heller vara kända eller särskilt styrande för de som arbetar närmast barnen och de unga.

Överenskommelsernas innehåll varierar. I dag finns överenskommelser mellan regioner och kommuner om samarbete som omfattar hälsoundersökning av munhälsan i anslutning till placering i de flesta

⁴² Socialutskottet 2022 s. 14 och 31.

⁴³ Kazemi, B. och From, S. (2021). *Placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård i Stockholms län*. FoU Nordväst Stockholms län s. 27.

⁴⁴ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, 2020 s. 5 och 19.

län, även om implementeringen varierar. Brukarinflytande och samverkan med SiS, som lagstiftaren uttryckligen pekat på som viktigt, förekommer dock bara i mindre utsträckning.⁴⁵ Även SiS erfarenhet är att de sällan är en part i de överenskommelser som kommuner regioner ska ingå med varandra.⁴⁶

Det kan tilläggas att svårigheterna med överenskommelserna om arbete för placerade barn och unga liknar svårigheterna med andra lagstadgade överenskommelser mellan kommuner och regioner.⁴⁷

Hälso- och sjukvård i SiS särskilda ungdomshem

SiS har tagit på sig ett större ansvar att bedriva hälso- och sjukvård än vad myndigheten har skyldighet att göra. Vid alla hem för vård enligt LVU eller LVM finns anställda sjuksköterskor och psykologer. SiS är vårdgivare för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs på institutionerna och har självt formulerat de uppdrag som sjuksköterskor, psykologer och läkare utför inom myndigheten. SiS vårdgivaransvar följer av 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Bakgrunden till att SiS tagit på sig att vara vårdgivare är de stora behoven av hälso- och sjukvård hos barn och unga i särskilda ungdomshem, men också svårigheter att få till stånd en stabil samverkan mellan SiS och regionerna. Se vidare om dagens former för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem i avsnitt 9.7.1.

⁴⁵ Socialutskottet 2022 s. 5.

⁴⁶ Statens institutionsstyrelse, SiS (2022c). *Projektdirektiv Dnr 1.1.4-3953-2022. Projekt: Genomlysning av SiS hälso- och sjukvård.*

⁴⁷ SOU 2021:93 s. 375 ff.

9.4 Inledande överväganden och förslag om jämlik hälso- och sjukvård och tandvård

Bedömning: För bästa möjliga hälsa hos barn och unga i samhällsvård krävs att de har tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård för att uppmärksamma, bedöma och tillgodose deras behov av vård och stöd för hälsan. I vissa situationer behöver placerade barn och unga också ha tillgång till hälso- och sjukvård direkt i anslutning till vården.

Förslag: Regeringen bör ta initiativ till att analysera de särskilda förutsättningarna för en god och nära vård för placerade barn och unga genom ett uppdrag till lämplig myndighet eller inom ramen för de överenskommelser som regeringen ingår med SKR om omställningen till en god och nära vård.

9.4.1 Huvudlinjer i arbetet för tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård.

Barn i samhällsvård har som andra barn rätt till bästa möjliga hälsa enligt FN:s barnkonvention, som gäller som lag i Sverige. Utredningen anser att samma rätt gäller för unga i samhällsvård. Tillgång till jämlik hälso- och sjukvård och tandvård är en nödvändig förutsättning för bästa möjliga hälsa. Ofta måste också samhällsvården utformas för att främja eller förbättra barns och ungas hälsa, inte minst den psykiska och sociala hälsan. Samhällsvården behöver därför många gånger genomföras samtidigt med hälso- och sjukvård och tandvård och i nära samverkan mellan socialnämnden och regionen.

Arbetet med placerade barns och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård har följt två huvudlinjer.

Den övergripande ambitionen har varit att säkerställa att placerade barn och unga får sina hälso- och sjukvårdsbehov bedömda och tillgodosedda enligt de regler som generellt gäller för barn och unga inom den ordinarie hälso- och sjukvården. Inriktningen kan beskrivas som en del av den normalisering som bör vara ett riktmärke för socialtjänsten enligt förarbetena till SoL (se avsnitt 3.2.2). Med normalisering avses samhällets insatser för att stödja medborgarens strävan efter att så långt som möjligt kunna vara som andra och ha det

som andra, vilket samtidigt betyder rätt att vara sig själv. Det innebär bland annat att vården för barn som vårdas utom hemmet ordnas i så normala och litet särskiljande former som möjligt.⁴⁸

Vid sidan av denna ”normalisering” har det länge förekommit särskilda insatser och åtgärder för placerade barns och ungas hälsa som direkt varit kopplade till samhällsvården. Exempel på det är olika former av hälso- och sjukvård vid HVB såsom utredningar av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och vissa individuella behandlingar för missbruksproblem. En anledning till att hälso- och sjukvård behövs samtidigt och i nära samverkan med den vård som socialtjänsten ansvarar för är bristande tillgänglighet till psykiatri i delar av landet. Men placerade barn och unga kan även ha sociala vård- och stödbehov som så nära hänger samman med deras hälso- och sjukvårdsbehov att all vård behöver ges samtidigt för att insatserna ska vara meningsfulla. Allvarlig risk för barnets eller den unges hälsa hör också till förutsättningarna för vård enligt 2 och 3 §§ LVU.

Reglerna om hälsoundersökningar för barn och unga i samband med att vård utanför det egna hemmet inleds kan beskrivas som ett steg mellan ”normalisering” och ”särlosning”. Dessa regler har beslutats utifrån kunskap på gruppnivå om betydelsen av att placerade barns och ungas hälsa och hälso- och sjukvårdsbehov uppmärksammas tidigt och systematiskt för fortsatt arbete med de individuella behoven i den ordinarie hälso- och sjukvården. Regionernas ansvar att erbjuda hälsoundersökningar anges i egen lag och är inte del av den ordinarie hälso- och sjukvården enligt HSL, där särskilda patientgrupper inte anges.

Otillräckligt arbete hittills

Arbetet efter dessa huvudlinjer har varit otillräckligt för att varje barn eller ung person i samhällets vård ska få tillgången till jämlik hälso- och sjukvård för sina behov.

Principen om normalisering förhindras av flera förhållanden som gör att placerade barn och unga riskerar att inte få hälso- och sjukvård efter behov och de prioriteringar som hälso- och sjukvården ska göra. Dessa barn och unga riskerar att inte komma i kontakt med hälso- och sjukvården för en bedömning på grund av bristande sam-

⁴⁸ Prop. 1979/80:1 Del A s. 212 f.

verkan mellan huvudmän och verksamheter eller på grund av att de kommer efter i vårdköer när de flyttas över regiongränserna. För att barnet eller den unge ska samtycka till hälso- och sjukvården kan det behövas ett arbete med tillit och motivation som hälso- och sjukvården inte har förutsättningar för och inte väntar sig. I andra sammanhang är det tvärtom kö till hälso- och sjukvård för barn och unga som är utagerande eller våldsamma och behöver ha med stöd- och omsorgspersoner vid kontakter med hälso- och sjukvården. Barn och unga som vårdas i HVB kan också vara utagerande på ett sätt som hälso- och sjukvården behöver stöd av barnets eller den unges omsorgspersoner för att kunna bemöta på rätt sätt.

Till detta kommer att hälso- och sjukvården kan ha svårt att erbjuda insatser som är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet för behov inom områden där forskningen är begränsad. Barn och unga i samhällets vård kan ha sammansatta behov och funktionsnedsättningar som gör att det vanliga behandlingsutbudet behöver anpassas. Det är inte heller ovanligt att hälso- och sjukvården väntar sig en stabil hemmiljö och vårdnadshavare att samverka med, något som barn och unga i samhällets vård ofta saknar.

En konkret beskrivning av dessa risker ger en delrapport om pilotprojektet för integrerad vård för barn och unga i SiS särskilda ungdomshem. Integrerad vård ska riktas till barn med mycket omfattande och komplexa behov. Arbetet med att identifiera unga som behöver integrerade insatser har tydliggjort att det finns en annan och förmodligen relativt stor grupp barn och unga som behöver barn- och ungdomspsykiatriska insatser även om det inte handlar om integrerad vård. Dessa barn och unga får enligt SiS sällan tillgång till barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård under placeringstiden. Särskilda ungdomshem beskriver att de sällan skickar remisser till BUP eftersom väntetiderna brukar vara långa och det ofta är ovisst hur länge barnen och de unga ska vara placerade inom SiS. I stället får barnet nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser som läkemedelsbehandling och stödsamtal genom ungdomshemmens konsultläkare och ungdomshemmens hälso- och sjukvårdspersonal. Vid akuta tillstånd kontaktas psykiatrin men SiS samlade erfarenhet är att om barnet tas emot leder det mycket sällan till någon fortsatt vård efter att den akuta situationen har hävts. Även BUP-team som deltar i arbetet med integrerad vård beskriver att de ser att många barn på

SiS behöver BUP:s ordinarie vårdutbud, men att den vården skulle behöva ges på ungdomshemmen.⁴⁹

De särskilda former för tillgång till hälso- och sjukvård som utvecklats för placerade barn och unga är inte heller utan problem. Hela ansvaret för kvalitet och kostnader hamnar ofta på kommunen som inte har den kompetens som behövs för uppdrag inom hälso- och sjukvården eller ansvaret att finansiera sådana uppdrag. Det är också svårt för kommunerna att överblicka utbudet av institutionsvård som också omfattar hälso- och sjukvård och att bedöma utbudet vid beslut om individuella placeringar. IVO:s omsorgsregister omfattar bara information om vård enligt SoL och LVU vid HVB och har ingen koppling till vårdgivarregistret med uppgifter om verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård (se även avsnitt 8.4.1).

Hinder och svårigheter har även uppmärksammats vid implementeringen av reglerna om hälsoundersökningar i anslutning till placering. Det handlar om bristen på samlat nationellt stöd under en period, men också om oklara och outvecklade samverkansformer mellan huvudmän och verksamheter. Regioner har också pekat på bristande resurser för hälsoundersökningarna. SKR konstaterar att vissa områden verkar sakta gå framåt, men på det hela taget sker utvecklingen oacceptabelt långsamt eftersom en mycket stor andel placerade barn riskerar att inte få sina behov tillgodosedda under tiden.⁵⁰ Ytterligare en svårighet med ”normalisering” är att ansvaret för placerade barns och ungas hälsa tenderar att uppfattas som ett ansvar främst för socialtjänsten och inte också som en fråga direkt för hälso- och sjukvården. De aktuella aktiviteter på nationell nivå som beskrivs ovan gäller bara i begränsad omfattning hälso- och sjukvårdens eget arbete.

Hälsovanor och förebyggande åtgärder

De kartläggningar och studier om placerade barns och ungas hälsa visar på en stor bredd av hälsofrågor som behöver uppmärksammas. Fokus hamnar i dag ofta på den psykiska hälsan och tillgång till vård och annat stöd vid psykiatriska tillstånd. Det är en mycket viktig fråga, men översikten ovan visar att en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård för placerade barn och unga också handlar om hälsofräm-

⁴⁹ Statens institutionsstyrelse, SiS 2023c s. 33.

⁵⁰ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, 2020 s. 41.

jande och förebyggande åtgärder, somatisk hälsa och tandhälsa. För en helhetssyn på barnets eller den unges hälsa är detta breda perspektiv också viktigt.

Folkhälsomyndighetens sammanställning av svar från barn som bor i familjehem på Skolbarns hälsovanor visar att det finns skillnader också i dagliga hälsovanor hos barn och unga i samhällets vård. Det är inte någon särskild hälsovana som sticker ut, i stället finns det ett mönster med genomgående skillnader när det gäller träning, frukostätande, rökning, alkohol och narkotika som är i linje med placerade barns och ungas utsatthet inom andra områden. Eftersom det gäller vanor och beteenden som kan innebära risker på längre sikt är det oroande att skillnaderna mellan barn i familjehem och andra barn är störst i 13-årsåldern när det gäller rökning och alkohol. Det kan samverka med andra omständigheter tidigt i tonåren som leder till ökade stödbehov hos barn i familjehem och risker för omplaceringar. Detsamma kan gälla för den större användningen av narkotika bland 16-åringar.

Hälsovanor och förebyggande åtgärder ingår i SRHR-området, som också behöver vara en del av det fortsatta arbetet för placerade barns och ungas rätt till hälsa. Tillgång till ungdomsmottagningar behöver till exempel vara en del av tillgången till jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård, men familjehem och personal i HVB och stödboende behöver kunskap om hur de kan ge stöd inom SRHR-området, inte minst kring den makt och identitet som i hög grad är aktuella där.

Inriktningen på det fortsatta arbetet

Principen om normalisering måste också fortsättningsvis kombineras med särskilda lösningar för placerade barn och unga och med fler mellansteg som gör att placerade barn och unga uppmärksammas särskilt inom hälso- och sjukvården för tillgång till hälso- och sjukvård på jämlika villkor. I de närmast följande avsnitten lämnar utredningen bedömningar och förslag med den inriktningen.

Utredningen vill också framhålla vikten av att särskilda förutsättningar och utvecklingsbehov för placerade barn och unga uppmärksammas vid omställningen till en god och nära vård. Regeringen bör

ta initiativ till sådana insatser i kommande överenskommelser med SKR om omställningen till en god och nära hälso- och sjukvård.

9.4.2 God och nära hälso- och sjukvård för placerade barn och unga

Ett omfattande arbete pågår för närvarande i svensk hälso- och sjukvård för att uppnå en god och nära vård för patienterna. I en överenskommelse mellan regeringen och SKR beskrivs syftet med denna omställning. Det handlar om en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sammanhållet med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Utvecklingen av nära vård innebär inte en ny organisationsform eller vårdnivå, inte heller är nära vård en ny benämning på dagens primärvård. I stället ska primärvården vara basen och navet i hälso- och sjukvården. Primärvården behöver samspela med den specialiserade vården både på och utanför sjukhusen, kommunernas socialtjänst samt andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv.⁵¹

Med nära vård avses att vården ska uppfattas som lättillgänglig. Vården kan vara nära geografiskt, men kan också ges digitalt på distans, exempelvis via dator eller telefon. För att patienterna ska uppfatta vården som nära behöver samarbetet utvecklas mellan olika delar av hälso- och sjukvården i regionerna, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessutom behöver hälso- och sjukvården utveckla sitt samarbete med patienterna för ökad delaktighet och stöd till patienter att medverka till att stärka sin hälsa.⁵²

En särskild utredning om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga har föreslagit att hälso- och sjukvården ska få ett lagfäst uppdrag att arbeta för att främja hälsa och inte enbart för att förebygga ohälsa.⁵³ Den utredningen har också föreslagit att ett hälsovårdsprogram ska tas fram för att göra det tydligt vad barn och unga och deras föräldrar bör erbjudas och att samverkan ska stärkas mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården.⁵⁴

⁵¹ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2023). *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* s. 4.

⁵² Kunskapsguiden, *Om god och nära vård*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/god-och-nara-varld/om-god-och-nara-varld/> (hämtad 2023-07-10).

⁵³ SOU 2021:34 s. 39.

⁵⁴ SOU 2021:34 s. 37.

Mycket av det som skrivs och görs för att uppnå en god och nära hälso- och sjukvård kan verka som direkt formulerat med tanke på placerade barn och unga. I praktiken har den gruppen knappast alls uppmärksammats i arbetet med en god och nära hälso- och sjukvård. Det gäller även i den särskilda utredning som lämnade förslag inom barn- och ungaområdet.

I detta kapitel pekar utredningen på flera risker för att placerade barn och unga inte får tillgång till jämlik hälso- och sjukvård trots att de kan ha omfattande behov. Det handlar om bland annat samtycke till hälso- och sjukvård, implementeringen av reglerna om hälsoundersökning vid placering och regionernas arbete med att använda den information som framkommer vid undersökningarna och brist på arbetssätt inom hälso- och sjukvården när barn inte har en stabil familjemiljö med vårdnadshavare som hälso- och sjukvården kan samarbeta med. Om inte dessa frågor särskilt uppmärksammas och löses är risken betydande för att omställningen till en god och nära hälso- och sjukvård blir en reform som i praktiken ställer placerade barn och unga vid sidan av trots att de hör till de grupper som kan ha mest att vinna på omställningen.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att regeringen tar initiativ till att analysera de särskilda förutsättningarna för en god och nära vård för placerade barn och unga genom ett uppdrag till lämplig myndighet eller inom ramen för de överenskommelser som regeringen ingår med SKR om omställningen till en god och nära vård.

9.5 Överväganden och förslag om regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård

Förslag: En ny paragraf 8 kap. 4 a § införs i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som anger att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård också till barn och unga under 21 år som vistas inom regionen och som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga. Den region där barnet eller den unge är bosatt som ansvarar för hälso- och sjukvården enligt 1 § svarar för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket.

En ny paragraf 6 b § införs i tandvårdslagen (1985:125) som anger regionens ansvar att erbjuda god tandvård också till barn

och unga under 21 år som vistas inom regionen och som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga. Den region där barnet eller den unge är bosatt svarar för kostnaderna för tandvård som patienten ges med stöd av bestämmelserna i paragrafen.

En ny bestämmelse införs i 9 a § tandvårdslagen (1985:125) som anger att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Bedömning: Behovet av en ändring av reglerna för vårdgarantin för barn och unga som är placerade i familjehem, HVB och stöd-boende enligt SoL och LVU bör övervägas närmare i anslutning till att ändringen i den föreslagna 8 kap. 4 a § HSL genomförts och följs upp eller i anslutning till andra förändringar av vårdgarantin som eventuellt blir aktuella.

Samsjuklighetsutredningens förslag om att regionen ska ersätta kommunen om regionen inte fullgör sina skyldigheter för personer som är placerade i HVB är positivt också för barn och unga som är placerade i institutionsvård med stöd av SoL eller LVU. Om förslaget genomförs bör det tydligt framgå att betalningsansvaret omfattar placeringar av barn och unga i HVB enligt både SoL och LVU.

9.5.1 Hälso- och sjukvård utanför hemregionen

Skyldigheter och frivilliga åtaganden för regionerna

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 § HSL). Regionen ska också erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs (8 kap. 3 § HSL). Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen också erbjuda sådan vård (8 kap. 4 § HSL).

Enligt 9 § 3 folkbokföringslagen (1991:481) anses en vistelse inte leda till ändrad bosättning om den föranleds enbart av vård vid en

institution för sjukvård, vård av unga, kriminalvård eller vård av missbrukare. Endast i fall där vård- och socialtjänstinsatserna är av underordnad betydelse i förhållande till behovet av ett boende och vården pågår en längre tid ska barnet vara folkbokfört där enligt huvudregeln i folkbokföringslagen.

Barn och unga som placeras i familjehem, HVB eller stödboenden är i regel folkbokförda i sin hemregion. Det innebär att barn och unga som är placerade i exempelvis ett HVB i en annan region (vistelse-regionen) inte omfattas av den regionens hälso- och sjukvårdsansvar på samma sätt som de barn och unga som är folkbokförda där. Som framgår av avsnitt 9.2.2 har regionerna ingått en frivillig överenskommelse, riksavtalet för utomlänsvård, som innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin egen region. Det nu gällande riksavtalet godkändes 2014 av styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och gäller sedan den 1 januari 2015. SKL:s styrelse beslöt också att rekommendera landstingen och regionerna att godkänna och tillämpa detta avtal.⁵⁵

Enligt riksavtalet ska vistelseregionen till följd av vård av person med stöd av LVM, LVU, LRV, LPT, SoL, eller som är häktad eller som är föremål för kriminalvård i anstalt erbjudas såväl omedelbar som icke omedelbar vård av vistelseregionen. En sådan patient ska enligt avtalet inte hänvisas till sin hemregion för vård. Inte heller behöver vistelseregionen enligt avtalet ta kontakt med hemregionen vid vård av patienten. Avtalet anger att det är vistelseregionen som i dessa fall bedömer patientens behov av vård och patientens hemregion ska acceptera bedömningen. Därmed är riksavtalets regler om utfärdande av remiss eller betalningsförbindelse från hemregionen inte tillämpliga. Vidare gäller enligt avtalet vistelseregionens remissregler inom öppenvården. Vistelseregionen ersätts för sina kostnader, i enlighet med riksavtalet, från patientens hemregion, som har betalningsansvaret.

Statskontoret har i en utredning konstaterat att riksavtalet i praktiken inte alltid räcker för att säkerställa tillgången till hälso- och sjukvård för barn och unga som placeras i SiS särskilda ungdomshem. Enligt Statskontorets beskrivning får barn och unga inte den hälso- och sjukvård de behöver medan regionerna gör olika tolkningar av sitt ansvar och SiS samverkan med regionerna ofta är beroende av upparbetade personliga kontakter. Statskontoret har identifierat fall

⁵⁵ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, 2015 s. 3.

där remisser till hälso- och sjukvården har skickats tillbaka till SiS med hänvisning till att barn och unga inte bor i regionen samt barn och unga med diabetes eller hjärtsjukdom som inte har fått vård, trots upprepade påminnelser från SiS om vårdbehovet.

Statskontoret anser därför att det finns skäl att överväga att i lag utöka dessa barns och ungas rätt till hälso- och sjukvård i den region där de är tvingade att vistas. Ett första steg är enligt Statskontoret att regeringen tar initiativ till en översyn av HSL. Statskontoret anser att regionerna måste åläggas en skyldighet i HSL att ge vård till barn och unga som har placerats på SiS ungdomshem. Det uppstår då inga glapp i lagstiftningen om regionernas skyldighet i förhållande till SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag. Att placerade barn och unga inte får den hälso- och sjukvård som de behöver riskerar enligt Statskontoret att drabba flickor hårdare än pojkar, eftersom de oftare har psykiatriska besvär och därför i högre utsträckning behöver insatser från hälso- och sjukvården.⁵⁶

Reglerat ansvar för säker tillgång till hälso- och sjukvård och förbättrade möjligheter till tillsyn

Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet är i hög grad beroende av omfattande insatser från både socialtjänsten och den offentliga hälso- och sjukvården som regionerna ansvarar för. Det är positivt att regionerna åtagit sig det ansvar för utomlänsvård som framgår av riksavtalet, men utredningen anser att de brister som Statskontoret påtalat när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem inte är acceptabla. I likhet med Statskontoret anser utredningen att dagens ansvarsförhållanden är en orsak till problemen och att lagstiftningen därför bör ses över.

Enligt utredningens uppfattning är riksavtalet en alltför bräcklig grund för att säkerställa att placerade barn och unga får tillgång till sluten hälso- och sjukvård som inte är akut efter behov även när de är placerade utanför den region där de är folkbokförda. Eftersom riksavtalet är en frivillig överenskommelse omfattas det i sig inte av IVO:s tillsyn, vilket innebär att brister i tillämpningen av avtalet inte granskas av en oberoende part efter klagomål från exempelvis barn och unga. Det är också bara regionerna som är parter i riksavtalet, inte kom-

⁵⁶ Statskontoret 2022 s. 23 f. och 110 ff.

munerna som har ansvaret för placeringar av barn och unga. Vidare kan regioner som nu är parter i riksavtalet välja att inte längre följa avtalet och enbart tillämpa reglerna i HSL för skyldigheterna att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som är folkbokförda i en annan region. Det kan leda både till osäker tillgång till hälso- och sjukvård för de som omfattas av riksavtalet och skillnader i landet.

Mot den bakgrunden kan det ifrågasättas om riksavtalet räcker för att säkerställa placerade barns och ungas rättigheter vad gäller hälsa enligt Barnkonventionen och därmed också enligt svensk lag. Barnkonventionens artikel 24 ger barnet rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Vidare ger artikel 25 rätt för ett barn som har omhändertagits av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa till regelbunden översyn av den behandling som barnet får och alla andra omständigheter som rör barnets omhändertagande.

Statskontorets översyn ger vid handen att barn som blivit placerade med tvång i en annan region än hemregionen riskerar att berövas behövlig vård på grund av trubbiga ansvarsregler för hälso- och sjukvård; regler som tar sin utgångspunkt i ett bosättningsbegrepp som bygger på en uppfattning att envar medborgare är fri att bosätta sig varhelst i landet, men som inte beaktar en målgrupp av individer som samhället tvingar att bo på annan plats än i det egna hemmet. Det är rimligt att samhället kompenserar en sådan riskutsatt grupp genom en tydligare lagstiftning.

Statskontorets uppdrag och förslag avsåg förutsättningarna för barn och unga i SiS särskilda ungdomshem, men utredningen bedömer att de problem och risker som Statskontoret uppmärksammar kan gälla för alla barn och unga som vårdas i HVB, familjehem och stödboenden utanför hemregionen och oavsett om de vårdas enligt SoL eller LVU. Barn och unga i familjehem är i regel placerade i hem inom hemregionen, men utredningen utesluter inte att även sådana barn kan också beröras av problematiken i en del fall, till exempel vid behov av skyddat boende långt bort från hemmet på grund av hot om våld eller i kommuner som geografiskt befinner sig i gränslandet mellan två regioner och där samverkan bedrivs över länsgränsen.

Utredningen föreslår därför att en ny paragraf, 8 kap. 4 a §, införs i HSL som anger att regionen har ansvar att erbjuda en god hälso-

och sjukvård också till barn och unga under 21 år som vistas inom regionen och som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU. Förslaget innebär, i likhet med vad regionerna överenskommit i riksavtalet, att kostnadsansvaret ligger kvar hos barnets eller den unges hemregion. Därmed ändras inte hemregionens ansvar för långsiktig planering och samverkan med socialnämnden om åtgärder för barnets eller den unges hälsa. Genom dessa ändringar kommer det ansvar som nu bara vilar på en frivillig överenskommelse att regleras i lag och därmed få större stabilitet över tid, bli möjligt för IVO att granska i sin tillsyn av hälso- och sjukvården och eventuellt ytterligare reglera på myndighetsnivå efter regeringens bemyndigande. Ändringen innebär vidare att Sverige tydligare lever upp till det åtagande som införlivandet av barnkonventionen i svensk lag innebär.

Utredningen är medveten om att det finns andra grupper i motsvarande situation och vars tillgång till utomlänsvård anges i riksavtalet. Det gäller bland annat personer som vårdas med stöd av LVM vid institutioner i en annan region än hemregionen eller personer som är intagna i kriminalvårdens anstalter. Enligt utredningens uppfattning har barn dock inte alltid den kapacitet eller rättshandlingsförmåga som kan förväntas hos vuxna personer när det gäller att måna om sin hälsa och bereda sig tillgång till samhällets hälso- och sjukvårdsresurser. Barn upp till 15 års ålder är inga självständiga patienter utan är i behov av antingen vårdnadshavares eller samhällets stöd i kontakten med vårdgivare. För placerade barn i åldern 15–18 år har samhället genom placeringen tagit på sig en del av vårdnadsansvaret och dessutom bestämmer var barnet ska vistas för att få god vård och i övrigt goda uppväxtförhållanden. Omhändertaganden enligt LVU görs dessutom vid påtaglig risk för barns och ungas hälsa och utveckling.

Beträffande unga personer mellan 18 och 21 år bedömer utredningen att de också befinner sig i en utsatthet där samhället alltjämt behöver ge stöd i form av både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvård. Omhändertagande enligt LVU görs upp till 20 års ålder, vilket innebär att en stor del av de unga som är placerade inte har valt i vilken region de ska få vård i förening med boende. Enligt utredningens uppfattning har samhället åtagit sig ett särskilt ansvar för placerade unga som måste omfatta en säker tillgång till hälso- och sjukvård efter behov oavsett i vilken region de är placerade.

Även om det finns särskilda skäl för att reglera tillgången till utomlänsvård för placerade barn och unga anser utredningen att det också

kan finnas skäl att säkerställa tillgången till utomlänsvård för alla andra som i dag omfattas av riksavtalet. Utredningen ser därför gärna att behovet av och förutsättningarna för en sådan förändring utreds vidare av regeringen, men det ligger utanför utredningens uppdrag att lämna förslag om det.

Förslaget i förhållande till vårdgarantin

Ett förtydligande av vistelseregionens ansvar för att erbjuda placerade barn och unga god hälso- och sjukvård hänger nära samman med att barnet eller den unge erbjuds vård inom god tid. För den formen av tillgänglighet till vården har vårdgarantin också betydelse. Regleringen av vårdgarantier finns i 9 kap. HSL.

Förslaget till utvidgat ansvar för vistelseregionen för placerade barns och ungas hälso- och sjukvård kan innebära att de får stå i kö på nytt för vård i den regionen och att de då inte kan tillgodoräkna sig väntetid eller vårdgaranti från hemregionen. Utredningen har övervägt att förena förslaget till ändring av 8 kap. 1 § HSL med ett tillägg i samma lag om att en regions vårdgaranti även ska omfatta barn och unga under 21 år som vistas inom regionen och som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU. Det skulle innebära att placerade barn och unga i vistelseregionen omfattas av den regions vårdgarantier samt att målgruppen ska tillgodogöra sig eventuell väntetid i hemregionen.

Enligt utredningens uppfattning är det dock svårt att avgöra konsekvenserna av en sådan ändring. För BUP finns exempelvis sedan flera år en målsättning om en förstärkt vårdgaranti på 30 dagar för en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Samtidigt visar väntetidsstatiken både stora skillnader mellan regionerna och att knappt hälften av alla patienter i hela landet fick vård inom BUP inom 30 dagar i maj 2023.⁵⁷ Utredningen bedömer därför att behovet av en ändring av reglerna för vårdgarantin för barn och unga som är placerade i familjehem, HVB och stödbonde enligt SoL och LVU bör övervägas närmare i anslutning till att de bestämmelserna i den föreslagna 8 kap. 4 a § HSL trätt i kraft och

⁵⁷ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)*: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html> (hämtad 2023-07-14).

följts upp eller i anslutning till andra förändringar av vårdgarantin som eventuellt blir aktuella.

9.5.2 Tandvård utanför hemregionen

Varje region ska erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som regionen själv bedriver benämns folk-tandvård (5 §). Om någon som vistas i regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, ska regionen erbjuda sådan tandvård (6 §).

Utredningen kan konstatera att riksavtalet inte omfattar tandvård för patienter som vårdas utanför det egna hemmet enligt bland annat SoL eller LVU och att någon annan motsvarade överenskommelse mellan regionerna inte finns om ansvaret för tandvård. Det innebär att placerade barn och unga riskerar att inte få tandvård efter behov när de är placerade i familjehem, HVB och stödboenden utanför den region där de är folkbokförda. Detta trots att placerade barn och unga, som framgår ovan, har sämre munhälsa än barn som inte är placerade. Socialstyrelsen har också pekat på behovet av förbättringar i såväl kommunernas som regionernas/tandvårdens arbetssätt och samverkan.

Med anledning av remitteringen av Utredningen om jämlik tandhälsas betänkande (SOU 2021:8) har SKR anfört i förbundets remissvar att skyddet för placerade barn och unga vuxna bör öka och föreslår en ändring i tandvårdslagen med innebörd att varje region ska erbjuda en fullständig tandvård åt dem som utan att vara bosatt befinner sig i regionen, med stöd av beslut eller dom, samt att hemregionen svarar för kostnaderna för den tandvård som ges till patienten. SKR anför vidare att förbundet saknar en bredare analys av barnperspektivet från utredningen om jämlik tandhälsa, såsom en diskussion om tandvård för övriga barn och unga som vistas i andra regioner än där de är folkbokförda, förutom de som studerar.⁵⁸

Denna utredning föreslår därför att det genom en ny paragraf 5 § tandvårdslagen ska anges att regionens ansvar att erbjuda en god

⁵⁸ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Yttrande 2021-09-17, dnr 21/00445. Tillgängligt genom Regeringskansliet, *Remissinstanser för SOU 2021:8, När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa*, diarienummer S2021/01972: <https://www.regeringen.se/remisser/2021/03/remissinstanser-for-sou-20218-nar-behovet-far-styra--ett-tandvardssystem-for-en-mer-jamlik-tandhalsa/> (hämtad 2023-08-05).

tandvård också omfattar barn och unga under 21 år som vistas inom regionen och som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU. Förslaget innebär vidare att den region där barnet eller den unge är bosatt svarar för kostnaderna för tandvård som patienten ges med stöd av bestämmelserna i paragrafen. Därmed ändras inte hemregionens ansvar för långsiktig planering och samverkan med socialnämnden om åtgärder för barnets eller den unges mun- och tandhälsa. Det bör tilläggas att åldersgränsen vid 21 år valts med tanke på den enhetliga definition av samhällsvård för barn och unga som utredningen föreslår (se avsnitt 4.4.1). Utredningen är medveten om att den åldersgränsen skiljer sig från vad som anges om tandvård till och med det år den unge fyller 23 år i 7 § 1 tandvårdslagen.

Även ändringen i tandvårdslagen syftar till att säkerställa tillgången till vård efter behov för barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet, att göra tillämpningen av bestämmelserna möjlig för IVO att granska i sin tillsyn och eventuellt ytterligare reglera på myndighetsnivå efter regeringens bemyndigande. Också denna ändring innebär att Sverige tydligare lever upp till det åtagande som införandet av barnkonventionen i svensk lag innebär.

Förslaget är i linje med principerna i riksavtalet även om tandvården inte omfattas av det avtalet. Utredningen vill också erinra om det ansvar som regionen har för regelbunden och fullständig folktandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år enligt 7 § första punkten tandvårdslagen. Att lagstiftaren särskilt angett detta ansvar för folktandvården understryker vikten av att barn och unga som placeras för vård enligt SoL och LVU har en säker tillgång till god tandvård på samma sätt som andra barn och unga.

9.5.3 Överenskommelser mellan kommuner och regioner ska även regleras i tandvårdslagen

I 5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § 3 HSL regleras ansvaret för kommunen och regionen att ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa barn och unga eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Av förarbetena till bestämmelserna framgår att detta samarbete behöver omfatta såväl hälso- och sjukvård som tandvård. Överens-

kommelser mellan kommun och region i förväg bör underlätta för utredningsarbetet, planeringen av och genomförandet av vården samt samordnade insatser för barn och unga. Det är inte acceptabelt att barn och unga i samhällets vård inte får den vård de behöver.⁵⁹ De bestämmelser som infördes om överenskommelser infördes dock enbart i SoL och HSL, inte i tandvårdslagen.

Genom att överenskommelserna ofta tar upp samverkan om hälsoundersökningar av fysisk, psykisk och oral hälsa blir tandvården i viss mån en del av det samarbete som beskrivs. Utredningen bedömer dock att det inte får råda någon tveksamhet om att regionens ansvar att ingå överenskommelser om samarbete kring placerade barn och unga också omfattar tandvården. Som framgår ovan, och av förarbetena till de nuvarande bestämmelserna, har placerade barn och unga sämre tand- och munhälsa än andra barn och unga.

Utredningen föreslår att en ny bestämmelse i 9 a § tandvårdslagen (1985:125) införs som anger att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Enligt bestämmelserna i SoL och HSL om motsvarande överenskommelser bör organisationer som företräder barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Utredningen ser inget skäl att också detta bör gälla vid överenskommelser enligt den föreslagna bestämmelsen i tandvårdslagen.

9.5.4 Samsjuklighetsutredningens förslag om regionens ansvar för hälso- och sjukvård i HVB

Samsjuklighetsutredningen har föreslagit nya och ändrade bestämmelser om regionens ansvar för hälso- och sjukvård vid placeringar för vård utanför det egna hemmet. Genom en bestämmelse i HSL (8 kap. 12 §) ska det anges att regionen ansvarar för att den som placeras utanför det egna hemmet erbjuds en god hälso- och sjukvård.⁶⁰

Förslaget har i första hand tagits fram för att reglera regionens ansvar för hälso- och sjukvård åt personer som vistas i HVB. Det utgår från Samsjuklighetsutredningens övergripande förslag om att

⁵⁹ Prop. 2016/17:59 s. 25.

⁶⁰ SOU 2023:5 s. 85, 186 ff. och 492.

regionerna ska ansvara för alla behandlingar i HVB.⁶¹ Samsjuklighetsutredningen konstaterade att många HVB i dag utför hälso- och sjukvårdsinsatser inom ramen för sina uppdrag från kommunen. En enkät som utredningen gjort visade omfattningen av detta vid placeringar av vuxna till följd av missbruks- och beroendeproblem. 20–30 procent av kommunerna som besvarade enkäten hade gett HVB i uppdrag att genomföra läkemedelsbehandling, hälsoundersökning, läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) med mera. Av de kommuner som gett sådana uppdrag till HVB uppgav omkring 70–90 procent att de själva stod för kostnaden.⁶²

Till förslaget om regionernas ansvar knöts ett annat förslag som innebär att regionen ska betala ersättning till kommunen om regionen om denna inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna genomförs under placeringen i ett HVB. Ersättning ska lämnas med ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i HVB till dess regionen fullgjort sina åtaganden eller till dess placeringen upphör. Detta föreslogs regleras genom en ny paragraf (16 kap. 4 §).⁶³

Denna utredning tar inte ställning till den övergripande frågan om ansvaret för behandlingar vid missbruk och beroende. Som framgår av avsnitt 8.5.2 ser utredningen dock problem med Samsjuklighetsutredningens förslag inom samhällsvården för barn och unga, inte minst när det gäller definitionen av HVB. Tidigare i detta avsnitt lämnas förslag om regionernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga i samhällsvård som går utöver Samsjuklighetsutredningens förslag avseende vistelseregionens ansvar, vilket inte minst berör barn och unga som vårdas i HVB.

Samtidigt vill denna utredning framhålla att Samsjuklighetsutredningens förslag om ett betalningsansvar för regionen om denna inte fullgör sina skyldigheter för personer som är placerade i HVB är positivt också för barn och unga som är placerade i institutionsvård med stöd av SoL eller LVU. Denna utredning har inte tagit fram egna förslag på den punkten.

Om regeringen går vidare med förslaget om ett betalningsansvar för regionen vill denna utredning framhålla att det tydligt måste framgå att det ansvaret omfattar placeringar av barn och unga i HVB

⁶¹ SOU 2021:93 s. 300 och 362.

⁶² SOU 2021:93 s. 369.

⁶³ SOU 2021:93 s. 373 s. 497 f. Se även SOU 2023:5 s. 497.

enligt både SoL och LVU. Samsjuklighetsutredningens förslag avser alla som placerats utanför det egna hemmet enligt 6 kap. 1 § SoL, vilket kan misstolkas som att placeringar enligt LVU inte ingår vid tillämpningen av bestämmelsen.

9.6 Överväganden och förslag om undersökningar av hälsan

Förslag: Bestämmelsen i 32 § LVU ändras så det framgår att socialnämnden i ett ärende enligt den lagen ska besluta om läkarundersökning av den unge om det finns anledning att anta att sådan undersökning är behövlig för bedömning av om det finns hinder för vård eller för att på annat sätt särskilt beakta hälsotillståndet inför beslutet om vård samt utse läkare för undersökningen.

Lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet får den nya rubriken lag med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. Genom en ändring i denna lag införs en ny bestämmelse i 4 § om att läkare respektive tandläkare ska ansvara för hälsoundersökningarna. Samma paragraf justeras också så att det framgår att det är den region där barnet eller den unge vistas som ska erbjuda hälsoundersökning. I samma lag införs en ny bestämmelse i 3 § som förtydligar att med region avses även en kommun som inte ingår i en region. En ny bestämmelse införs i 5 § i samma lag om att Statens institutionsstyrelse ska underrätta regionen om behov av hälsoundersökning för barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem om socialnämnden inte tidigare har underrättat regionen. Statens institutionsstyrelse ska informera socialnämnden när sådan underrättelse lämnas.

Upplysningsbestämmelser införs i 8 kap. 10 § HSL och 6 a § tandvårdslagen om att särskilda bestämmelser om skyldighet att erbjuda hälsoundersökning finns i lagen med särskilda bestämmelser om hälsoundersökning och hälso- och sjukvård för barn i samhällsvård.

Bestämmelsen i 11 kap. 3 a § SoL om socialnämndens skyldighet att underrätta regionen om att en hälsoundersökning ska erbjudas justeras så att en sådan underrättelse ska göras om det inte är uppenbart obehövligt.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen ansvar och resurser för ett långsiktigt uppdrag att implementera reglerna lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och sina föreskrifter och allmänna råd inom området.

9.6.1 Tydligare ordning för olika typer av undersökningar av hälsa

Förslag: En underrättelse ska ske enligt 11 kap. 3 a § SoL om det inte är uppenbart obehövt.

Det finns två lagreglerade undersökningar av hälsa hos barn och unga i samhällets vård: dels den hälsoundersökning som barn och unga ska erbjudas i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, dels läkarundersökningen enligt 32 § LVU.

Båda dessa undersökningar är förknippade med skyldigheter för socialnämnden att agera så att undersökningarna kommer till stånd om det inte av särskilda skäl är obehövt. För hälsoundersökningar i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds ska socialnämnden underrätta regionen om att vården ska inledas, om en sådan underrättelse inte är obehövt. Socialnämnden är skyldig att genomföra läkarundersökning enligt 32 § LVU är socialnämnden innan nämnden lämnar en ansökan om vård enligt LVU till förvaltningsrätten.

På andra sätt skiljer sig de båda undersökningarna åt. Hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds omfattar fysisk, psykisk och oral hälsa och har ett bredare syfte än undersökning enligt 32 § LVU där olika former av hälsa som ska undersökas inte beskrivs i lag eller annan regel. Vidare krävs läkarcompetens bara vid undersökning enligt 32 § LVU. Det är också bara vid undersökningar enligt 32 § LVU som socialnämnden har befogenhet att utse läkare och att bestämma någon annan plats för undersökningen om den inte lämpligen kan genomföras i den unges hem.

Utredningen anser att det finns skäl att se över förhållandet mellan de båda undersökningarna mot bakgrund av svårigheterna att implementera lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och den kritik som riktats mot att den lagen inte ställer krav på läkarmedverkan vid hälsoundersökningen.

Enligt utredningens bedömning bör reglerna om de båda undersökningarna justeras så att följande syften uppnås:

- Läkare ska ansvara för alla hälsoundersökningar av barn och unga i samhällsvård. Det som skiljer placeringar med stöd av LVU från placeringar enligt SoL är bristen på samtycke i det förra fallet, inte vårdbehoven eller behovet av samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är också vanligt att läkare medverkar i de hälsoundersökningar som nu genomförs, men det sker inte i alla regioner vilket skapar en bristande likvärdighet för placerade barn och unga över landet.
- Det som sägs om läkarmedverkan i hälsoundersökningar gäller även för tandläkare i den del av undersökningen som avser oral hälsa. Tandläkare nämns inte i 32 § LVU och det finns därför inga krav på att tandläkarundersökning av några placerade barn och unga.
- Socialnämnden ska besluta om läkarundersökning inför beslut om vård av LVU när det finns anledning att anta att sådan undersökning är behövlig för ändamålet med undersökningen och får utse läkare för undersökningen, men inte nödvändigtvis inför varje ansökan om vård enligt LVU. När alla barn och unga som genomgår en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds minskar behovet av en särskild läkarundersökning för beslut om vård. Barnets eller den unges hälsa måste givetvis beaktas i utredningen inför en ansökan om vård enligt LVU, men det kan ofta ske utifrån aktuella uppgifter om barnets eller den unges hälsa och hälso- och sjukvårdskontakter från vårdnadshavare och region, eventuellt också med en särskild konsultation med regionen.
- Socialnämndens befogenheter behövs i samband med läkarundersökning inför beslut om vård enligt LVU. Om socialnämnden beslutar om en sådan läkarundersökning behöver nämnden ha fortsatta befogenheter att utse en läkare som undersöker barnets eller den unges hälsa inför en ansökan om vård enligt LVU. Likaså behöver socialnämnden ha befogenhet att avgöra var undersökningen bäst ska utföras.

Utifrån dessa överväganden föreslår utredningen att läkare respektive tandläkare ska ansvara för hälsoundersökningar i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds. Läkare ska ansvara för de

delar av undersökningarna som avser fysisk och psykisk hälsa. Tandläkare ska ansvara för den del av undersökningen som avser oral hälsa. På det sättet kommer alla barn och unga att undersökas av läkare i samband med placeringen, vilket ökar jämlikheten i landet. Läkarens eller tandläkarens ansvar för hälsoundersökningen innebär inte att de genomför alla delar av den. I ansvaret ingår att bedöma om annan hälso- och sjukvårdspersonal kan eller bör delta i genomförandet. Läkaren eller tandläkaren ska ändå träffa barnet eller den unge för att kunna göra den bedömningen.

Utredningen föreslår också att läkarundersökningar enligt 32 § LVU inte alltid ska göras inför beslut om vård enligt den lagen. I stället ska socialnämnden besluta om en sådan undersökning om det finns anledning att anta att sådan undersökning är behövlig för bedömning av om det finns hinder för vård eller för att på annat sätt särskilt beakta hälsotillståndet inför beslutet om vård. Socialnämnden ska också fortsättningsvis få utse läkare för undersökningen. Hinder för vården kan föreligga om den unge behöver få sjukhusvård för akuta medicinska eller psykiatriska tillstånd eller omedelbart genomgå en undersökning på sjukhus. Särskilda överväganden av hälsotillstånd som kan behövas kan avse läkemedelsbehandling som inte får avbrytas samt kronisk sjukdom, allvarlig allergi eller funktionsnedsättning som behöver beaktas i den miljö där den unge placeras. En läkarundersökning kan anses behövlig om socialnämnden iakttar förhållanden som rör den unges hälsa som nämnden inte själv har kompetens att bedöma och det saknas dokumentation om den unges tillstånd och kontakter med hälso- och sjukvården eller en konsultation med hälso- och sjukvården indikerar att den unges hälsa behöver undersökas av läkare.

Vidare föreslår utredningen att 32 § LVU kompletteras med en beskrivning av undersökningens ändamål, vilket ska vara att bedöma om det finns hinder för vård eller för att på annat sätt särskilt beakta hälsotillståndet inför beslutet om vård enligt LVU.

När det gäller socialnämndens skyldighet enligt 11 kap. 3 a SoL att underrätta regionen om att ett barn eller en ung person ska erbjudas en hälsoundersökning, föreslår utredningen att bestämmelsen justeras så att en sådan underrättelse ska göras om den inte är uppenbart obehövlig. En hälsoundersökning kan anses vara uppenbart obehövlig om barnet eller den unge det senaste året har genomgått en sådan hälsoundersökning som ska erbjudas enligt lagen med särskilda be-

stämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. Syftet med justeringen är att tydliggöra att socialnämnden inte ska göra någon egentlig bedömning av behov av hälsoundersökning utan mer konstatera om en hälsoundersökning nyligen genomförts. I dag gäller socialnämndens skyldighet att underrätta regionen om inte en hälsoundersökning enbart är obehövlig. Det kan leda till att nämnden gör bedömningar av behovet utan att ha tillräcklig kunskap om barns och ungas fysiska, psykiska och orala hälsa i stället för att underrätta regionen om att den ska erbjuda en hälsoundersökning.

9.6.2 **Ändringar av lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet**

Förslag: Lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet kompletteras och får en ny rubrik.

Utredningen föreslår att lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet får en ny rubrik för att också kunna omfatta vissa andra bestämmelser som rör placerade barns och ungas hälsa. Författningens nya rubrik föreslås bli lag med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård (2017:209). Förslag på nya bestämmelser i lagen som inte avser hälsoundersökningar finns i avsnitt 9.7.5. Utredningen föreslår också vissa förtydliganden i lagen.

Strukturen i HSL bygger på att det finns två huvudmän för hälso- och sjukvård, regioner respektive kommuner. Om bestämmelser om ett visst huvudmannaskap för en statlig myndighet ska tas in i HSL krävs sannolikt en större omstrukturering av lagen. Att ta in bestämmelserna i socialtjänstlagstiftningen är ett sämre alternativ eftersom det som avses är hälso- och sjukvård och inte socialtjänst. Ett alternativ är att ta in bestämmelserna i en särskild lag motsvarande lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Utredningen har i stället valt att lägga samman bestämmelser som rör placerade barn och ungas hälsa som inte passar in i strukturen i HSL i samma lag genom att införliva bestämmelser om hälso- och sjukvård vid SiS i lagen om hälsoundersökningar.

Utredningen har utifrån att lagen kompletteras med flera bestämmelser som rör annat än hälsoundersökningar övervägt att föreslå en ny lag men kommit fram till att det mest fördelaktiga är att lägga samman de nya bestämmelserna om hälso- och sjukvård i SiS särskilda ungdomshem i den befintliga lagen om hälsoundersökningar. En fördel med det är att den förhållandevis omfattande regleringen i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet kan fortsätta att tillämpas eftersom förordningen med bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om hälsoundersökningar inte behöver upphävas. Bemyndigandet flyttas till 9 §.

En ny bestämmelse (2 §) införs som anger att de föreskrifter som gäller för sådan vård som ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) ska tillämpas även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs. Därmed förtydligas bland annat att bestämmelser om exempelvis barnets bästa i dessa lagar också gäller vid hälsoundersökningar för barn och unga i samhällsvård.⁶⁴

I en annan ny bestämmelse (3 §) förtydligas att med region avses i lagen även en kommun som inte ingår i en region.

Den nuvarande 1 § flyttas till 4 § och kompletteras med den nya bestämmelsen om att läkare respektive tandläkare ska ansvara för hälsoundersökningen. Läkaren och tandläkaren behöver inte utföra hälsoundersökningen eller alla delar av den, men delta på ett sådant sätt att det är möjligt att ansvara för undersökningen. I samma paragraf föreslår utredningen en justering för att förtydliga att det är den region där barnet eller den unge vistas som ska erbjuda hälsoundersökning. I många situationer är barnet eller den unge bosatt där, men placeringar i bland annat jourhem och HVB kan innebära att barnet eller den unge vistas i en annan region än bosättningsregionen när erbjudande om hälsoundersökning kan ges. Den föreslagna ändringen är i linje med de överväganden som utredningen gör ovan om en särskild reglering av ansvaret för utomlänsvård för barn och unga i samhällsvård.

⁶⁴ Jfr prop. 2012/13:10 s. 57.

SiS ska underrätta regionen om behov av hälsoundersökningar

Som framgår ovan har SiS erfarenhet av att hälsoundersökningar ofta inte har erbjudits och genomförts innan placeringar i särskilda ungdomshem inleds. Om en hälsoundersökning inte är genomförd eller planerad när placeringen i ett särskilt ungdomshem inleds kan det påverka möjligheterna att utforma rätt vård negativt. Det kan också finnas svårigheter att genomföra en hälsoundersökning utanför ett särskilt ungdomshem, bland annat på grund av säkerhetsskäl som ställer särskilda krav på transporter och den plats där undersökningen ska göras.

Utredningen anser att hälsoundersökningar i större utsträckning måste erbjudas också de barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem. Dessa barn och unga har enligt flera studier omfattande behov av vård för sin fysiska och psykiska hälsa samt för sin orala hälsa. För att placeringen i ett särskilt ungdomshem ska vara meningsfull för barnet eller den unge krävs därför ofta hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Enligt utredningens uppfattning finns det starka skäl för SiS att tillfälligtvis överta socialnämndens ansvar att underrätta regionen om behovet av en hälsoundersökning om en placering i ett särskilt ungdomshem inleds och en hälsoundersökning inte genomförts.

Utredningen föreslår att en ny paragraf (5 §) införs i lagen med särskilda bestämmelser om hälsoundersökning och hälso- och sjukvård för barn i samhällsvård som anger att SiS ska underrätta regionen om behov av hälsoundersökning för barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem om socialnämnden inte tidigare har underrättat regionen om att ett barn eller ung person ska placeras för samhällsvård. SiS ska informera socialnämnden när myndigheten har lämnat sådan underrättelse till regionen.

Upplyningsbestämmelser i HSL och tandvårdslagen om reglerna om hälsoundersökningar

Inga ändringar eller tillägg gjordes i hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen i samband med införandet av lagen om hälsoundersökningar för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. I socialutskottets utvärdering refereras kontakter med juridisk expertis som framhåller att reglerna om hälsoundersökningar för place-

rade barn och unga också bör nämnas i HSL och tandvårdslagen. Sådana hänvisningar till lagen om hälsoundersökningar skulle tydliggöra att det är regionens skyldighet att erbjuda hälsoundersökningen. Som jämförelse nämns 5 kap. 8 § HSL, där det finns en hänvisning till SoL i fråga om bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd.⁶⁵

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att upplysningsbestämmelser tas in i HSL och tandvårdslagen om att särskilda bestämmelser om skyldighet att erbjuda hälsoundersökning utöver vad som följer av HSL respektive tandvårdslagen finns i lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård.

Eftersom det handlar om en upplysning som rör ett ansvar som regionen har utifrån 8 kap. HSL så placeras den föreslagna upplysningsbestämmelsen i 8 kap. 10 § HSL. I tandvårdslagen placeras den föreslagna bestämmelsen i en ny paragraf 6 a § under men inte i direkt anslutning till rubriken Tandvård som bedrivs av regioner.

9.6.3 Långsiktig nationell implementering och uppföljning av reglerna om hälsoundersökning

Reglerna om hälsoundersökningar i anslutning till placering av barn och unga är centrala för att en kontakt med hälso- och sjukvården ska etableras och följas av fortsatta åtgärder efter individuella behov. Det har funnits, svårigheter med att implementera reglerna som tänkt, och en del svårigheter kvarstår. Implementeringen fortsätter dock på olika sätt den närmaste tiden. SKR kommer att genomföra ytterligare kunskapshöjande och stödjande aktiviteter för att hjälpa kommunerna.⁶⁶ Socialstyrelsen arbetar bland annat med ett stöd för samverkan om hälso- och sjukvård för placerade barn och unga liknande SAMS-modellen för skolgång.⁶⁷

Utredningen föreslår att regeringen överväger att ge Socialstyrelsen ansvar och resurser för ett långsiktigt uppdrag att implementera lagar, föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av barn och unga i samhällsvård. Enligt utredningens bedömning bör uppdraget

⁶⁵ Socialutskottet 2022 s. 44 f.

⁶⁶ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR 2020 s. 43.

⁶⁷ Socialstyrelsen (2021c). *Förstudie i regeringsuppdrag: Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och obruten skolgång*. Dnr 5.7-34156/2020 s. 42.

kunna delas upp i en kortare tidsperiod för samlade implementeringsinsatser och en längre period för uppföljning och de kompletterande insatser som kan behövas för implementeringen. Insatser som ökar hälso- och sjukvårdens beredskap och förutsättningar att genomföra hälsoundersökningarna är särskilt angelägna, inklusive sådana som ökar förståelsen av skälen till den nuvarande regleringen.

Arbetet med implementeringen bör kunna utgöra en del av det större uppdrag att samordna statens stöd för samhällets vård för barn och unga som utredningen i avsnitt 4.4.3 föreslår att regeringen bör ge Socialstyrelsen.

9.7 Överväganden och förslag om hälso- och sjukvård för barn och i särskilda ungdomshem

9.7.1 Ramar och risker i dag

Ansvar

Barn och unga i särskilda ungdomshem omfattas av samma ansvar för regionerna att erbjuda hälso- och sjukvård enligt HSL och tandvård enligt tandvårdslagen som andra barn och unga. Barn och unga som är inskrivna i ungdomshem utanför hemregionen omfattas av de åtagande som regionerna frivilligt tagit på sig för viss hälso- och sjukvård utanför hemregionen genom det så kallade Riksavtalet (se ovan).

SiS har inte något uppdrag att erbjuda hälso- och sjukvård i de särskilda ungdomshemmen utöver det ansvar som följer med elevhälsan enligt 2 kap. 25–28 §§ skollagen. Inte heller har SiS något ansvar för tandvård för barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem.

Som framgår ovan anges dock i 3 kap. 6 § SoF att SiS särskilda ungdomshem ska ha tillgång till läkare, som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Enligt samma bestämmelse bör de särskilda ungdomshemmen ha tillgång till psykologisk expertis. Hur tillgången ska ordnas, vad läkare och psykologer ska göra vid hemmen och hur det förhåller sig till regionens ansvar för hälso- och sjukvård framgår inte av lagar, andra regler eller förarbeten.

Verksamhet

SiS har sedan länge rapporterat svårigheter med att få till stånd en stabil och väl fungerande samverkan med regionerna. I vissa delar av landet finns det frivilliga överenskommelser mellan ungdomshem och regioner, men de utgör inte en stabil grund för samverkan trots att de kräver tid och resurser att åstadkomma.⁶⁸ Det finns dock ingen samlad översikt av regionernas arbete med att erbjuda och ge hälso- och sjukvård till barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem.

I de särskilda ungdomshemmen bedrivs en relativt omfattande hälso- och sjukvårdsverksamhet som SiS i praktiken till stor del svarar för. Enligt en genomlysning som myndigheten gjort av sin hälso- och sjukvårdsverksamhet tjänstgör för närvarande sammanlagt 21 läkare vid ungdomshemmen. Av dessa läkare har 16 specialistkompetens inom psykiatri eller barn – och ungdomspsykiatri och fem inom allmänmedicin. Åtta institutioner har läkare som är anställda av regionerna. Tillgång till läkare i tjänst varierar kraftigt mellan institutionerna från åtta till 64 timmar i månaden, i viss mån beroende på hemmens storlek. Av de 18 ungdomshemmen saknar åtta tillgång till läkare utanför ordinarie arbetstid. Läkarna som tjänstgör inom SiS arbetar huvudsakligen med läkemedelsordination, bedömning av hälsostatus samt dokumentation.

Genomlysningen visar också att det för närvarande finns motsvarande 52 heltidstjänster som psykolog där hälften av institutionerna har en till två psykologer anställda och övriga tre eller fler. SiS psykologer arbetar mestadels med utredning, intern samverkan, bedömningssamtal och psykologsamtal samt konsultation till behandlingspersonalen.⁶⁹ Det framgår inte av genomlysningen hur stor del av psykologernas arbetstid som ägnas åt hälso- och sjukvård och hur stor andel som ägnas åt vård enligt LVU.

Vidare finns det, enligt SiS genomlysning, sammanlagt motsvarande 32 heltidstjänster som sjuksköterska inom myndighetens ungdomsvård. Flertalet har specialistutbildning bland annat inom psykiatri. SiS sjuksköterskor arbetar framför allt med viss läkemedelshantering, att delta i rond, intern och extern samverkan samt dagliga hälso- och sjukvårdsgöranden och åtgärder för hälsoproblem.⁷⁰ Skyldighet och rekommendation för SiS att ha tillgång till läkare respektive psykologer

⁶⁸ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2022c s. 2.

⁶⁹ SiS 2023e s. 3 f.

⁷⁰ SiS 2023e s. 3 f.

anges i SoF, men det finns inga krav eller rekommendationer om tillgång till sjuksköterskor i de särskilda ungdomshemmen.

Genom att bedriva hälso- och sjukvård är en statlig myndighet som SiS vårdgivare (se 2 kap. 3 § HSL och 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen [2010:659]) och därmed ansvarig för att gällande regler för vårdgivare inom hälso- och sjukvården följs. Ledningsstrukturen i SiS hälso- och sjukvårdsorganisation är uppbyggd kring tre roller och funktioner: verksamhetschef, chef för hälso- och sjukvårdspersonal samt institutionsansvarig sjuksköterska.

Verksamhetschefen, som också är institutionschef, ansvarar ytterst för institutionens hälso- och sjukvårdsverksamhet och ansvarar för att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I regel är det biträdande institutionschefer som är chef för hälso- och sjukvårdspersonalen på institutionen, men det kan variera och rollen kan innehas av personer med och utan medicinsk kompetens. Utöver att arbetsleda hälso- och sjukvårdspersonalen handlar ansvaret för hälso- och sjukvårdschefen i huvudsak om att implementera myndighetsgemensamma riktlinjer för hälso- och sjukvård, utveckla hälso- och sjukvårdsverksamheten, följa upp kvalitet samt avvikelserapportering.

Institutionsansvarig sjuksköterska ansvarar vanligtvis för samordning och koordinering av hälso- och sjukvårdsfrågor mellan läkare och sjuksköterskor på institutionen. Det är också institutionsansvarig sjuksköterska som ansvarar för läkemedelshanteringen och kvalitetsuppföljning, utveckling och avvikelserapportering. Ibland ingår också personalansvar för övriga sjuksköterskor vid institutionen.⁷¹

Okklarheter och risker

Den nuvarande situationen rymmer flera okklarheter. Regionerna ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård, även om ansvarsfördelningen mellan regionerna delvis bygger på frivilliga åtaganden. SiS har ansvar för tillgången till viss hälso- och sjukvårdspersonal, men inget ansvar för att den personalen ska erbjuda och ge viss vård. En stor del av den personal som arbetar med hälso- och sjukvård inom SiS omfattas varken av krav på att myndigheten ska ha tillgång till

⁷¹ SiS 2023e s. 2 f.

den eller på att personalen ska erbjuda den hälso- och sjukvård som de utför.

Flera risker och andra problem följer med dessa oklarheter. För barn och unga kan det vara svårt att veta vem som ansvarar för vad och i vilken utsträckning som hälso- och sjukvården inom SiS ingår i placeringen eller är frivillig. För kommunerna är det svårt att veta vilken hälso- och sjukvård som ingår i en placering hos SiS och vilken samverkan de själva behöver upprätta med den region där ungdomshemmet ligger. Det är också oklart för kommunerna om den hälso- och sjukvård som SiS ger betalas genom avgiften för en vårdplats hos SiS eller om den finansieras direkt av staten. För regionerna finns det oklarheter om vilken hälso- och sjukvård som SiS bedriver och vad de själva ansvarar för. Även SiS har svårt att beskriva syftet med den hälso- och sjukvård som myndigheten i praktiken bedriver och att fullt ut hantera uppföljning och kvalitetssäkring av dessa insatser.⁷² Till detta kommer att staten finansierar drygt trettio sjukskötersketjänster som SiS inte har ett formellt uppdrag för, möjligen med samfinansiering från kommunerna genom vårdavgifterna till särskilda ungdomshem.

SiS har pekat på riskerna för att kommuner och regioner över-skattar myndighetens hälso- och sjukvårdsuppdrag. Det leder bland annat till att suicidnära ungdomar skickas tillbaka till ungdomshemmen eftersom regionerna antar att patienterna kan få tillräckligt god hälso- och sjukvård där av SiS. Det leder i förlängningen till att SiS tar över regionernas vårdansvar för komplexa psykiatriska och somatiska tillstånd utan att ha organiserat verksamheten så att tillräcklig kompetens och bemanning finns för sådan verksamhet.⁷³ Statskontoret har också framhållit att det inte är hållbart att SiS erbjuder exempelvis specialiserade insatser inom psykiatri utan att ha de rätta förutsättningarna för det.⁷⁴

Ett exempel på oklarheten om SiS hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i en av de länsvisa överenskommelser som regioner och kommuner ska ingå om sitt arbete för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. I denna överenskommelse fastslås att SiS ansvarar för hälso- och sjukvården och tandvården vid placering på SiS-institution. Skälet till detta sägs vara bestämmelsen i SoF om att de sär-

⁷² SiS 2022c s. 2 f.

⁷³ SiS 2022c s. 3.

⁷⁴ Statskontoret 2022 s. 117 ff.

skilda ungdomshemmen ska ha tillgång till läkare som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.⁷⁵ Det är uppenbart att en sådan missuppfattning av SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag ökar riskerna för att barn och unga som är inskrivna vid särskilda ungdomshem blir utan den hälso- och sjukvård och tandvård som de behöver och i första hand bör få genom regionen.

9.7.2 Hälso- och sjukvård på olika nivåer för barn och unga i särskilda ungdomshem

Behov och förutsättningar

Socialstyrelsen, Statskontoret, IVO och SiS har i flera rapporter uppmärksammat att många barn och unga i särskilda ungdomshem har omfattande behov av olika former av vård för sin hälsa. SiS konstaterar i sin genomlysning av myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet att behoven av olika typer av vård- och stödinsatser är stora när ett barn eller en ung person placeras i ett särskilt ungdomshem. Detta gäller såväl fysisk som psykisk hälsa, tandvård och uteblivna vaccinationer. I viss utsträckning finns också behov av habiliterande insatser såsom ADL-träning samt träning i att självständigt sköta medicinering eller träning för att återfå rörelseförmåga.⁷⁶ Fler uppgifter från SiS genomlysning finns ovan i avsnitt 9.7.1.

För barn och unga i särskilda ungdomshem kan en god och nära vård handla om behov av att erbjudas och få hälso- och sjukvård där de befinner sig, det vill säga i det särskilda ungdomshemmet. Det gäller vid somatiska och psykiska behov och vid behov av tandvård. Precis som vid skolverksamheten, som SiS har ett tydligt ansvar för som skolhuvudman, kan viss hälso- och sjukvård behöva vara tillgänglig på plats i de särskilda ungdomshemmen, genom SiS eller genom att regionens personal kommer till ungdomshemmen.

Orsakerna till att hälso- och sjukvården bäst bör ges på plats i ungdomshemmen varierar. En viss del av hälso- och sjukvården hänger nära samman med barnens och de ungas vistelse dygnet runt i ung-

⁷⁵ Region Örebro (2021). *Hälso- och tandhälsoundersökning i samband med att barn och unga placeras utanför det egna hemmet samt placerade barns hälsa under placeringstiden. Överenskomelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län. Giltig fr.o.m. 2021-10-29 s. 10.*

⁷⁶ Statens institutionsstyrelse, SiS 2023e s. 4. ADL står Aktiviteter i dagliga livet och handlar om aktiviteter som alla människor regelbundet utför i sitt hem, till exempel äta och dricka, klä på och av sig samt sköta sin personliga hygien och övriga kroppsvård.

domshemmen, till exempel läkemedelshantering och bedömningar av suicidrisker och andra tillstånd som snabbt kräver ytterligare hälso- och sjukvårdsinsatser och läkemedelshantering. Hälso- och sjukvårdsbehoven kan också vara nära kopplad till de stödbehov som låg till grund för beslutet om vård enligt LVU, till exempel vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, självskador eller missbruksproblem, och därmed nära hänga samman med den sociala vården hos SiS. En del hälso- och sjukvård avser barn och unga som har en så omfattande samsjuklighet att de sociala, medicinska och psykiatriska vårdinsatserna behöver bilda en helhet med team från SiS och regionen på plats i ungdomshemmet. Det finns också barn och unga som kan behöva öppenvård på plats i ungdomshemmet i ett första skede innan de kan tillgodogöra sig vården i regionernas öppenvårdsverksamhet. Skäl till det kan vara att barnet eller den unge mår för dåligt eller har för låg funktionsnivå för att ta sig till en öppenvårdsmottagning inom regionen. Barnet eller den unges motivation eller tillit till hälso- och sjukvården kan också svikta. Vidare kan öppenvårdsinsatsen behöva kombineras med insatser som rör vårdmiljön, till exempel vägledning till SiS personal eller hjälpmedel.⁷⁷

Resor fram och tillbaka till vårdcentraler och sjukhus kan vara påfrestande för barn och unga och bidra till att förvärra deras tillstånd eller minska deras vilja att ta emot hälso- och sjukvårdsinsatser utanför de särskilda ungdomshemmen. Det går inte heller att bortse från de säkerhetsfrågor som måste beaktas vid resorna, såsom risker för rymning eller fritagning, och de särskilda arrangemang som det leder till, i vissa fall polishandräckning.

Huvudsakliga former av hälso- och sjukvård

Utifrån de olika behov som beskrivs ovan går det att identifiera tre huvudsakliga former av hälso- och sjukvård som behöver vara tillgänglig för barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem:

⁷⁷ Socialstyrelsen (2023c). *Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem. Delrapport 2023* s. 43.

Öppen och sluten hälso- och sjukvård efter behov i de former som regionen erbjuder (i ordinarie samverkan med SiS)

Tillgången till denna form av hälso- och sjukvård utgår från uppdelningen av huvudmannaansvaret för socialtjänsten (socialnämnden) respektive hälso- och sjukvården (regionen). Hälso- och sjukvården kan erbjudas och ges av regionen i vårdcentraler, sjukhus och andra hälso- och sjukvårdsenheter. Regionen kan också arbeta med mobila team eller ”hembesök” som gör att hälso- och sjukvårdspersonal från regionen vid behov kommer till ungdomshemmen. Vården är tillgänglig efter vanlig behovsbedömning inom hälso- och sjukvården och regionen förutsätts inte ha särskilda resurser avsatta för denna vård oavsett vilka behov som blir aktuella, men kan ha det genom egna beslut om exempelvis mobila team med hög tillgänglighet. Denna form av hälso- och sjukvård kan avse alla typer av hälsobehov, men är särskilt viktig för specialiserad hälso- och sjukvård som bara regionen har rätt kompetens och andra förutsättningar att bedriva. Ofta beskrivs denna form av hälso- och sjukvård som byggd på ordinarie samverkan mellan regionerna och SiS, men förutsätter också samverkan med placerande kommun och barnets eller den unges hemregion.

Integrerad vård genom tvärprofessionella team på plats i de särskilda ungdomshemmen och med inriktning på sammansatta och omfattande psykiatriska öppenvårdsbehov

Behovet av en form av vård som går utöver ordinarie samverkan har länge uppmärksamats för en grupp barn och unga med särskilt omfattande och sammansatta behov under placeringen i särskilda ungdomshem och de motsvarande institutioner som tidigare funnits.⁷⁸ I första hand har det handlat om psykiatriska vårdbehov, men de kan också vara förenade med somatiska vårdbehov. Med integrerad vård avses i detta sammanhang att den sociala och psykiatriska vården ges

⁷⁸ Frågan om lämplig vård för ”andligt sjuka” barn i de skyddshem som inrättats för ”vanartade barn” tog första gången upp av regeringen i prop. 1919:371 efter en skrivelse året innan från en statlig kommitté. Frågan var aktuell i arbetet med 1924 års barnavårdsdrag (se 36 och 43 §§ 1924:36) och i flera senare översyner av institutionsvården. När barn- och ungdomspsykiatri utvecklades till en egen specialitet knöts frågorna till samverkan med den verksamheten, till exempel i ett betänkande från Kommittén för ungdomsvårdsskolorna (SOU 1959:25). Senare har frågorna tagits upp av Barnpsykiatrikommittén (SOU 1998:31), LVU-utredningen (SOU 2000:77), Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81), Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) och Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71).

samordnat och av ett tvärprofessionellt team som i samverkan utreder barnets eller den unges behov samt bedömer och påbörjar relevanta behandlingar och andra insatser.⁷⁹ Det är särskilt angeläget att specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal kommer till ungdomshemmen så att barnen och de unga inte riskerar ökad ohälsa på grund av resorna till regionens öppenvårdsmottagningar. Tillgången till integrerad vård avgörs efter barnets eller den unges behov, men arbetsformen förutsätter att regionen avsätter resurser för ett kontinuerligt samarbete med SiS även om efterfrågan kan variera något över tid.

Hälso- och sjukvård på en "basnivå" med förstalinjeinriktning på plats i de särskilda ungdomshemmen

Medan behovet av en nivå med integrerad vård utöver ordinarie samverkan länge diskuterats har förekomsten av en grundläggande "basnivå" med hälso- och sjukvård på plats i ungdomshemmen knappast alls uppmärksamats. I praktiken är det ändå en sådan vårdnivå som SiS beskriver i sin genomlysning av myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet med sjuksköterskor och psykologer som arbetar på plats i ungdomshemmen och med viss kompletterande läkarmedverkan. Vårdnivån är inriktad på åtgärder i nära anslutning till barnens och de ungas boende och dagliga liv i särskilda ungdomshem. Det handlar främst om hälsofrämjande och förebyggande arbete, läkemedelshantering och bedömningar som snabbt måste kunna göras av andra hälso- och sjukvårdsbehov, till exempel vid suicidrisk. Hälso- och sjukvårdspersonal i särskilda ungdomshem kan också vara viktig för barnens och de ungas egenvård.⁸⁰ Tillgången till vård på denna nivå styrs i vissa fall av individuella behov av bedömningar och läkemedelshantering. I andra fall behöver hälso- och sjukvårdspersonal vara allmänt tillgänglig för barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem på samma sätt som andra hälsofrämjande och förebyggande åtgärder genomförs på befolknings- och gruppnivå inom hälso- och sjukvården.

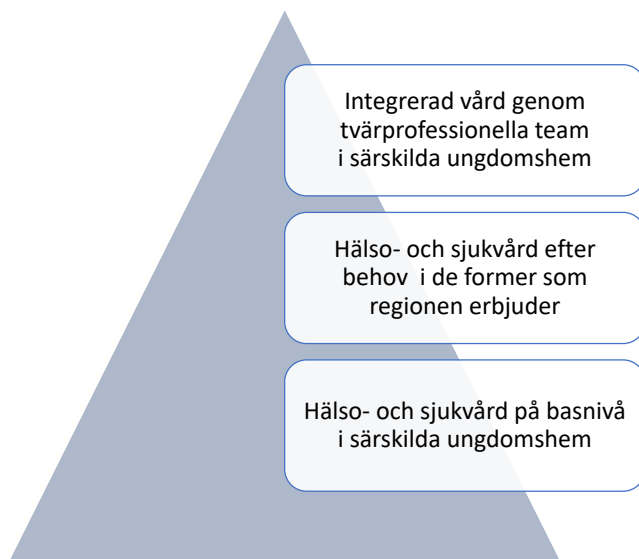
Gränserna mellan dessa tre nivåer är inte tydliga i dag, men det går att beskriva nivåerna schematiskt med basnivån som tillgänglig för alla barn och unga i särskilda ungdomshem och de båda andra nivåerna som inriktade på behov hos större respektive mindre grupper

⁷⁹ Socialstyrelsen 2023c s. 26

⁸⁰ Statens institutionsstyrelse, SiS, 2023e s. 4

av barn och unga (se figur 9.3). Sammanhanget mellan nivåerna måste dock betonas. På basnivån identifieras behov av vård på de andra nivåerna och även på den mellersta nivån kan hälso- och sjukvård ibland behöva erbjudas på plats i särskilda ungdomshem även om det inte sker genom integrerade team tillsammans med personal från SiS. Barn och unga som får integrerad vård kan samtidigt också få hälso- och sjukvård på de båda andra nivåerna.

Figur 9.3 Huvudsakliga former av hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem



Eftersom SiS inte har tillgång till tandvårdspersonal är all tandvård för barn och unga i särskilda ungdomshem av samma slag som öppen och sluten hälso- och sjukvård efter behov i de former som regionen erbjuder.

Utredningens uppdrag om ett eventuellt förtydligande av SiS hälso- och sjukvårdsansvar avser i praktiken den sista nivån. Det är den nivån som är aktuell för de läkare, sjuksköterskor och psykologer som är anställda vid de särskilda ungdomshemmen utan att deras arbete går tillbaka på ett tydligt uppdrag till myndigheten att ge hälso- och sjukvård. Utredningen anser dock att alla tre nivåerna behöver beskrivas och bedömas som delar av den helhet som ska tillförsäkra barn och unga i särskilda ungdomshem tillgång till en jämlik hälso-

och sjukvård och svara mot den övergripande inriktningen på god och nära vård i hälso- och sjukvården.

9.7.3 Hälso- och sjukvård efter behov i de former som regionen erbjuder (ordinarie samverkan)

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med SiS och berörda regioner analysera och beskriva hur de strukturer för samverkan som byggts upp i arbetet med integrerad vård också kan vara en del av ordinarie samverkan. Beskrivningen bör kunna ligga till grund för planering och genomförande av fortsatt ordinarie samverkan mellan SiS och regionerna.

Regeringen bör initiera ett utvecklingsarbete för att pröva mobila team och digitala lösningar för ökad tillgänglighet till regionens öppna hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem.

Som framgår ovan saknas underlag för en generell beskrivning av hur denna form av hälso- och sjukvård fungerar, men SiS har i flera sammanhang pekat på brister i den ordinarie samverkan med regionerna. Under senare år har det särskilt gällt tillgången till öppen och slutna psykiatrisk vård.

En mer ingående beskrivning av de svårigheterna har nyligen gjorts av Socialstyrelsen inom ramen för arbetet med att utveckla integrerad vård (se vidare nedan) i samverkan mellan SiS och fyra regioner. I det arbetet har det blivit tydligt att ingen av parterna anser att ordinarie samverkan fungerar fullt ut i dag. I ett par av regionerna finns en överenskommelse om att BUP:s läkare åker ut till ungdomshemmen för att genomföra medicinska bedömningar och åtgärder, men barnen får inte tillgång till övriga kompetenser och insatser från BUP. I andra regioner finns ett mobilt arbetssätt inom till exempel mellanvården för de patienter som har behov av att vården ges i hemmet, men det verkar inte användas för barn och unga inom SiS.

Socialstyrelsen pekar på flera faktorer som leder till bristande samverkan, bland annat:

- Otydlighet om vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter SiS kan genomföra själva, vilket gör att regionerna ibland avvisar remisser från SiS, och oklarheter om vad som ingår i uppdraget till läkaren som varje ungdomshem ska ha tillgång till enligt SoF.
- Att SiS inte skickar remisser i den utsträckning som behövs utifrån barnens vårdbehov, ibland på grund av att SiS inte tror att regionen kommer att hinna ge hälso- och sjukvård under placeringstiden med tanke på köerna till BUP.
- Att barnen och de unga har svårt att ta sig till vården hos BUP, antingen på grund av att SiS inte har möjlighet att avvara personal som kan följa med eller att barnet på grund av sin funktionsnedsättning eller sviktande motivation inte tar sig dit. Samtidigt saknar regionen resurser eller rutiner för att åka ut till ungdomshemmet och ge vård på plats.
- Att det inte finns vårdprogram inom BUP för att arbeta med barn i en kaotisk och instabil situation och att BUP saknar ovan av att arbeta med en målgrupp som är omotiverad och har bristande socialt stöd.
- Att barnets eller den unges placeringstid är oviss, vilket gör att regionen har svårt att bedöma vilka behandlingar som är realistiska eller etiska att påbörja. På grund av detta kan barnet bli utan behövlig vård under en lång tid, då barn på SiS ofta flyttar mellan olika placeringsformer under ett antal år.

Projektet om integrerad vård är avgränsat till de barn inom SiS som har de mest komplexa sammansatta behoven, men Socialstyrelsen konstaterar att det inom projektet har skapats en tydlig struktur för samverkan mellan parterna som kan gynna samverkan generellt genom att SiS och BUP får en gemensam bild av att barnen är ”våra patienter” och ett fokus på att skapa en sammanhållen vård för barnet snarare än fokus på att skydda den egna verksamhetens resurser.⁸¹ Även om förutsättningar och förhållanden kan vara andra inom den medicinska vården finns det goda skäl att anta att såväl svårigheter som möjligheter i samverkan mellan SiS och regionerna i grunden liknar dem vid psykiatrisk vård.

⁸¹ Socialstyrelsen 2023c s. 9.

Enligt utredningens uppfattning behöver förutsättningarna för ordinarie samverkan mellan SiS och regionerna om hälso- och sjukvård vid särskilda ungdomshem förbättras. Det är genom sådan samverkan som huvuddelen av barnens och de ungas hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Nuvarande brister i den ordinarie samverkan blir ett betydande hinder för placerade barns och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård.

Tidigare i detta kapitel instämmer utredningen i Samsjuklighetsutredningens förslag om regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård vid placeringar utanför det egna hemmet med tillägg om att erbjudandet också ska gälla vård enligt LVU. Utredningen lämnar också en ny reglering av ansvaret för utomlänsvård i detta kapitel. Genomförandet av dessa förändringar kommer enligt utredningens uppfattning att bidra till ökad tydlighet om regionens ansvar för hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem.

Senare i kapitlet lämnar utredningen bedömningar och förslag avseende en tydligare basnivå för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem och överenskommelser mellan SiS och regionerna om samarbete om hälso- och sjukvård för barn och unga som är placerade i särskilda ungdomshem. Även dessa förslag kommer enligt utredningens uppfattning att bidra till ökad tydlighet om regionens ansvar för hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem.

Utöver dessa bedömningar och förslag anser utredningen att de konkreta formerna för ordinarie samverkan behöver utvecklas och förtydligas.

Analys och beskrivning av strukturer för ordinarie samverkan

Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med SiS och berörda regioner analysera och beskriva hur de strukturer för samverkan som byggts upp i arbetet med integrerad vård också kan vara en del av ordinarie samverkan. Enligt utredningens bedömning behöver särskilt följande områden uppmärksammas i en sådan beskrivning:

- formerna för regelbundna kontakter mellan företrädare för SiS och regionerna,
- formerna för remittering och remisshantering,

- förutsättningarna för regionens personal att få tillträde till de särskilda ungdomshemmen och erbjuda hälso- och sjukvård, och
- förutsättningarna och formerna för digitala kontakter mellan SiS och regionerna uppmärksammas.

I vilken utsträckning som erfarenheterna från integrerad vård också är relevanta för strukturerad samverkan mellan SiS och regionerna om tandvårdsfrågor bör också uppmärksammas.

Beskrivningen bör kunna ligga till grund för planering och genomförande av fortsatt ordinarie samverkan mellan SiS och regionerna, bland annat inom ramen för de överenskommelser som utredningen föreslår att SiS och regionerna ska ingå (se nedan).

Utvecklingsarbete om ökad tillgänglighet till regionens öppna hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem

Mobila team förekommer i dag inom BUP, till exempel inom den så kallade mellanvården som möter behov där öppenvårdsresurser inte är tillräckliga och slutenvård inte behövs och för andra insatser i barns och ungas hemmiljö eller annan närmiljö. Även inom den övriga psykiatrin förekommer mobila team. Mobila team prövas också i pilotprojektet med integrerad vård.

Utredningen anser att mobila team ger regionerna nya möjligheter att inleda hälso- och sjukvårdskontakter på plats i särskilda ungdomshem. Erfarenheterna av pilotprojektet med integrerad vård är att det finns en grupp barn och unga i ungdomshemmen som behöver få en sådan kontakt på plats i hemmen för att sedan kunna fortsätta kontakten vid regionens mottagningar. Även för tillgång till läkare i särskilda ungdomshem för basnivån och för genomförandet av hälsoundersökningar bör mobila team kunna vara ett alternativ (se nedan).

För den specialiserade hälso- och sjukvården kan mobila team eventuellt kompletteras med digitala lösningar för konsultation med mera. Digitala lösningar kan också vara ett alternativ för stöd i arbetet från regionens hälso- och sjukvård till behandlingspersonalen i särskilda ungdomshem.

Utredningen föreslår att regeringen initierar ett utvecklingsarbete för att pröva mobila team och digitala lösningar för ökad tillgänglig-

het till regionens öppna hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem. Utvecklingsarbetet kan exempelvis läggas upp på samma sätt som pilotprojektet med integrerad vård med statsbidrag till deltagande regioner, samordning genom Socialstyrelsen och extern utvärdering av resultaten och erfarenheterna. Enligt utredningens bedömning behöver utvecklingsarbetet dock inte vara lika omfattande som det pilotprojektet eftersom det finns exempel och erfarenheter att bygga på. En sammanlagd tid på högst tre år bör vara rimligt, inklusive viss tid i inledningsskedet för hantering av statsbidrag samt viss tid för slutrapportering.

Utvecklingsarbetet bör kompletteras med en översikt och analys av dessa exempel och erfarenheter som underlag för slutsatser och eventuella förslag om ökad användning av mobila team för ordinarie samverkan mellan SiS och regionerna. Viktiga aspekter att uppmärksamma vid slutsatser och eventuella förslag är patientsäkerhet, barnet eller den unges delaktighet, samverkan med de särskilda ungdomshemmen, kompetens och bemanning i teamen samt andra resursmässiga frågor.

En mycket stor del av den ordinarie samverkan som behöver förbättras mellan SiS och regionerna avser hälso- och sjukvård vid psykiatriska tillstånd. Enligt utredningens bedömning bör utvecklingsarbetet därför kunna finansieras genom de statliga medlen och insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

9.7.4 Integrerad vård genom tvärprofessionella team på plats i de särskilda ungdomshemmen

Bedömning: De erfarenheter och resultat som hittills framkommit genom pilotprojektet med integrerad vård pekar på att någon form av sådan vård sannolikt behöver sannolikt vara tillgänglig framöver för barn och unga som samtidigt har stora psykiatriska vårdbehov och vårdas med stöd av LVU. Regeringen behöver vara förberedd på att fatta långsiktiga beslut om integrerad vård efter att Socialstyrelsens slutrapport om pilotprojektet är klar 2025.

Integrerad vård för barn och unga i särskilda ungdomshem är, som nämnts, ett område där det nu pågår ett särskilt arbete för att utveckla kunskapen om behov, insatser och organisation.

Utredningen om barns och ungas rättigheter i tvångsvården föreslog att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att utreda förutsättningarna för en sådan vård med integrering av personal från SiS och regionernas psykiatri. Socialstyrelsen föreslog 2019 ett pilotprojekt för att utveckla mer kunskap om vårdbehoven och hur de bäst kan de tillgodoses som grund för långsiktiga lösningar. Myndigheten fick därefter i uppdrag av regeringen att samordna ett sådant utvecklingsarbete 2021–2024. Utvecklingsarbetet pågår nu i samverkan mellan SiS och fyra regioner. Konkret innebär arbetet att barn- och ungdomspsykiatri erbjuder och genomför specialiserad psykiatrisk öppenvård i särskilda ungdomshem till en mindre grupp barn och unga med särskilt stora psykiatriska vårdbehov i förening med behov av vård enligt LVU. I Socialstyrelsens samordningsuppdrag ingår att låta utvärdera pilotprojektet samt rapportera resultaten av arbetet tillsammans med förslag på långsiktiga lösningar för integrerad vård senast i september 2025.

Enligt de delrapporter om pilotprojektet som Socialstyrelsen och SiS lämnat under 2023 har utvecklingsarbetet hittills gett flera viktiga erfarenheter och resultat, men också väckt frågor om tillgången till hälso- och sjukvård i övrigt för barn och unga i särskilda ungdomshem.

Enligt Socialstyrelsen bedömer regionerna att det integrerade arbets sättet gett bättre förutsättningar för den psykiatriska vården genom tillgång till dygnet-runt observationer om barnets behov och hur barnets mående förändras utifrån olika interventioner och anpassningar. SiS uppfattar att situationen runt barnet stabiliseras när barnet får insatser för sina psykiatriska behov. Inom projektet har det också skapats en tydlig samverkansstruktur mellan SiS och regionerna. Vidare finns det i pilotverksamheterna resursmässiga förutsättningar för regionerna att göra en grundlig genomgång av barnets vårdbehov och vårdhistorik, vilket för flera barn har visat sig vara avgörande för att de ska få vård för olika problem och tillstånd som de haft en längre tid. Denna samlade bild är även värdefull för såväl barnet som vårdnadshavare, socialtjänsten och SiS.

Allvarliga brister i den ordinarie samverkan mellan regionerna och SiS påverkar dock förutsättningarna för att utveckla kunskap om en integrerad vårdform negativt. Socialstyrelsen pekar även på svårigheter att få till samverkan med hemkommun och hemregion runt barnen och därmed planeringen av långsiktiga lösningar för barnets vård och boende. Det är också svårt att hitta lämpliga långsiktiga

vård- och placeringslösningar för de barn som har de mest omfattande behoven.

SiS konstaterar i sin delrapport att integrerad vård bör bli en del av myndighetens ordinarie vårdutbud, vilket ställer krav på en enhetlig metod för vårdbehovsbedömning och differentiering. En annan förutsättning är enligt SiS en fortsatt specialisering på denna typ av vård genom rätt bemanning, kompetenssättning och vårdinnehåll i takt med att kunskapen om målgruppen växer. För SiS behövs vidare en enhetlig utformning av myndighetens hälso- och sjukvård för en väl fungerande samverkan med andra vårdgivare och ett tydliggörande av hur gällande lagstiftning och regelverk påverkar SiS förutsättningar för integrerade vårdformer. Det senare gäller exempelvis samtyckesinhämtning, gemensam dokumentation och informationsdelning.

Både Socialstyrelsen och SiS lyfter fram behovet av ytterligare utveckling av annan vård för att motsvara behoven hos barn och unga som är placerade i särskilda ungdomshem och har psykiatriska vårdbehov. Vissa barn som har inkluderats i projektet behöver inte en integrerad vård utan främst annan psykiatrisk vård som ges i ungdomshemmet medan ett fåtal barn i projektet bedöms ha så omfattande vårdbehov att de inte kan tillgodoses vare sig i särskilda ungdomshem eller inom psykiatrins enheter för heldygnsvård såsom dessa verksamheter är utformade i dag.

Lovande resultat som pekar på behov av långsiktiga lösningar

Utredningen har med stort intresse tagit del av de av Socialstyrelsens och SiS delrapporter om pilotprojektet och även fått muntliga presentationer av företrädare för SiS och en av de regioner som deltar i pilotprojektet. Det som hittills framkommit pekar på lovande resultat av pilotprojektet. Både i förhållande till ordinarie samverkan och basnivån för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem har arbetet med pilotprojektet också redan gett utredningen viktigt underlag för bedömningar och förslag.

Någon form av integrerad vård behöver sannolikt vara tillgänglig framöver för barn och unga som samtidigt har stora psykiatriska vårdbehov och vård enligt LVU. Regeringen behöver vara förberedd på att fatta långsiktiga beslut om integrerad vård efter att Socialstyrelsens slutrapport om pilotprojektet är klar 2025.

9.7.5 Hälso- och sjukvård på basnivå på plats i de särskilda ungdomshemmen

Förslag: Barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem ska erbjudas en hälso- och sjukvård på basnivå som regelbundet behöver vara tillgänglig på plats i ungdomshemmen. Denna hälso- och sjukvård ska omfatta:

- hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,
- bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd, och
- ordination och hantering av läkemedel.

Dessa åtgärder får inte kräva andra kontakter med hälso- och sjukvården, men bör innebära att behovet av sådana kontakter identifieras och bidra till att sådana kontakter kommer till stånd.

Läkare, sjuksköterska och psykolog ska finnas tillgänglig i varje särskilt ungdomshem för den hälso- och sjukvård som ska erbjudas på plats där. Läkaren bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Särskilda ungdomshem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.

Nya bestämmelser om den hälso- och sjukvård som ska erbjudas i särskilda ungdomshem införs i 6 § lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. Nya bestämmelser införs också i samma lag som anger att SiS ansvarar för den hälso- och sjukvård som utförs av sjuksköterska eller psykolog samt att regionen ansvarar för hälso- och sjukvård i övrigt enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). En ny bestämmelse om regionens ansvar för tillgången till läkare för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem införs i 7 kap. 10 § hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om vårdavgifter enligt lagen.

Basnivån är till stor del skild från ordinarie samverkan genom det ansvar som SiS tar för huvuddelen av insatserna, men är samtidigt grundläggande för upptäckt av behov som kräver specialiserad hälso- och sjukvård av regionen.

I den föreslagna basnivån ingår delar av primärvårdens grunduppdrag enligt 13 kap. 1 § HSL, särskilt bedömning och förebyggande insatser. Basnivån motsvarar dock inte alla delar av primärvårdens grunduppdrag, exempelvis inte att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Basnivån är dessutom så tydligt inriktad på en särskild målgrupp upp till en viss ålder (under 21 år) att den inte heller motsvarar definitionen på primärvård i 2 kap. 6 § HSL. Enligt den definitionen avser primärvård öppen vård utan avgränsning när det gäller ålder. Basnivån kan dock sägas vara – eller kunna bli – ett nav för god och nära hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem på samma sätt som primärvården är tänkt att vara det för god och nära vård för andra patienter.⁸²

Enligt SiS genomlysning av myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet kan basnivån beskrivas som en form av ”första linjens vård”. ”Första linjens vård” är en vanlig term i dag, särskilt vid insatser för psykisk ohälsa. Det finns dock ingen reglering eller enhetlig tillämpning i regionerna av vad som ska ingå i första linjen.⁸³ SKR har beskrivit insatser och aktiviteter hos första linjens verksamheter i följande punkter:

1. Främjande förebyggande insatser
2. Konsultativt stöd till andra verksamheter
3. Hänvisning och remittering
4. Kartläggning och bedömning
5. Stöd och behandling enskilt eller i grupp.⁸⁴

Av dessa punkter är främst den första, tredje och fjärde aktuell för basnivån av hälso- och sjukvård i de särskilda ungdomshemmen, men konsultativt stöd till andra verksamheter kan vara aktuellt vid be-

⁸² Se t.ex. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, 2023 s. 4 och 8.

⁸³ Socialstyrelsen (2021k). *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa* s. 45.

⁸⁴ Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2018). *Förstalinjeboken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa* s. 18 ff.

handlingar eller andra åtgärder inom regionen för barn och unga med samsjuklighet eller utagerande beteende. Vissa former av stöd och behandlingar som inte ligger på specialistnivå kan också ingå, inte minst genom SiS psykologer.

En basnivå har i olika former länge varit aktuell i de särskilda ungdomshemmen och deras föregångare inom institutionsvården för barn och unga, men inte tydliggjorts i författningar, förarbeten och uppdrag till utförare av institutionsvården. Kravet på tillgång till läkare i särskilda ungdomshem går tillbaka på liknande krav som först infördes under 1930-talet för de institutioner som då motsvarade särskilda ungdomshem (se 27 § 1 och 2 mom. stadgan [1937:860] för skyddshem). Under 1960- och 1970-talen skulle dessa institutioner även ha tillgång till sjuksköterska, distriktssköterska eller skolsköterska inom det obligatoriska skolväsendet (se 16–17 §§ stadgan [1960:728] för ungdomsvårdsskolor). Kravet på tillgång till sjuksköterska togs bort när SoL och LVU först infördes. Då tillkom i stället den nuvarande bestämmelsen om att de särskilda ungdomshemmen bör ha tillgång till psykolog.

Läkarnas roller och arbetsuppgifter vid institutionerna beskrevs i viss mån i tidigare författningar, men de beskrivningarna togs inte med i den nya socialtjänstlagstiftningen från början av 1980-talet och återfinns inte i förarbetena till dessa författningar.⁸⁵ Inte heller motiverade lagstiftaren varför kravet på tillgång till sjuksköterska togs bort vid samma tidpunkt eller var bestämmelsen om tillgång till psykolog då infördes. Inför inrättandet av SiS under 1990-talet konstaterade en statlig utredning att det fanns psykologer och sjuksköterskor anställda vid de institutioner som skulle ingå i den nya myndigheten, men det ledde inte till förslag om hur deras uppdrag skulle formuleras eller att SiS skulle ha ett hälso- och sjukvårdsuppdrag.⁸⁶

Det är inte givet att landsting och regioner uppfattat hälso- och sjukvård på basnivån i särskilda ungdomshem som en del av den vård de

⁸⁵ Bestämmelserna i 1937 års skyddshemsstadga avsåg både läkare för kroppssjukvård och läkare vid närmaste sinnessjukhus eller annan psykiatriskt särskilt skolad läkare för ”erforderlig medverkan vid bedömning av elevernas själstillstånd och därav föranlett vårdbehov”. Bestämmelserna kvarstod i stadgan (1946:582) för skolor tillhörande barn- och ungdomsvården, där ansvaret för tillgång till psykiatriskt skolad läkare lades på den dåvarande Socialstyrelsen i samverkan med Medicinalstyrelsen. I stadgan (1960:728) kvarstod kravet på psykiatriskt skolad läkare, men utan det tidigare angivna syftet. Däremot preciserade syftet med tillgång till annan läkare till att övervaka elevernas hälsotillstånd, meddela sjukvård åt elever vid behov samt utöva tillsyn av de hygieniska anordningarna vid skolan. Läkaren skulle också ta emot intyg från de anställda om deras hälsotillstånd eller undersöka dem.

⁸⁶ SOU 1992:18 s. 87.

ansvarar för. Varken när ungdomshemmen och deras föregångare varit ett statligt ansvar när landstingen drev ungdomshemmen (1982–1993) har lagstiftaren tydligt beskrivit denna nivå som en form av hälso- och sjukvård som landsting och region har huvudmannaskap för. Inte heller diskuterades det om landstingen förväntades fortsätta ha hälso- och sjukvårdspersonal på plats eller om SiS skulle överta den personalgruppen när staten på nytt tog ansvar för ungdomshemmen under 1990-talet. De brister i samverkan med regionerna som SiS senare påtalat har främst gällt öppen och sluten vård i de former som regionerna själva bestämmer, särskilt psykiatrisk vård.

En tydligare basnivå – syfte och innehåll

Utredningen föreslår att det som i praktiken utgör basnivån för hälso- och sjukvård på plats i de särskilda ungdomshemmen regleras som en särskild del av hälso- och sjukvården för de barn och unga som är inskrivna i hemmen. Enligt utredningens uppfattning behöver denna form av hälso- och sjukvård en författningsmässig grund för stabilitet över tid och jämlikhet mellan barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem i olika delar av landet.

Syftet med denna nivå av hälso- och sjukvård ska, enligt utredningens förslag, vara att i särskilda ungdomshem erbjuda hälso- och sjukvård som regelbundet behöver vara tillgänglig där

- för åtgärder som inte kräver kontakt med annan hälso- och sjukvård,
- för att identifiera behovet av sådana kontakter, och
- för att bidra till att dessa kontakter kommer till stånd.

Basnivån ska omfatta

- hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,
- bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd, och
- ordination och hantering av läkemedel.

Dessa åtgärder får, i enlighet med basnivån syfte, inte kräva andra kontakter med hälso- och sjukvården. Genom åtgärderna bör behovet av kontakter med annan hälso- och sjukvård identifieras. Åtgärderna bidrar också till att sådana kontakter kommer till stånd.

Vidare föreslår utredningen att psykologiska behandlingar kan ingå i basnivån, men att det inte ska vara en skyldighet för den huvudman som ansvarar för basnivån att erbjuda sådana behandlingar (se vidare nedan).

Utredningen föreslår att läkare, sjuksköterska och psykolog ska finnas tillgänglig i varje särskilt ungdomshem för den hälso- och sjukvård som ska erbjudas där.

Enligt utredningens uppfattning är det motiverat att behålla den rekommendation som finns i 3 kap. 6 § SoF om att läkare i särskilda ungdomshem bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri samt att hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga läkemedel bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet. Psykiatriska tillstånd är mycket vanliga bland barn och unga i särskilda ungdomshem och en betydande del av de bedömningar som behöver göras och de läkemedel som behöver ordinerats och hanteras rör psykiatriska tillstånd. Även i särskilda ungdomshem vårdas många barn och unga som har missbruks- eller beroendeproblem som både kräver vård enligt LVU och hälso- och sjukvård.

I vissa delar är basnivån en anpassning av primärvårdsnivån utifrån förutsättningarna i särskilda ungdomshem. I likhet med primärvård enligt 2 kap. 6 § HSL avser basnivån medicinsk bedömning och förebyggande arbete medan basnivån till skillnad från primärvården inte avser behandling i vidare mening eller rehabilitering. Medan primärvård ges utan avgränsning i ålder och patientgrupper är det uppenbart att basnivån avser en patientgrupp med en tydlig övre åldersgräns och med tydlig geografisk avgränsning till särskilda ungdomshem. När det gäller personalens kompetens går basnivån dock över vad som brukar gälla i primärvården avseende läkares specialistkompetens. Således är basnivån inte helt identisk med någon nuvarande hälso- och sjukvårdsnivå.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder

När det gäller hälsofrämjande och förebyggande åtgärder utgår utredningen från definitionerna i Socialstyrelsens Termbank. Hälsofrämjande åtgärd är enligt Termbanken en åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Socialstyrelsen anmärker att hälsofrämjande åtgärder fokuserar på människors självskattade bedömning av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med avsikten att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga. Förebyggande åtgärd är enligt Termbanken en åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.⁸⁷

Båda dessa definitioner och beskrivningar stämmer väl med det arbete som främst SiS sjuksköterskor i dag arbetar med.

Bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd

Bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd syftar till att kunna identifiera och värdera art och grad av somatiska och psykiatriska vårdbehov i syfte att kunna avgöra vad som ska kunna behandlas inom SiS och vad som ska remitteras till regionerna. Dessa bedömningar ska inte omfatta psykologisk eller psykiatrisk utredning.

I denna mening överensstämmer bedömning av fysisk och psykisk hälsa väl med det arbete som psykologer och sjuksköterskor i dag arbetar med i de särskilda ungdomshemmen och som de läkare som är tillgängliga bistår med.

Ordination och hantering av läkemedel

När det gäller läkemedelshantering utgår utredningen från de aktiviteter som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, det vill säga: ordination, delegation, rekvisition, förvaring, iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel.

Att hantera och iordningställa läkemedel är en vanlig uppgift för sjuksköterskor i SiS särskilda ungdomshem. Ordination av läkemedel

⁸⁷ *Socialstyrelsens termbank*: <https://termbank.socialstyrelsen.se/> (sökningar på hälsofrämjande åtgärd respektive förebyggande åtgärd 2023-08-02).

är en vanlig arbetsuppgift för de läkare som i dag är tillgängliga vid särskilda ungdomshem.

Ordination av läkemedel görs på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Den läkemedelsordination som ingår i basnivån är i främst en uppgift för läkare och kompletterar den som görs vid barnets eller den unges andra kontakter med hälso- och sjukvård eller tandvården. Ordination av läkemedel som kräver en sådan kontakt ingår inte i basnivån. En jämförelse kan göras med att primärvården inte omfattar insatser som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Psykologiska behandlingar

De psykologiska behandlingar som kan vara aktuella på basnivån ska ges utifrån identifierade vårdbehov och av legitimerade psykologer som är tillgängliga i de särskilda ungdomshemmen. Insatserna ska ges vid sidan av och skilja sig från de psykosociala behandlingsinsatser som ingår i SiS ordinarie arbete och som ges av behandlingspedagogerna inom ramen för uppdraget att utföra vård enligt LVU, till exempel återfallsprevention och metoderna ACRA och ACT. Vidare ska de psykologiska behandlingar som kan vara aktuella vara anpassade för mild till måttlig psykisk ohälsa och därmed motsvara första linjens insatser vid psykisk ohälsa. Tillstånd som kräver neuropsykiatrisk eller differentialdiagnostisk utredning eller insatser på mer avancerad nivå ska remitteras till regionernas psykiatriska mottagningar.

Vilka psykologiska behandlingar som genomförs i den första linjens vård varierar mellan regionerna, och arbetet med en tydligare nivåstrukturering är under utveckling.⁸⁸ I det läget är det för tidigt att fastställa ett tydligt ansvar för olika psykologiska behandlingar för hälso- och sjukvård på basnivå i särskilda ungdomshem. Frågan bör prövas när utvecklingen av den första linjens vård lett till att den formen av vård fått en mer enhetlig utformning i landet. SiS bör i högre grad än hittills vara en part i arbetet med första linjens vård vid psykisk ohälsa, likaså i utvecklingen av god och nära vård för barn och unga.

⁸⁸ Socialstyrelsen 2021k s. 45.

Basnivån i förhållande till tandvård

Tandvård har inte generellt erbjudits på plats i särskilda ungdomshem och utredningen bedömer att det inte finns förutsättningar att börja göra det vid särskilda mottagningar i ungdomshemmen. Mobila lösningar har så vitt utredningen förstått inte heller utvecklats i en sådan utsträckning att de möjliggör tandvård på plats i särskilda ungdomshem. Utredningen har därför valt att enbart inkludera viss hälso- och sjukvård i den föreslagna basnivån. Det innebär att samverkan mellan socialnämnden, SiS och regionen är avgörande för att barn och som vårdas i särskilda ungdomshem ska få tillgång till jämlik tandvård.

En tydligare basnivå – ansvar

Utredningen ser två huvudalternativ för ansvaret för basnivån: ett särskilt ansvar för regionerna för denna form av hälso- och sjukvård och ett särskilt huvudmannaskap för SiS som begränsas till de delar av basnivån som sjuksköterskor och psykologer arbetar med. Utredningen anser att det oavsett ansvarsfördelningen inte ska åligga SiS att ordna tillgången till läkare för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem. Det är inte lämpligt eller hållbart med tanke på kvalitet och kontinuitet i vården att SiS ska ha ansvar för tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal med specialistkompetens inom områden som myndigheten inte i övrigt ansvarar för. Utredningens förslag om utveckling av mobila team kan öka regionernas förutsättningar att ge de särskilda ungdomshemmen tillgång till läkare med relevant kompetens (se ovan).

Alternativ A. Ett särskilt ansvar för regionerna att erbjuda hälso- och sjukvård på plats i särskilda ungdomshem

Nya bestämmelser införs som anger att regionen ska ansvara för att det finns läkare, sjuksköterskor och psykologer tillgängliga i de särskilda ungdomshem som är belägna i regionen för

- hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,
- bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd, och
- ordination och hantering av läkemedel.

Bestämmelserna kan tas in i HSL som en del av regionens huvudmannansvar. Att det krävs särskilda tillgänglighetsbestämmelser i lag framstår som nödvändigt eftersom dagens reglering av tillgänglighet genom vårdgarantin i 9 kap. HSL och andra befintliga bestämmelser om att vården ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § 5 HSL, 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) och 13 a kap. 1 § 2 HSL) är alltför oprecisa för denna form av hälso- och sjukvård för barn och unga som är tvångsomhändertagna och huvudsakligen placerade i låsbara avdelningar vid särskilda ungdomshem. Som framgår ovan har tillgängligheten hittills till stor del hanterats genom att SiS anställt sjuksköterskor och psykologer för hälso- och sjukvård som myndigheten inte ansvarar för att erbjuda. I förarbetena till tillgänglighet till primärvård uttalades exempelvis också att primärvården ska uppfylla kraven på att vara nära patienten och därmed lätt tillgänglig genom olika digitala och andra tekniska lösningar.⁸⁹ Utredningen ser inte att tillgänglighet genom digitala lösningar kan tillgodose barn och ungas behov av hälso- och sjukvård på SiS annat än som komplement till personal på plats.

Utredningen ser vissa fördelar med detta alternativ:

- Regionerna får ett tydligt helhetsansvar hos regionen för hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem som en del av deras generella huvudmannansvar för hälso- och sjukvård för barn och unga. Genom att möta barnen och de unga redan på basnivån kan regionen tidigt och systematiskt bedöma hälso- och sjukvårdsbehov och remittera barn och unga efter behov till annan hälso- och sjukvård inom regionen.
- Det finns inget behov av att avgränsa regionens huvudmannansvar från SiS hälso- och sjukvård.
- All hälso- och sjukvårdspersonal kommer att ha tillgång till samma dokumentation utan sekretessgränser.
- Hälso- och sjukvårdspersonal i de särskilda ungdomshemmen kommer att få del av kompetensutveckling och stöd i arbetet som annan hälso- och sjukvårdspersonal.

⁸⁹ Prop. 2019/20:164 s. 118.

- Gränsen mellan tvångsvård enligt LVU och frivillig hälso- och sjukvård blir tydlig när hälso- och sjukvårdspersonalen inte är anställd av SiS. För barn och unga kan det öka förtroendet för hälso- och sjukvården.

Utredningen ser också nackdelar med detta alternativ:

- Det kommer att vara en utmaning för regionerna att anpassa dimensioneringen av hälso- och sjukvårdspersonalen efter varierande omfattning och inriktningar hos ungdomshemmen.
- Om regionerna gör andra bedömningar än SiS av vilken hälso- och sjukvårdspersonal – eller inte klarar sitt åtagande – kan det få allvarliga konsekvenser för barn och unga i särskilda ungdomshem. SiS kan då på nytt behöva anställa eller anlita hälso- och sjukvårdspersonal.
- Gränsdragningen mellan olika uppgifter behöver förtydligas i överenskommelser eller på annat sätt om regionen ska avdela tid och resurser till hälso- och sjukvårdspersonal på plats i särskilda ungdomshem. De avgränsningar som inte behövs i lagstiftningen måste alltså hanteras på annat sätt genom överenskommelser eller avtal mellan SiS och regionerna.
- Psykologerna inom SiS arbetar också med andra uppgifter som är kopplade till vård enligt LVU och LSU. En uppdelning av psykologerna som grupp eller av enskilda psykologers arbetstid kommer att behövas, vilket kan påverka deras roll som centrala resurser i de särskilda ungdomshemmen.
- Arbetsledningen i de särskilda ungdomshemmen kan bli komplicerad med personal som är närvarande på heltid och har en annan arbetsgivare än SiS. Det gäller både för SiS och för regionerna som ska ta ansvar för arbetsmiljöfrågor med mera i verksamheter som de inte driver.

När det gäller resurser för vården övertar respektive region arbetsgivar- och kostnadsansvaret för den hälso- och sjukvårdspersonal som i dag arbetar med hälso- och sjukvård på basnivån och är anställd av SiS. Det kan diskuteras om regionerna ska kompenseras genom att också överta de medel som staten i dag avsätter för denna personalgrupp. Dagens situation innebär i viss mån en statlig subventio-

nering av regionerna och ur det perspektivet innebär alternativ A en återgång till det ansvar för personalgruppen som regionerna redan borde förväntas ha. Mot det kan invändas att staten under en längre tid låtit SiS anställa sjuksköterskor och delvis psykologer för hälso- och sjukvårdsuppgifter utan att frågan tagits upp med regionerna. Det är därför inte rimligt att nu ställa regionerna inför uppgiften att utan kompensation överta det fulla finansieringsansvaret för en verksamhet som de inte varit med om att utforma. Snarare kan det vara aktuellt att staten kompenserar regionerna med ytterligare medel för att förstärka tillgången till främst sjuksköterskor under kvällar och helger för en god kapacitet att snabbt bedöma om olika tillstånd behöver hälso- och sjukvård inom regionen.

Alternativ B. Ett hälso- och sjukvårdsansvar för SiS

Nya bestämmelser införs om hälso- och sjukvård vid SiS särskilda ungdomshem som anger att SiS ska ansvara för att det finns sjuksköterskor och psykologer tillgängliga i särskilda ungdomshem i regionen för

- hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,
- bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd, och
- ordination och hantering av läkemedel.

Genom ytterligare en ny bestämmelse i HSL anges att den region där det särskilda ungdomshemmet ligger ansvarar för tillgången till läkare i anslutning till hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, medicinsk och psykisk bedömning samt läkemedelshantering i särskilda ungdomshem.

Utredningen ser vissa fördelar även med detta alternativ:

- Sjuksköterskor och psykologer finns redan på plats i de särskilda ungdomshemmen och kan arbeta vidare i team med SiS behandlingspersonal utifrån de sammansatta vårdbehov som barn och unga ofta har när de är placerade i särskilda ungdomshem.
- Psykologerna inom SiS arbetar också med andra uppgifter som är kopplade till vård enligt LVU och LSU och kan användas som en samlad personalgrupp utan att delas mellan SiS och regionerna.

- SiS kan dimensionera antalet sjuksköterskor och psykologer efter de särskilda ungdomshemmens inriktning och verksamhet inom myndighetens budgetramar.
- Det blir ett tydligt och sammanhållet ansvar för sjuksköterskornas och psykologernas arbetsmiljö och andra arbetsförhållanden när de är anställda av den huvudman som svarar för de särskilda ungdomshem där de arbetar.

Samtidigt ser utredningen också nackdelar med detta alternativ:

- Det finns (fortsatta) risker för att regionerna inte ser sitt ansvar för den hälso- och sjukvård som ligger utöver SiS ansvar, både när det gäller tillgång till läkare på basnivå och hälso- och sjukvård inom regionen.
- Särskilda insatser kan behövas för att tydliggöra att hälso- och sjukvården är frivillig också när den erbjuds av sjuksköterskor och psykologer som är anställda av SiS.
- Sekretessgränser och skilda dokumentationssystem mellan den hälso- och sjukvårdspersonal som är anställd av SiS och den som är anställd av regionen kan försvåra arbetet.
- Hälso- och sjukvårdsorganisationen kommer att vara en relativt liten del av SiS verksamhet och det är tveksamt om myndigheten kan tillhandahålla relevant kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonalen.

När det gäller resurser fortsätter SiS att ha arbetsgivar- och kostnadsansvar för den hälso- och sjukvårdspersonal som i dag arbetar med hälso- och sjukvård på basnivå och är anställd av myndigheten. Som framgår av alternativ A innebär dagens situation i viss mån en statlig subventionering av regionerna och ur det perspektivet innebär alternativ B att statens fortsatta finansiering av hälso- och sjukvårdspersonal på basnivå borde vara förenad med en skatteväxling mellan regionerna och staten. Som också framgår av alternativ B har staten dock under en längre tid låtit SiS anställa sjuksköterskor och delvis psykologer för hälso- och sjukvårdsuppgifter utan att frågan tagits upp med regionerna. Det är därför inte rimligt att nu ställa krav på resurser från regionerna för att överta det fulla finansieringsansvaret för en verksamhet som de inte varit med om att utforma. Staten bör

i stället vara beredd att ytterligare förstärka SiS resurser för tillgång till främst sjuksköterskor i särskilda ungdomshem under kvällar och helger för en god kapacitet att snabbt bedöma om olika tillstånd behöver hälso- och sjukvård inom regionen.

Utredningens samlade bedömning och förslag

Utredningen konstaterar att både alternativ A och B har för- och nackdelar. Båda alternativen ger en tydlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvård på basnivån i särskilda ungdomshem. Därmed ökar förutsättningarna för att placeringar i hemmen svarar mot barns och ungas rätt till god hälsa. Vissa gränsdragningsfrågor kommer dock att vara aktuella vid både alternativen. Fördelar med ett samlat regionalt ansvar i alternativ A måste vägas mot fördelarna i planering, organisation och dagligt arbete med att sjuksköterskor och psykologerna ingår i ungdomshemmens ordinarie personal. Ekonomiskt är det sannolikt inte stora skillnader mellan alternativen.

Utredningen är medveten om att det finns invändningar och kritik mot SiS verksamhet i dag. Samtidigt visar Skolinspektionens granskningar att det ansvar SiS fått för skolverksamheten i särskilda ungdomshem gett positiva resultat. Utredningen har inte heller tagit del av negativa erfarenheter eller synpunkter från barn, unga, kommuner, regioner eller statliga myndigheter på den hälso- och sjukvård som SiS i praktiken erbjuder i dag. Med de förslag som utredningen i övrigt lämnar om regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga i särskilda ungdomshem kommer barnen och de unga också att få fler kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal som inte är anställda av SiS. Hälso- och sjukvårdspersonalen blir en relativt liten personalgrupp inom SiS, men inte mindre än hos många privata och kommunala vårdgivare som ansvarar för kompetensutveckling med mera.

Utredningen är också medveten om att ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem har ett samband med de övergripande frågor om statens ansvar för hälso- och sjukvård som regeringen nu tillsatt en utredning för att analysera. I det läget ser utredningen svårigheter med att nu ge SiS ett uttalat huvudmannaskap för hälso- och sjukvård. Den större huvudmanadiskussionen också frågor om regionernas roll framöver och om det är möjligt att nu ställa särskilda krav

på deras ansvar. Utredningen vill dock understryka att det brådskar med ökad tydlighet om ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem. Att frågan inte löstes redan vid inrättandet är SiS för tre decennier sedan har lett till en situation med akuta oklarheter och brister som dagligen riskerar att gå ut över enskilda barns och ungas hälsa.

Sammantaget bedömer utredningen att alternativ B ger bäst förutsättningar för en god lösning i närtid på de ansvarsfrågor som snabbt måste hanteras för att barn och unga i särskilda ungdomshem ska få de olika former av vård de behöver och har rätt till. Utredningen föreslår också att SiS och regionerna ska ingå särskilda överenskommelser med varandra, att det arbete helst bör bygga på en nationell samsyn och att SiS ska få befogenhet att sammankalla kommun- och regionföreträdare till möten om en samordnad individuell plan. Med dessa förslag bedömer utredningen att ett ansvar för SiS för hälso- och sjukvård på basnivån i särskilda ungdomshem hänger samman med nya förutsättningar för samverkan mellan huvudmän och verksamheter.

Utredningen föreslår nya bestämmelser om den hälso- och sjukvård som ska vara tillgänglig på plats i särskilda ungdomshem i den nuvarande lagen om hälsoundersökningar i samband med placering av barn och unga utanför det egna hemmet. Bestämmelserna avser de uppgifter som ingår i denna hälso- och sjukvård (6 §) samt SiS ansvar för den del av hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem som utförs av sjuksköterska och psykolog (7 §). Av bestämmelserna framgår också att regionen ansvarar för hälso- och sjukvård i övrigt enligt bestämmelser i HSL. Som framgår i avsnitt 9.6.2. föreslår utredningen att lagen om hälsoundersökningar ska få den nya rubriken lag med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård.

Utredningen föreslår också en ny bestämmelse i 7 kap. 10 § HSL om regionens ansvar för tillgång till läkare i särskilda ungdomshem för de uppgifter som anges i lagen med särskilda bestämmelser om hälsoundersökning och hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällsvård. Som utredningen konstaterar ovan ska tillgång till läkare vara ett ansvar för regionen.

Det kan tilläggas att den föreslagna bestämmelsen om hälso- och sjukvårdsuppgifter i särskilda ungdomshem och SiS ansvar för delar av hälso- och vården på basnivån relativt enkelt bör kunna ändras till att enbart avse regionens ansvar och föras in i 8 kap. HSL, om reger-

ingen efter remissbehandlingen av utredningens förslag väljer en ansvarsfördelning enligt alternativ A. Det är utredningens uppfattning att en sådan särreglering är nödvändig om regionen skulle ges ett samlat ansvar för hälso- och sjukvård på basnivån på plats i särskilda ungdomshem.

Regionen får ta ut vårdavgifter som regionen själv bestämmer inom ramen för likabehandlingsprincipen om inget annat är särskilt föreskrivet (se 17 kap. 1 § HSL). För det fall att vårdavgifter i framtiden behöver regleras särskilt föreslår utredningen att regeringen ges bemyndigande att besluta om föreskrifter för sådana avgifter. Om en avgift ska betalas i utbyte mot en vara eller en tjänst, anses avgiften falla under riksdagens kompetensområde, om den enskilde befinner sig i en sådan situation att vederbörande rättsligt eller faktiskt är tvingad att betala avgiften.⁹⁰ Det behövs därför ett bemyndigande i lag för att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om vårdavgifter. Utredningen konstaterar att sådant bemyndigande också finns i lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Utredningen föreslår därför ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vårdavgifter (10 §) men har inte sett skäl för att införa särskilda regler om avgifter i förordning i dagsläget.

Det kan tilläggas att utredningen inte lägger fram något förslag om att förändra den mer allmänt hållna regleringen av läkartillgång i 3 kap. 6 § första stycket SoF. Det beror på att det som anges i bestämmelsen även omfattar barn och unga som är placerade i särskilda ungdomshem med stöd av lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård och det ingår inte i utredningens uppdrag att se över det regelverket. Förslag om ändringar i det regelverket har lagts fram av Utredningen om frihetsberövande påföljder för unga.⁹¹

⁹⁰ Se prop. 1973:90 s. 218.

⁹¹ Se SOU 2023:44 s. 17 ff.

9.7.6 Överenskommelser mellan SiS och regionerna

Förslag: Nya bestämmelser som anger att SiS och regionen ska ingå överenskommelser om ett samarbete i fråga om hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga under 21 år som vårdas i särskilda ungdomshem införs i 8 § i lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård.

Regeringen bör ingå en överenskommelse med SKR att medverka till en nationell överenskommelse mellan regionerna och SiS som rekommenderas till huvudmännen. Regeringen bör också ge SiS i uppdrag att medverka till en sådan lösning på nationell nivå.

Överenskommelser om samarbete

För de olika former av hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem som beskrivs i detta kapitel kommer formerna för kontakter och samarbete mellan SiS och regionerna att vara avgörande.

För ordinarie samverkan behövs strukturer för bland annat regelbundna kontakter mellan beslutsfattare och hantering av remisser. Dessa lösningar bör vara förankrade i överenskommelser och planer som konkretiserar hur ansvarsfördelningen mellan parterna ska fungera. Sådana lösningar kan också höra till förutsättningarna för integrerad vård, beroende vad slutrapporten från det pågående pilotprojektet visar.

När det gäller basnivå behöver SiS och regionerna komma överens om hur den föreslagna regleringen ska tillämpas. Med den ansvarsfördelning som utredningen föreslår i avsnitt 9.7.5 kommer överenskommelser att krävas för bland annat tillgången till läkare och rutiner för remittering till vård på annan nivå. Överenskommelserna bör också tydliggöra rutiner och arbetsformer för ordinarie samverkan om öppen och sluten hälso- och sjukvård efter behov för barn och unga i särskilda ungdomshem. Dessa överenskommelser berör direkt SiS och regionerna, vilket innebär att kommunerna inte behöver vara med i dem. Det kan tilläggas att överenskommelser skulle krävas också med den alternativa ansvarsfördelning som utredningen beskriver i avsnitt 9.7.5, särskilt om fördelningen av hälso- och sjukvårdsper-

sonal mellan särskilda ungdomshem och formerna för att vid behov ändra den fördelningen.

Arbetet med överenskommelser mellan SiS och regionerna är i dag resurskrävande men splittrat och ineffektivt. Ett problem är att ungdomshemmen i ett län ingår överenskommelser med regionen där. Utredningen anser att en ny typ av överenskommelse utifrån alternativ A eller B bör ingås på nationell nivå mellan SiS som myndighet och samverkan mellan regionerna.

Utöver detta finns det också skäl för SiS och region att komma överens om rutiner och andra förutsättning för tandvård som erbjuds barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem. Det kan bland annat omfatta val av mottagningar i regionen för undersökning och behandling, frågor om transporter och säkerhet samt förutsättningarna att erbjuda viss tandvård på plats i ungdomshemmen.

Utredningen föreslår att det ska införas en särskild bestämmelse om att SiS och regionen ska ingå överenskommelser om ett samarbete i fråga om hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga under 21 år som vårdas i särskilda ungdomshem. Bestämmelsen föreslås införas som 8 § i lagen med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. Dessa överenskommelser bör enligt utredningens uppfattning särskilt avse:

- formerna för regelbundna kontakter mellan företrädare för SiS och regionen,
- formerna för remittering och remisshantering,
- förutsättningarna för regionens personal att få tillträde till de särskilda ungdomshemmen och erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård,
- förutsättningarna och formerna för digitala kontakter mellan SiS och regionen, och
- former för tillgång till läkare samt – om regionen ska svara för all hälso- och sjukvård på basnivån – omfattning och former för tillgång till sjuksköterskor och psykologer.

Innehållet i överenskommelserna ska, enligt utredningens förslag ovan om ordinarie samverkan, kunna bygga på den analys och beskrivning av strukturella förutsättningar för sådan samverkan som utredningen föreslår att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram i

samverkan med SiS och regioner som deltar i pilotprojektet med integrerad vård.

Kommuner och regioner ska redan ingå överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (se 5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § 3 HSL). SiS kan omfattas av dessa överenskommelser, men det är som framgår ovan inte vanligt. Utredningen bedömer inte heller dessa överenskommelser som lämpade för SiS och regionernas konkreta samarbete i verksamhetsfrågor såsom läkartillgång, upplåtelse av lokaler eller transport för exempelvis tandvård och ansvaret för olika former av öppen vård inom psykiatrin. För SiS del är överenskommelser med kommunerna i det län där ett särskilt ungdomshem ligger mindre intressanta eftersom ungdomshemmet kan ta emot barn och unga från kommuner i hela landet.

Vid de överenskommelser som kommuner och regioner ska ingå bör organisationer som företräder de personer som berörs eller deras närstående om det är möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Utredningen anser inte att det behovet är lika stort vid de mer avgränsade överenskommelser som SiS och regionerna ska ingå.

Nationell överenskommelse som grund

Utredningen ser starka skäl för att SiS centralt ska kunna komma överens med regionerna på ett sätt som skapar likvärdiga förutsättningar för barn och unga som vårdas i särskilda ungdomshem i olika delar av landet. Regeringen bör ingå en överenskommelse med SKR om att medverka till en nationell överenskommelse mellan regionerna och SiS som rekommenderas till huvudmännen på samma sätt som exempelvis riksavtalet för utomlänsvård. Regeringen bör också ge SiS i uppdrag att medverka till en sådan lösning på nationell nivå.

9.7.7 SiS ges möjlighet att ta initiativ till SIP på samma sätt som kommun och region

Förslag: SiS ges genom nya bestämmelser i 2 kap. 8 § SoL och 16 kap. 5 § HSL samma möjlighet att ta initiativ till individuell plan, så kallad SIP, som kommun och region.

Insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården behöver ofta samordnas när barn och unga vårdas i särskilda ungdomshem. Samtidigt finns det särskilda risker för glapp i hälso- och sjukvårdsinsatser, exempelvis vid flyttning mellan olika regioner.

Bestämmelserna om SIP i SoL och HSL

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan (2 kap. 7 § SoL). Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

En motsvarande bestämmelse finns i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL. I HSL finns också bestämmelser om andra individuella planer. Bestämmelser om individuell plan finns också i LSS. Vad som avses i 2 kap. 7 § SoL respektive 16 kap. 4 § HSL är emellertid en individuell plan som samordnar socialtjänst- och hälso- och

sjukvårdsinsatser mellan huvudmännen kommun och region för en viss individ och benämns därför samordnad individuell plan eller SIP.

Utredningens överväganden och förslag

Utredningen anser att det finns goda skäl för att SiS får befogenhet att ta initiativ till en SIP när myndigheten har uppmärksammat att det behövs för att barnet eller den unges behov ska kunna tillgodoses. SiS kan i samband med upprättandet av en SIP också ge värdefull information för planeringen, inte minst om vad som uppmärksammas av SiS när det gäller barnets eller den unges hälso- och sjukvårdsbehov. Vidare är SiS en offentlig huvudman med ett särskilt ansvar att ta emot barn och unga för vård utanför det egna hemmet med särskilt noggrann tillsyn.

Barns och ungas rätt till hälso- och sjukvård och särskilda risker för glapp i hälso- och sjukvårdsinsatser exempelvis vid flyttning mellan olika regioner medför behov av samordning av socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser när den unge är placerad hos SiS. En SIP kan till exempel behövas som en del i arbetet med att säkerställa tillgång till adekvat vård och behandling inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården när barnet eller den unge lämnar sin hemkommun eller hemregion vid inskrivning hos SiS och vid en flyttning mellan SiS särskilda ungdomshem.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse i 2 kap. 8 § SoL om att en plan i enlighet med bestämmelserna i 7 § ska upprättas för den som vårdas vid särskilda ungdomshem med stöd av denna lag eller med stöd av LVU om SiS bedömer att den behövs för att barnet eller den unge ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till det. Kommunen ska då upprätta planen tillsammans med regionen och SiS.

En motsvarande bestämmelse införs i 16 kap. 4 § HSL om att en plan i enlighet med bestämmelserna i 7 § ska upprättas för den som vårdas vid särskilda ungdomshem med stöd av denna lag eller med stöd av LVU om SiS bedömer att den behövs för att barnet eller den unge ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till det. Regionen ska då upprätta planen tillsammans med kommunen och SiS.

Situationer där enskilda är placerade vid SiS med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall eller med stöd av lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård omfattas inte av de nya bestämmelserna. Det ligger utanför utredningens uppdrag att analysera behov och konsekvenser av en befogenhet för SiS att initiera en SIP också inom dessa områden.

9.8 Överväganden och förslag om särskilda utvecklingsområden

Bedömning: Arbetsätt, metoder och organisation inom hälso- och sjukvården och former för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver utvecklas i vissa delar för att placerade barn och unga ska ha en likvärdig tillgång till god och jämlik hälso- och sjukvård.

Förslag: Regeringen bör ge lämpliga myndigheter i uppdrag att

- beskriva, pröva och utvärdera en eller flera organisatoriska modeller för information, bedömningar och samverkan om placerade barns och ungas hälsa
- genomföra ett utvecklingsarbete i nära samverkan med huvudmän och professionsföreträdare inom BUP som ökar förutsättningarna för placerade barn och unga att få tillgång till den psykiatriska vård som de har rätt till
- ta fram stöd till socialnämnder, ungdomsmottagningar och HVB för arbetet med SRHR för barn och unga som vårdas i familjehem, HVB och stödboende
- genomföra en förstudie av digitala verktyg som medel för tillgång till jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård
- föreslå hur en studie av språkstörning bland barn och unga i samhällsvård kan genomföras avseende förekomst samt tillgång till vård och stöd.

Tillgång till jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ställer krav på hälso- och sjukvårdens eget arbete. En nyckelfråga är hur det arbetet kan utvecklas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialtjänstens ansvar för samhällsvården är grundläggande, men hälso- och sjukvårdens uppdrag, möjligheter och drivkrafter att arbeta för placerade barns och ungas hälsa behöver lyftas fram och stödjas.

Att ge hälso- och sjukvården ett särskilt kompensande uppdrag för barn och unga i samhällets vård är svårt i förhållande till HSL:s grundläggande regler. Men det finns skäl att analysera hur hälso- och sjukvården behöver arbeta så att placerade barn och unga inte prioriteras bort av skäl som inte gäller deras behov. Betydelsen av samsjuklighet och hälso- och sjukvårdsbehov som en del av den samlade behovsbilden bör också analyseras närmare i syfte att alla placerade barn och unga ska tillförsäkras den hälso- och sjukvård som de har rätt till.

Samtliga förslag i detta avsnitt avser uppdrag som regeringen bör ge till lämplig myndighet. Uppdragen förutsätter också samverkan med andra berörda myndigheter och med företrädare för huvudmän, professioner och organisationer inom barnrättsområdet. Oavsett vilka myndigheter som regeringen anser vara lämpliga uppdragstagare ser utredningen ett betydande värde i att uppdragen bedrivs i dialog och samverkan mellan de ansvariga myndigheterna inom ramen för det uppdrag som Socialstyrelsen föreslås få att samordna statens stöd till samhällets vård för barn och unga.

9.8.1 En organisatorisk modell för information, bedömningar och samverkan om placerade barns och ungas hälsa

SBU har beskrivit en organisatorisk modell för att upptäcka placerade barns och ungas problem med fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa som endast skulle medföra låga kostnader. Det inledande arbetet med modellen skulle kräva utvecklingsarbete som kan genomföras av en central aktör, bland annat att ta fram checklistor för hälsoundersökningar. Efter hand förväntas modellen öka barnens konsumtion av hälso- och sjukvård och tandvård, vilket är en positiv effekt utifrån placerade barns och ungas rätt till vård på samma villkor som alla andra i Sverige. Enligt SBU:s bedömning behövs forskning om

vilka organisatoriska modeller som gör skillnad för placerade barns och ungas hälsa.

Utredningen anser att en organisatorisk modell för information, bedömningar och samverkan om placerade barns och ungas hälsa är ett viktigt steg för att resultat av hälsoundersökningar och annan kunskap om barnens och de ungas hälso- och sjukvårdsbehov ska användas systematiskt och effektivt för att erbjuda den vård som behövs.

Utredningen föreslår att regeringen överväger att ge lämplig myndighet i uppdrag att beskriva, pröva och utvärdera en eller flera organisatoriska modeller med utgångspunkt i SBU:s förslag och resultaten av annat arbete inom området sedan SBU:s rapport gavs ut. Modellen bör omfatta former för att säkerställa rätt kompetens för hälsoundersökningar, till exempel genom samordning av arbetet inom regionen, och för samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården vid hälsoundersökningarna.

Arbete kan lämpligen genomföras i anslutning till den fortsatta implementeringen av reglerna om hälsoundersökningar och bidra till att ökad kunskap om hur hälsoundersökningarna kan vara ett led i hälso- och sjukvårdens arbete.

9.8.2 Barn- och ungdomspsykiatrins arbete med barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Socialstyrelsen refererar i en rapport från 2019 svar från ett möte med verksamhetsföreträdare och chefsöverläkare om vilka barn och unga som riskerar att inte få den psykiatriska vård de behöver. Deltagarna gav samstämmigt en bild av att det handlar om barn och unga med komplexa problem, det vill säga utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar eller allvarlig psykiatrisk problematik i kombination med beteendestörningar, missbruk och föräldrasvikt. Riskerna finns också när det saknas vuxna runt barnet som BUP kan samverka med för att åstadkomma en förändring, när ett barn eller ung person som vårdas med stöd av LVU har omfattande psykiatriska vårdbehov och när BUP och socialtjänst inte kan samverka. BUP har också svårt att hantera bland annat missbruksproblematik och gravt utagerande beteende hos barn och unga.⁹²

⁹² Socialstyrelsen 2019a s. 24 f.

När det gäller BUP:s kontakter med barn och unga i SiS särskilda ungdomshem finns det nu tidiga erfarenheter från pilotprojektet om integrerad vård som visar på vikten av ett motivationsarbete i samverkan mellan BUP och ungdomshemmets personal för att ge barnen och de unga reell tillgång till hälso- och sjukvård. Pilotprojektet kan också ge andra erfarenheter att använda i BUP:s eget arbete, bland annat om mobila BUP-team som finns i en av de medverkande regionerna. IVO har tidigare föreslagit mobila BUP-team som ett sätt att öka tillgången till specialistkompetens inom hälso- och sjukvård för barn och unga i institutionsvården.⁹³

Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att den samverkan som behövs mellan regionerna och de särskilda ungdomshemmen försvåras av att det inte finns vårdprogram inom BUP för att arbeta med barn i en kaotisk och instabil situation och att BUP saknar ovan av att arbeta med en målgrupp som är omotiverad och har bristande socialt stöd.⁹⁴

Utöver detta finns det frågor om prioriteringar av psykiatriska vårdbehov vid samsjuklighet och tillstånd som har nära samband med sociala vård- och stödbehov. Gränsdragningen mellan BUP och socialtjänsten, inklusive HVB, är inte heller alltid tydlig när det gäller exempelvis psykologiska bedömningar och behandlingar.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det finns behov av ett utvecklingsarbete som ökar förutsättningarna för placerade barn och unga att få tillgång till den psykiatriska vård som de har rätt till. Utredningen föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att genomföra ett sådant utvecklingsarbete i nära samverkan med huvudmän och professionsföreträdare inom BUP.

9.8.3 Stöd för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) för barn och unga i samhällets vård

Utredningen anser att förebyggande arbete inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i större utsträckning behöver komma placerade barn och unga till del. Stöd och information behöver spridas till barn och unga i familjehem, HVB och stöd-

⁹³ Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2018). "Samhället sviker unga med självmordstankar", Debattartikel publicerad i *Svenska Dagbladet* 2018-05-17.

⁹⁴ Socialstyrelsen 2023c s. 25 f.

boende om bland annat preventivmedel, sexuella rättigheter och könsjukdomar för att förebygga hälsoproblem.

Utredningen föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att ta fram stöd till socialnämnder, ungdomsmottagningar och HVB för arbetet med SRHR för barn och unga som vårdas i familjehem, HVB och stödboende. Erfarenheterna av SiS arbete med SRHR-frågor bör inhämtas i det arbetet, bland annat har SiS tagit fram en webbutbildning om SRHR för personal i särskilda ungdomshem.⁹⁵

Utredningen föreslår också att Socialstyrelsens utbildningsmaterial för familjehem kompletteras med information om SRHR och hur familjehemmen kan arbeta med stöd till placerade barn och unga inom det området.

9.8.4 En förstudie av digitala verktyg som medel för tillgång till jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård

Samhällsvården har bara i liten utsträckning omfattas av de senaste årens diskussioner om och satsningar på digitalisering inom vård och omsorg. Inte minst för tillgången till hälso- och sjukvård för placerade barn och unga i HVB eller i familjehem långt från hemregionen erbjuder digitaliseringen möjligheter som bör kunna tas till vara bättre än i dag. Hinder finns dock, till exempel genom brist på säkra digitala lösningar för HVB.

Ett arbete har påbörjats i Norge om användningen av digitalt stöd för behandling och uppföljning från hälso- och sjukvården av barn i barnevernets institutioner.⁹⁶ Utredningen anser att förutsättningarna för e-hälsa inom samhällets vård för barn och unga behöver undersökas i en förstudie. Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra förstudien och föreslå vilka fortsatta insatser som kan bli aktuella beroende på studiens resultat.

⁹⁵ Statens institutionsstyrelse, SiS (2018). *Redovisning av utvecklingsarbete avseende sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Dnr 1.1.1-3973-2018.

⁹⁶ Socialstyrelsen 2019a s. 49 f.

9.8.5 Språkstörning bland barn och unga i samhällsvård

Språkstörning är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning hos barn och vuxna. Den som har en språkstörning kan inte lära sig sitt eller sina modersmål på samma sätt och i samma takt som jämnåriga. Det kan leda till svårigheter att formulera sig muntligt och skriftligt, att hitta ord, bygga upp ordförråd och att förstå talat och skrivet språk.

Socialstyrelsen, som beskrivit kunskapsläget om språkstörning, pekar på internationell forskning som visar att språkstörning är en vanlig neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, ofta ihop med ADHD. Möjliga konsekvenser av språkstörning är bland annat svårigheter att lösa konflikter, ofrivillig ensamhet, mobbning samt ångest och depression. Ett par studier visar en ökad risk för sexuella övergrepp för flickor med mild till måttlig språkstörning. Andra studier visar att unga som begått brott generellt har en lägre språkförståelse och uttrycksförmåga än förväntat för sin ålder.⁹⁷

Vid undersökningar av hälsan hos barn och unga i samhällsvård har språkstörning inte urskilts som en särskild funktionsnedsättning. Dessa undersökningar har haft fokus på fysiska och psykiska diagnoser som ställs läkare och psykologer medan språkstörning diagnostiseras av logoped. Den kunskap som Socialstyrelsen sammanställt tyder på att språkstörning i högre grad kan behöva uppmärksammas hos barn och unga i samhällsvård. Andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är vanliga i den gruppen, likaså flera av de konsekvenser som är kända av språkstörning. Betydelsen av språkstörning för inlärning i skolan gör det också intressant att öka kunskapen inom området.

Utredningen föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att föreslå hur en studie av språkstörning bland barn och unga i samhällsvård kan genomföras avseende förekomst samt tillgång till vård och stöd.

⁹⁷ Socialstyrelsen (2022). *Kunskapsläget kring förekomst och konsekvenser av språkstörning för normalbegåvade unga och vuxna i ett livsperspektiv* (dnr 5.7-38505/2019) tillgänglig på Kunskapsguiden, *Språkstörning*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/sprakstornig/> (hämtad 2023-09-04).

10 En väl fungerande skolgång

10.1 Utredningens uppdrag

Enligt direktiven ska utredningen analysera vad som krävs för att placerade barn och unga ska få en väl fungerande skolgång och föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

10.2 Rättsliga förutsättningar

10.2.1 Barns rätt till utbildning

Enligt artikel 28 i barnkonventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt till utbildning. I syfte att förverkliga denna rätt ska konventionsstaterna bland annat särskilt göra grundskoleutbildning obligatorisk och kostnadsfritt tillgänglig för alla och genom varje lämpligt medel göra högre utbildning tillgänglig för alla på grundval av förmåga samt vidta åtgärder för att uppmuntra regelbunden närvaro i skolan och minska antalet studieavbrott. Enligt artikel 29 i barnkonventionen syftar barnets utbildning bland annat till att utveckla barnets fulla möjligheter i fråga om personlighet, anlag och fysisk och psykisk förmåga.

Alla barn som omfattas av den allmänna skolplikten har rätt till kostnadsfri grundläggande utbildning i allmän skola (2 kap. 18 § första stycket RF.) Enligt skollagen (2010:800) omfattas barn som är bosatta i landet av skolplikt och av en rätt till utbildning som motsvarar skolplikten (se 7 kap. 2 § första och andra styckena och 3 § första stycket skollagen).

Utbildningen syftar bland annat till att i samarbete med hemmen främja barns och elevers allsidiga personliga utveckling till aktiva, kreativa, kompetenta och ansvarskännande individer och medborgare (1 kap. 4 § tredje stycket skollagen). Utbildningen inom skolväsendet ska också vara likvärdig inom varje skolform och inom fritidshem-

met oavsett var i landet den ordnas (1 kap. 9 § skollagen). Detta innebär dock inte att undervisningen ska utformas lika för alla barn och elever. En grundprincip i skollagen är att det i utbildningen ska tas hänsyn till barns och elevers olika behov. Barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens och elevernas förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen (1 kap. 4 § andra stycket skollagen). Kommuner ska fördela resurser till utbildning inom skolväsendet efter barnens och elevers olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b § skollagen). Rektorn och förskolechefen beslutar om sin enhets inre organisation och ansvarar för att fördela resurser inom enheten efter barnens och elevers olika förutsättningar och behov (2 kap. 10 § skollagen).

10.2.2 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska i fråga om barn som vårdas i ett familjehem, jourhem, annat enskilt hem, stödboende eller hem för vård eller boende medverka till att de, förutom god vård och fostran, också i övrigt får gynnsamma uppväxtförhållanden och verka för att de får lämplig utbildning och den hälso- och sjukvård som de behöver (6 kap. 7 § SoL). I förarbetena till dessa bestämmelser som nu finns i 6 kap. 7 § SoL anges att de innebär skyldighet för nämnden att genom råd och vägledning och, om det behövs, olika slag av praktisk hjälp söka åstadkomma att barnet får en utbildning.¹ Liksom för hälso- och sjukvården är inte socialnämnden huvudman för verksamheten utan ansvaret stannar vid att verka för lämplig utbildning och innebär inte att socialnämnden ska tillhandahålla utbildning.²

Socialnämnden ska även samverka med andra samhällsorgan för att placerade barn ska få dessa behov tillgodosedda och det ska framgå av genomförandeplanen vilka åtgärder som socialnämnden planerar inom dessa områden (7 kap. 3 § SOSFS 2012:11).

¹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 540.

² Se prop. 2012/13:10 s. 130.

10.2.3 Skolans ansvar

Hemkommunen har ett övergripande ansvar för att barnen i kommunen får utbildning i förskoleklass, grundskola, anpassad grundskola och anpassad gymnasieskola (9 kap. 12 §, 10 kap. 24 § och 11 kap. 24 § skollagen). Med en persons hemkommun avses i skollagen den kommun som personen är folkbokförd i (29 kap. 6 § skollagen). Under vissa förutsättningar ska ett barn i stället tas emot i de statliga skolformerna specialskolan eller sameskolan (7 kap. 6 och 7 §§ skollagen), som finns på vissa platser i landet. Det är hemkommunen som har ett övergripande ansvar för att se till att eleven fullgör sin skolgång, även om skolgången sker i en skola med annan huvudman än hemkommunen (se 2 kap. 18 § RF och 7 kap. 21 § skollagen). I förarbetena till bestämmelserna i 7 kap. 21 § skollagen uttalades att det närmast är fråga om att hemkommunen ska hålla sig underrättad om var och hur barnet får föreskriven utbildning samt ingripa om barnet inte bereds sådan utbildning.³

Eftersom barn och unga som placeras i familjehem eller stödboende i en annan kommun i regel folkbokförs i familjehemmet eller stödboendet har de rätt till utbildning på samma villkor som andra barn och unga som är bosatta i kommunen. Vid tillfälliga placeringar och vid placering i HVB i en annan kommun ändras i normalfallet inte barnets eller den unges folkbokföring, varför det inte heller sker något byte av hemkommun i den mening som avses i skollagen. Placeringskommunen är därmed barnets eller den unges hemkommun enligt skollagen och den kommun som har ansvaret för uppföljning av skolplikten och för att finansiera barnets eller den unges utbildning, oavsett var barnet eller den unge genomför sin skolgång. Placerade barn och unga som inte är skolpliktiga ska erbjudas den utbildning på gymnasial nivå som de är i behov av och har rätt till på motsvarande sätt som andra barn och unga.⁴

Barnens och elevernas lärande och personliga utveckling

Enligt skollagen ska alla barn och elever i samtliga skolformer och i fritidshemmet ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna för-

³ Prop. 1985/86:10 s. 90.

⁴ Socialstyrelsen 2020a s. 59 f.

utsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål. Elever som till följd av en funktionsnedsättning har svårt att uppfylla de olika betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som gäller, ska ges stöd som syftar till att så långt som möjligt motverka funktionsnedsättningens konsekvenser (3 kap. 2 § skollagen). Därutöver framgår av skollagen att skolan har ett långtgående ansvar att hjälpa elever som har svårigheter att följa undervisningen och nå uppsatta mål.

Elevhälsa

För eleverna i förskoleklassen, grundskolan, anpassade grundskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan ska det finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas (2 kap. 25 § skollagen).

Extra anpassningar

Om det inom ramen för undervisningen, genom användning av ett nationellt kartläggningsmaterial eller ett nationellt bedömningsstöd, resultatet på ett nationellt prov eller uppgifter från lärare, övrig skolpersonal, en elev eller en elevs vårdnadshavare eller på annat sätt framkommer att det kan befaras att en elev inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas, och inte annat följer av 7 §, ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen. Stödet ska ges med utgångspunkt i elevens utbildning i dess helhet, om det inte är uppenbart obehövt. Detta gäller elever i samtliga skolformer och i fritidshemmet. (3 kap. 5 § skollagen). Det kan till exempel handla om att hjälpa en elev med att planera och strukturera sina studier. Det kan göras till exempel med hjälp av ett särskilt schema över skoldagen, extra tydliga instruktioner eller stöd för att sätta i gång arbetet. Att hjälpa till med att förstå texter, att förklara ett ämnesområde på ett annat sätt eller att ge extra färdighets träning såsom lästräning är också att anse som stöd i form av extra anpassningar. Dit hör även enstaka specialpedagogiska insatser under

kortare tid, till exempel två månader. Även särskilda läromedel eller utrustning i form av tidsstöd, dvs. hjälpmedel för att förstå och passa tider, samt digital teknik med anpassade programvaror kan som huvudregel anses falla inom ramen för stöd i form av extra anpassningar.⁵

Utredning av behov av särskilt stöd

Om det inom ramen för undervisningen eller genom resultatet på ett nationellt prov, uppgifter från lärare, övrig skolpersonal, en elev eller en elevs vårdnadshavare eller på annat sätt framkommer att det kan befaras att en elev inte kommer att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås, trots att stöd har getts i form av extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen enligt 5 §, ska detta anmälas till rektorn. Detsamma gäller om det finns särskilda skäl att anta att sådana anpassningar inte skulle vara tillräckliga.

Rektorn ska då se till att elevens behov av särskilt stöd skyndsamt utreds. Behovet av särskilt stöd ska även utredas om eleven uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation. Under utredningen ska samråd ske med elevhälsan om det inte är uppenbart obehövt (3 kap. 7 § skollagen). Ett åtgärdsprogram ska utarbetas för en elev som ska ges särskilt stöd (3 kap. 9 § skollagen). Rätten till särskilt stöd gäller också för barn som går i gymnasieskola eller anpassad gymnasieskola. Insatser som är att betrakta som särskilt stöd är till exempel placering i särskild undervisningsgrupp, enskild undervisning eller anpassad studiegång (se 3 kap. 11 och 12 §§ skollagen).⁶ Anpassad studiegång innebär att avvikelser kan göras, inte bara från timplanen och de ämnen som gäller för utbildningen, utan även från de mål som gäller för utbildningen. Det finns ingen begränsning av hur lång tid som anpassad studiegång kan gälla för en elev. En anpassad studiegång innebär därmed ofta att elevens möjligheter att nå kunskapskraven i samtliga ämnen begränsas. Eleven och elevens vårdnadshavare ska fortlöpande informeras om elevens utveckling (3 kap. 3 § skollagen).

⁵ Se prop. 2013/14:160 s. 36.

⁶ Se även prop. 2013/14:160 s. 21.

Åtgärdsprogram

Ett åtgärdsprogram ska utarbetas om särskilda stödåtgärder behövs (se 3 kap. 9 § skollagen). Av programmet ska behovet av särskilt stöd och hur det ska tillgodoses framgå. Av programmet ska det också framgå när åtgärderna ska följas upp och utvärderas och vem som är ansvarig för uppföljningen respektive utvärderingen. Eleven och elevens vårdnadshavare ska ges möjlighet att delta när ett åtgärdsprogram utarbetas. Åtgärdsprogrammet beslutas av rektorn. Rektorn får inte överlåta sin beslutanderätt till någon annan om beslutet innebär att särskilt stöd ska ges:

1. i en annan elevgrupp eller enskilt enligt 11 §,
2. i form av distansundervisning och annan undervisning enligt 11 a §, eller
3. i form av anpassad studiegång enligt 12 §.

Om en utredning enligt 7 § visar att eleven inte behöver särskilt stöd, ska rektorn eller den som rektorn har överlåtit beslutanderätten till i stället besluta att ett åtgärdsprogram inte ska utarbetas.

För en elev i grundskolan, anpassade grundskolan, specialskolan och sameskolan ska det särskilda stödet ges på det sätt och i den omfattning som behövs för att eleven ska ha möjlighet att uppfylla de betygsriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas (se 3 kap. 10 § skollagen).

Individuell utvecklingsplan

Minst en gång varje termin ska läraren, eleven och elevens vårdnadshavare ha ett utvecklingssamtal om hur elevens kunskapsutveckling och sociala utveckling bäst kan stödjas samt om vilka insatser som behövs för att eleven ska uppfylla betygsriterierna eller kriterierna för bedömning av kunskaper och i övrigt utvecklas så långt som möjligt inom ramen för läroplanen. Informationen vid utvecklingssamtalet ska grunda sig på en utvärdering av elevens utveckling i förhållande till läroplanen och betygsriterierna eller kriterierna för bedömning av kunskaper i de ämnen som eleven får undervisning i. Utvecklingssamtal ska i vissa fall resultera i ett åtgärdsprogram (se 10 kap. 12 § skollagen).

För alla elever i årskurs 1–5 gäller att läraren en gång per läsår, vid ett av utvecklingssamtalen ska ge omdömen om elevens kunskapsutveckling i förhållande till kriterierna för bedömning av kunskaper eller betygskriterierna för årskurs 6 i de ämnen som eleven får undervisning i och sammanfatta vilka insatser som behövs för att eleven ska uppfylla kriterierna för bedömning av kunskaper eller betygskriterier för årskurs 6 och i övrigt utvecklas så långt som möjligt inom ramen för läroplanen (10 kap. 13 § skollagen).

För årskurs 6–9 är det obligatoriskt med betyg i de ämnen som eleven fått undervisning i (se 10 kap. 15 § skollagen). När betyg sätts innan ett ämne har avslutats, ska betygssättningen bygga på en bedömning av de kunskaper som eleven inhämtat i ämnet till och med den aktuella terminen. Läraren ska göra en sammantagen bedömning av elevens kunskaper i förhållande till de betygskriterier som gäller för ämnet och sätta det betyg som bäst motsvarar elevens kunskaper (se 10 kap. 19 § första stycket skollagen).

Särskilt om byte av skolenhet

Det är inte ovanligt att placerade barn byter skola och kommun när de blir placerade och när de blir omplacerade. Det kan bland annat innebära att den nya skolenheten inte har samma upplägg enligt läroplanen som elevens tidigare skolenhet och att eleven därför missar vissa moment i vissa ämnen medan de moment som eleven redan har genomfört tidigare är sådana moment som kommer att gås igenom.

När en elev byter skolenhet ska den skolenhet som eleven lämnar överlämna sådana uppgifter om eleven som behövs för att underlätta övergången för eleven till den mottagande skolenheten (se 3 kap. 12 j § första stycket skollagen). Att den regeln finns underlättar emellertid inte övergången om det inte finns så mycket uppgifter att överlämna. Det kan till exempel bero på att eleven haft hög frånvaro, att barnet eller den unge gått för kort tid på skolan eller att dokumentationen helt enkelt varit bristfällig.

Kartläggning av nyanlända elevers kunskaper

Alla nyanlända elevers kunskaper ska bedömas i grundskolan och motsvarande skolformer. Det är bara om en sådan bedömning är uppenbart onödigt som en bedömning inte behöver göras. En bedömning ska även göras för vissa elever som inte definieras som nyanlända enligt skollagen om det behövs. Det gäller:

- elever som har varit bosatta utomlands och som börjar skolan i Sverige senast vid höstterminens start det år då de fyller sju år
- elever som efter skolgång i Sverige har varit bosatta utomlands och därefter har återvänt till Sverige för att fortsätta sin utbildning här.

Det är rektorn som ansvarar för att en bedömning av elevens kunskaper görs. Bedömningen ska göras skyndsamt. Efter bedömningen ska rektorn fatta beslut om placering i årskurs och undervisningsgrupp för nyanlända elever och för elever som efter skolgång i Sverige har varit bosatta utomlands och därefter har återvänt till Sverige för att fortsätta sin utbildning här. Det beslutet ska fattas inom två månader från det att eleven har tagits emot i grundskolan, anpassad grundskolan, specialskolan eller sameskolan (se 3 kap. 12 c–e §§ skollagen).

10.3 Lägesbeskrivning

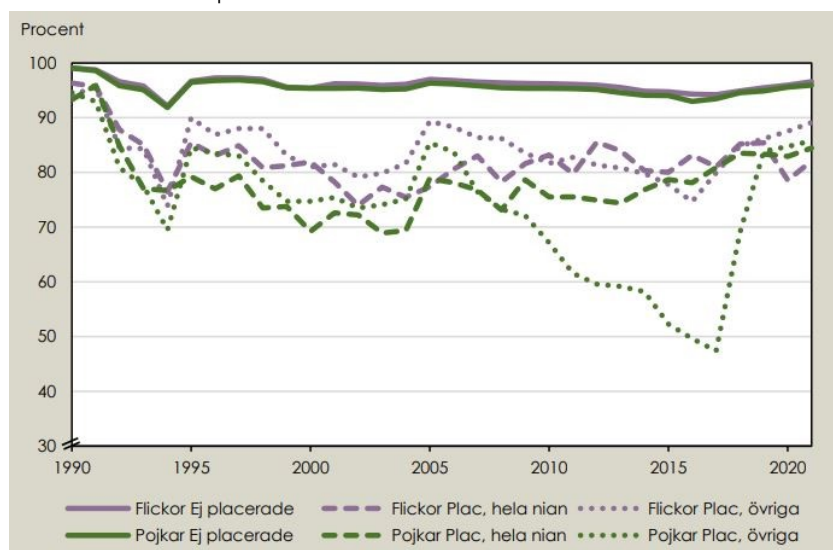
10.3.1 Barn och unga i samhällsvårds skolresultat

Andel barn i samhällsvård som har fullföljt grundskolan

Betydligt färre av de barn som har varit placerade fullföljer grundskolan än barn som inte har varit placerade. Av barn som var placerade hela årskurs 9 fullföljde 83 procent och av de som varit placerade någon gång i livet fullföljde 87 procent, jämfört med andra barn där 96 procent fullföljde grundskolan. De här siffrorna säger dock inte hur många av dessa som var behöriga till gymnasieskolan. Utredningen föreslår att det är den informationen som ska finnas i den nationella uppföljningsstrukturen som utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska ansvara för, se avsnitt 4.4.5.

Figur 10.1 Fullföljd grundskoleutbildning vid 17 års ålder

Andel (%) flickor och pojkar med fullföljd grundskoleutbildning fördelat efter placeringshistorik, folkbokförda i Sverige vid 17 års ålder perioden 1990–2021



Källa: Socialstyrelsen (2023) Lägesrapport. Individ- och familjeomsorg.

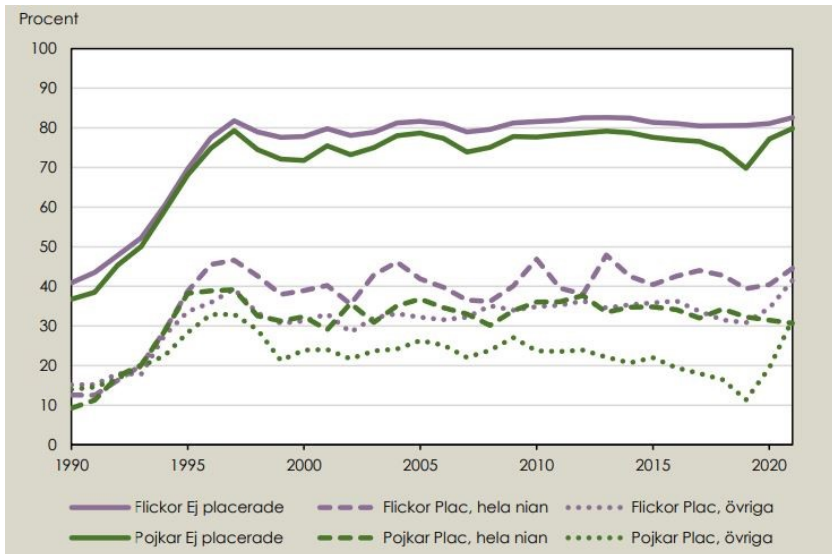
Andel barn och unga i samhällsvård som har avslutat gymnasieskolan

När det gäller placerade barn som har fullföljt gymnasieskolan är skillnaderna ännu större. Det är mindre än hälften så många barn som är placerade som tar studenten än de som inte har varit placerade. Av barn som var placerade hela årskurs 9 fullföljde endast 33 procent och av de som varit placerade någon gång i livet fullföljde endast 36 procent, jämfört med andra barn där 81 procent fullföljde gymnasieskolan.⁷

⁷ Socialstyrelsen 2023a s. 37 f.

Figur 10.2 Treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder

Andel (%) kvinnor och män med treårig gymnasieutbildning fördelat efter placeringshistorik, folkbokförda i Sverige vid 20 års ålder perioden 1990–2021



Källa: Socialstyrelsen (2023) Lägesrapport. Individ- och familjeomsorg.

Gymnasiebehörighet

En registerstudie av Socialstyrelsen visar att även när det gäller andelen som hade gymnasiebehörighet när de gick ut årskurs 9 så är skillnaderna stora. Av de unga som inte varit placerade hade 89 procent gymnasiebehörighet jämfört med 44–67 procent bland ungdomar som varit eller var placerade före 16 års ålder. Bland de långvarigt placerade ungdomarna hade drygt hälften, 55–57 procent gymnasiebehörighet.⁸

Skillnaderna i gymnasiebehörighet mellan placerade ungdomar och övriga ungdomar har snarare ökat än minskat över tid. Andelen som hade gymnasiebehörighet bland långtidsplacerade som placerades före skolålder har sjunkit från 57 respektive 60 procent bland pojkar och flickor födda 1990–1991 till 49 respektive 55 procent bland pojkar och flickor födda 2001–2004. Motsvarande förändring fanns inte bland jämnåriga som inte varit placerade. Även bland de tidigt och kortvarigt placerade så var andelen med gymnasieutbildning betyd-

⁸Socialstyrelsen 2023b s. 83.

ligt lägre än bland jämnåriga som aldrig varit placerade, 60 procent jämfört med 85 procent. Tonårsplacerade hade lägst andel gymnasieutbildade. Bland dem som placerades första gången när de var 16 år eller äldre hade endast mellan 23 procent och 33 procent en treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder. I dessa jämförelser har individer som invandrat efter att skolan började uteslutits, så det är inte sen invandring och språksvårigheter som förklarar skillnaderna mellan grupperna.⁹

Treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder

Socialstyrelsens studie visar även att skillnaderna förstärks genom utbildningssystemet. Även bland den grupp av placerade där andelen med treårig gymnasieutbildning (vid 20 års ålder) var som högst så var andelen med gymnasieutbildning betydligt lägre än bland jämnåriga som aldrig varit placerade, 60 procent jämfört med 85 procent.¹⁰

10.3.2 Samband mellan antal placeringar och utbildningsresultat

Socialstyrelsens studie visar vidare att det finns ett tydligt samband mellan antal placeringstillfällen och placerade barn och ungas skolresultat samt utbildningsnivå. Ju fler placeringstillfällen desto sämre skolresultat. Skillnaderna ökar ju äldre barnen blir. Bland barn som aldrig varit placerade hade 11 procent inga eller låga betyg i årskurs 6, jämfört med 32–45 procent bland barn som placerades före tonåren. I årskurs 9 var skillnaderna ännu större. Bland barn som aldrig varit placerade hade 11 procent inga eller låga betyg i årskurs 9, jämfört med 34–65 procent bland unga som varit placerade någon gång till och med 15 års ålder. Låga betyg avser här att eleven har betyg som understiger genomsnittet bland jämnåriga minus en standardavvikelse. Allra högst var andelen som hade inga eller låga betyg bland ungdomar som placerades första gången vid 13–15 års ålder. Bland dem hade över 60 procent låga eller inga betyg i årskurs 9.¹¹

⁹ Socialstyrelsen 2023b s. 83.

¹⁰ Socialstyrelsen 2023b s. 83 f.

¹¹ Socialstyrelsen 2023b s. 81.

Betygen i årskurs 6 har också ett starkt samband med betygen i årskurs 9, även när man tar hänsyn till antalet placeringstillfällen. I årskurs 9 är dessutom andelen som saknar betyg betydligt högre än den är i årskurs 6, vilket delvis kan förklaras av att en del ungdomar går i skolan på institutioner som inte redovisar betyg till skolregistret. Ungdomar som bor på institution i årskurs 9 har högre risk för låga eller inga betyg i årskurs 9 jämfört med dem som bor i familjehem.¹²

Bland ungdomar som inte varit placerade hade 89 procent gymnasiebehörighet jämfört med 44–67 procent bland ungdomar som varit eller var placerade före 16 års ålder. Bland de långvarigt placerade ungdomarna hade 55–57 procent gymnasiebehörighet. Lägst var andelen bland dem som hade placerats i högstadiet (13–15 år) och som varit placerade kortare tid än ett år innan de fyllde 16 år.¹³

Socialstyrelsen skriver i sin rapport att internationella studier visar att placerade barn och unga generellt byter skola oftare än placering, och forskning visar att både skolbyten och placeringsbyten är riskfaktorer för placerade barns och ungas lägre skolresultat. Socialstyrelsen skriver vidare att skolbyten kan innebära att barnet växlar mellan olika kursupplägg och därmed får svårt att följa med i skolarbetet. För läraren kan det också inledningsvis bli svårare att ge rätt stöd till barnet. Tidiga kunskapsluckor skapar svårigheter att tillgodogöra sig undervisningen längre fram. Socialstyrelsen anför att om detta inte uppmärksammas och åtgärdas kan negativa lärandespiraler uppstå. Barn och unga som inte hänger med i undervisningen får ofta svårt att koncentrera sig på lektionerna, vilket leder till beteendeproblem och ännu större kunskapsluckor. Socialstyrelsen redogör även för forskning som visar att för många placerade barn och unga kan uppbrottet från vänner och sociala nätverk vara det som är mest påfrestande med en ny placering eller omplacering. Att komma ny till en klass kan vara utmanande. Övriga klasskamrater har kanske redan bildat grupper och det kan vara svårt att komma in i den nya miljön. Såväl svensk som internationell forskning har visat att placerade barn och unga löper hög risk att bli utsatta för mobbning, vilket också är en förklaringsfaktor för sämre skolprestationer bland placerade barn och unga.¹⁴

¹² Socialstyrelsen 2023b s. 9

¹³ Socialstyrelsen 2023b s. 83.

¹⁴ Socialstyrelsen 2023b s. 18.

10.3.3 Barns och ungas åsikter om sin utbildning

I en rapport från Vårdanalys pratar många av de placerade barnen och ungdomarna om att det är viktigt att gå i skolan, men att det kan vara svårt att hänga med i skolarbetet på grund av den situation de befinner sig i. Det blir extra svårt att hänga med om de behövt flytta och byta skola en eller flera gånger. Det är därför viktigt att skolan får information om vad som händer, så att det finns en förståelse för barnets situation och att barnet kan få stöd om hen behöver det och att uppgifterna anpassas till den kunskapsnivå barnet befinner sig på. Barn och unga tycker också att det är viktigt att HVB-personal och familjehemsföräldrar visar intresse och frågar hur det går i skolan, hjälper till med läxor och att de får hjälp att klara skolan. Skolan kan, tillsammans med vänner, ge stor trygghet i tillvaron om man trivs där. Därför tycker barn och unga att det är viktigt att de inte ska behöva byta skola om det inte är absolut nödvändigt och att de om de måste byta skola får god tid på sig att förbereda sig för det. Vidare uttrycker de att de gärna vill få hjälp med rutiner och struktur i vardagen. Det handlar framför allt om att få hjälp att komma upp på morgonen och att komma i väg till skolan.¹⁵

I en rapport från Riksförbundet Attention 2020/21, uttrycker placerade barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) att rätt stöd och anpassningar är grundläggande för att man med NPF ska få möjlighet att utvecklas och må bra. Det är viktigt att få hjälp med rutiner, komma i väg till skolan och att få stöd i skolan. Attention skriver till exempel om Kevin, som efter många års placering och bristfällig skolgång lyckats läsa in 9 betyg på ett halvår. Han beskriver att han numera går i en skola där kraven är precis lagom, inte för låga och inte för höga och att det gör hela skillnaden:

De pushar mig inte hårt, men de pushar mig så precis lagom.¹⁶

Av Socialstyrelsens brukarundersökning med familjehemsplacerade barn 2021 framgår bland annat att nästan alla de yngre barnen tycker att det går bra i skolan och att de trivs. Bland de äldre barnen är det något färre som trivs. Vart fjärde barn har blivit mobbat i skolan. Två av tre barn uppger att de alltid eller oftast får hjälp och stöd med läsläsning i familjehemmet.¹⁷

¹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018a s. 71 ff.

¹⁶ Riksförbundet Attention 2021 s. 34.

¹⁷ Socialstyrelsen 2021e s. 36 ff.

Utredningen har fått en sammanställning från Folkhälsomyndigheten av svaren från enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor 2021/22 som belyser livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland barn som bor i familjehem jämfört med barn som bor på annat sätt (se bilaga 4). Av den sammanställningen framgår att andelen barn som tycker mycket bra om skolan är densamma bland barn som bor i familjehem och barn som bor på annat sätt, 17 respektive 16 procent. Även andelen barn som är ganska eller mycket stressade av skolarbetet är densamma bland barn som bor i familjehem och barn som bor på annat sätt, 46 procent respektive 47 procent. Det är dock vanligare att barn som bor i familjehem mobbas i skolan jämfört med barn som bor på annat sätt. Andelen som mobbas är 19 procent jämfört med 9 procent. Skillnaden är störst bland 13-åriga pojkar och flickor samt bland 15-åriga flickor. I dessa grupper är det ungefär dubbelt så vanligt att barn som bor i familjehem mobbas jämfört med barn som bor på annat sätt.

10.3.4 Utbildning som skyddsfaktor

Skolresultaten är viktiga i sig, men pekar också på förhållanden som inte enbart handlar om utbildningen. Svenska forskare har i en registerstudie visat att goda skolresultat är en stark skyddsfaktor för barn och unga i samhällets vård också för negativa utfall inom andra livsområden. Enligt studien har barn som varit i långvarig familjehemsvård under uppväxten mellan 6 och 11 gånger högre risk att drabbas av negativa utfall när de blir vuxna. Studien undersökte sen vad som hände med överriskerna om man kontrollerade för låga betyg (låga betyg definierades som ett medelbetyg under 2,4 på den gamla betygsskalan 1–5 i årskurs 9). Då minskade överriskerna med 38–52 procent.¹⁸

En av forskarna bakom studien, professor Bo Vinnerljung, konstaterade fem år senare att forskningen visar att för barn i familjehem som klarar sig bättre i skolan verkar oddsen vara hyggliga att de kommer att leva ett någorlunda normalt liv i vuxen ålder. Men för de barn som klarar sig dåligt i skolan – vilket flertalet pojkar gör – är oddsen radikalt sämre. Vinnerljung hänvisar till studien från 2011 och andra longitudinella registerstudier i Sverige som har funnit mycket höga

¹⁸ Berlin, M., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2011). School Performance in Primary School and Psychosocial Problems in Young Adulthood Among Care Leavers from Long Term Foster Care. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(12):2489–97. DOI: 10.1016/j.childyouth.2011.08.024.

risker för ogynnsam utveckling över tid för unga som växt upp i familjehem, jämfört med andra jämnåriga. Exempel är självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet, tonårsföräldraskap, förtidspensionering och bidragsberoende. Den höga förekomsten av dåliga skolbetyg har starka statistiska samband med dessa bekymmersamma resultat.

Vinnerljung nämner också en internationell översikt som funnit att skolmisslyckanden, särskilt tidiga sådana, överhuvudtaget verkar orsaka att barn utvecklar beteendeproblem och psykisk ohälsa. Barn som klarar skolan dåligt är en högriskgrupp i hela befolkningen för så gott som alla former av framtida psykosociala problem, exempelvis narkotikamissbruk och kriminalitet, oavsett familjens socioekonomiska bakgrund.¹⁹ Det bör tilläggas att Vinnerljungs översikt och analys bara avser barn i familjehem, inte barn och unga i institutionsvård. Många av de senare har dock tidigare vårdats i familjehem. Barn och unga som vårdas i institution har dock ännu sämre skolresultat än barn och unga i familjehem och är därmed sannolikt även drabbade av samma effekter.

10.3.5 Orsaker till barn och unga i samhällsvårds låga skolresultat

Forskare har studerat olika möjliga orsaker till att barn och unga i samhällets vård som grupp har sämre skolresultat än andra barn. På flera punkter har forskarna inte funnit något statistiskt samband, enligt Bo Vinnerljung. Det gäller bland annat om föräldrarna haft missbruksproblem och psykisk ohälsa, om barn varit unga eller äldre vid placeringen eller om de varit placerade en längre eller kortare tid. Inte heller visar forskningen att placerade barn har klart lägre utbildningsambitioner.²⁰ Flera studier visar dessutom att barn som vuxit upp i familjehem får påtagligt sämre betyg i grundskolan än andra barn med samma begåvning, enligt Vinnerljung. Även i vuxen ålder har personer som vuxit upp i familjehem som grupp klart lägre utbildning än andra jämnåriga med samma begåvning, men också jämfört med jämnåriga som hade samma betyg från grundskolan. Pojkar som vuxit

¹⁹ Mattsson och Vinnerljung 2016 s. 32 ff.

²⁰ Mattsson och Vinnerljung 2016 s. 31 ff. Se även bl.a. Berlin 2011, Vinnerljung, B., Berlin, M. och Hjern, A. (2010). Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I Socialstyrelsen *Social Rapport 2010*, kap. 7 s. 227–266 samt Vinnerljung, B., Lindblad, F., Hjern, A., Rasmussen, F. och Dalen, M. (2010). School performance at age 16 among intercountry adoptees – a Swedish national cohort study. *International Journal of Social Work*, 53, 510–527.

upp i familjehem har dubbelt så hög risk att i ung vuxen ålder endast ha grundskolekompetens jämfört med andra jämnåriga med samma begåvning. Chansen att fullfölja en högskoleutbildning är hälften så stor, jämfört med andra med samma resultat på kognitiva tester vid mönstringen.²¹

Orsaker som kan spela in är dock dåligt arbetsminne, som det finns en hög överrepresentation av bland familjehemsplacerade barn, vilket i sin tur har starka samband med kronisk stress under barndomen. Dessutom finns det höga förekomster av beteendeproblem och adaptiva svårigheter i denna grupp. Dessa faktorer påverkar skolresultaten, men Vinnerljung framhåller att orsakssambanden inte är enkelriktade.²² Att orsakerna till skolresultaten inte går att hitta hos barnen eller deras föräldrar har väckt frågor om vad personer kring barnen betyder. Flera studier från olika länder pekar också på att de vuxna runt dessa barn, till exempel föräldrar, lärare och socialsekreterare, ofta har pessimistiska förväntningar på barnens skolgång.²³

Skolmisslyckanden hos placerade barn och unga hänger enligt Skolverket, Socialstyrelsen och SPSM ofta samman med att:

- uppväxtmiljön har varit instabil, med återkommande byten av familjehem och skolor
- skolgången har varit en lågt prioriterad fråga för socialtjänsten
- det råder en oklar ansvarsfördelning mellan skola och socialtjänst.²⁴

10.3.6 Granskning av utbildning i HVB

När Skolinspektionen genomförde en tillsyn av HVB som bedrev viss undervisning på eget initiativ i hemmet 2010 såg de stora brister och att verksamheterna saknade möjlighet att kunna erbjuda en fullgod och likvärdig utbildning. Regeringen uttalade sig senare om att elever som vistas i HVB bör få undervisning i det vanliga skolväsendet och

²¹ Mattson och Vinnerljung 2016 s. 30 ff.

²² Mattson och Vinnerljung 2016 s. 32.

²³ Till exempel Jackson, S. (1994). Educating children in residential and foster care. *Oxford Review of Education*, 20, 267–279; Blome, W.W. (1997). What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth and a matched group of non-foster care youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14, 41–53 samt Tideman, E., Vinnerljung, B., Hintze, K. och Isaksson, A.A. (2011). Improving foster children's school achievements: Promising results from a Swedish intensive study. *Adoption & Fostering*, 35, 44–56.

²⁴ Socialstyrelsen (2018c). *SAMS – Samverkan socialtjänst skola – obruten skolgång för placerade barn och unga*.

att institutionerna inte ska ha någon generell möjlighet att ordna undervisning.²⁵

Skolinspektionen genomförde sedan 2016 en tillsyn av om elever placerade på HVB fick sin rätt till utbildning tillgodosedd. Myndigheten besökte 20 skolenheter i 18 kommuner. Gruppen HVB-placerade elever dominerades av ensamkommande barn. Tillsynen visade att samtliga elever som bodde på HVB blev mottagna i vistelsekommunens grundskolor. Mottagandet i skolan fungerade inledningsvis relativt väl, men de individuella behoven för enskilda elever synliggjordes inte tillräckligt och de studieupplägg som erbjöds var många gånger anpassade för grupper. Skolorna kunde ha svårt att skaffa sig en sammanhållen bild av nyanlända elevers skolhistorik. En försvårande faktor var brister i samspel mellan skolan, boendet och god man. Exempelvis var det vanligt att placerade barn och unga bytte kommun, boende och skola. Elevehälsan nyttjades i låg grad för ungdomarna, exempelvis för att utreda elevernas behov av särskilt stöd. Myndigheten konstaterade också att vårdperspektivet på boendena i allt för hög grad var överordnat en viktig prioritering av elevernas skolgång. Det innebar att skolgången fick stå tillbaka till förmån för den vård som gavs i boendets regi.²⁶

10.3.7 Granskning av utbildning i SiS

Skolinspektionen granskade under 2021, 22 av 23 skolor på Statens institutionsstyrelses (SIS) särskilda ungdomshem. Granskningen visade att ramarna för utbildningen och utbildningens innehåll har förbättrats sedan Skolinspektionens tidigare inspektioner. Satsningar på lärar-kompetens har gjorts och undervisningen har utvecklats. Men flera områden som rör skolverksamhetens status, elevernas undervisningstid och frånvaro behöver fortsatt prioritet för att alla elever ska ges en likvärdig utbildning med hög kvalitet under tiden på SiS.

Rapporten belyser bland annat att skolfrånvaron generellt är hög och varierar mellan olika skolor. Flickors skolfrånvaro är genomgående högre än pojkars. I den undervisning som genomförs visar emellertid granskningen att lärarna har höga förväntningar på elevernas förmåga till utbildning. Elevernas utbildning planeras som regel utifrån

²⁵ Prop. 2014/15:43 s. 18 ff.

²⁶ Skolinspektionen 2017.

ett tydligt pedagogiskt perspektiv, tydlig koppling görs till kunskapsmässiga mål och goda möjligheter ges till elevinflytande vid planering av utbildningen.

Granskningen visade samtidigt även att SiSam-modellen (se nedan) inte fungerar som tänkt.²⁷

10.3.8 Mobbning och annan kränkande behandling

En fråga som hittills inte tycks ha uppmärksammats särskilt av myndigheter och forskare är mobbning och annan kränkande behandling i skolan av barn och unga i samhällsvård.

Utredningen har fått en sammanställning av resultat från undersökningen Skolbarns hälsovanor 2021/2022 från Statens Folkhälsomyndighet som visar att barn som bor i familjehem oftare mobbas i skolan än barn som bor på annat sätt (se bilaga 4). Bland barn i familjehem svarade 19 procent att de mobbas två till tre gånger i månaden eller oftare, motsvarande andel var 9 procent bland barn som bor på annat sätt. Skillnaden var störst bland 13-åriga pojkar och flickor samt bland 15-åriga flickor.

Skolhuvudmannen har ett tydligt ansvar för åtgärder mot alla former av kränkande behandling inklusive mobbning. I 6 kap. 6–8 och 10 §§ skollagen anges flera aktiva åtgärder som skolhuvudmannen ansvarar för i arbetet mot kränkande behandling. Det handlar om att bedriva ett målinriktat arbete för att motverka kränkande behandling av barn och elever, se till att det genomförs åtgärder för att förebygga och förhindra att barn och elever utsätts för kränkande behandling, anmäla, utreda och vidta åtgärder mot kränkande behandling samt årligen upprätta en plan mot kränkande behandling för varje verksamhet. Huvudmannen eller personalen får inte utsätta ett barn eller en elev för kränkande behandling (6 kap. 9 § skollagen).

Skyldigheten att aktivt motverka alla tendenser till kränkande behandling uttrycks även i läroplanerna. I de inledande delarna i skolans och vuxenutbildningens läroplaner framgår att intolerans, förtryck och våld, till exempel rasism, sexism och hedersrelaterat våld och förtryck, ska förebyggas och bemötas med kunskap och aktiva

²⁷ Skolinspektionen 2021.

insatser. Även i förskolans läroplan regleras skyldigheten att aktivt motverka kränkande behandling.²⁸

10.4 Interventioner och andra insatser för att förbättra skolresultaten

Både internationellt och i Sverige har ett antal interventioner och andra insatser utvecklats och prövats för att förbättra skolresultaten för placerade barn och unga. Det finns ingen systematisk svensk kunskapsöversikt om vilka interventioner och andra insatser som visats vara effektiva. Bo Vinnerljung sammanfattade 2016 kunskapsläget när det gäller barn i familjehem. Han framhöll att flertalet metoder som prövats bara utvärderats utan jämförelsegrupp och därför bör betraktas som lovande och inte evidensbaserade. Med hänvisning till en internationell kunskapsöversikt och flera svenska interventionsstudier drog Vinnerljung ändå slutsatsen att det är möjligt att påverka familjehemsplacerade barns skolprestationer med interventioner.

Det viktigaste verkar vara att motverka tidiga skolmisslyckanden, enligt Vinnerljung. För att få underlag för insatser riktade till enskilda barn bör man därför systematiskt genomföra färdighetstester i läsning och räkning före högstadiet för dessa barn. Därefter bör de få tillgång till kompenserande insatser för att få en rimlig chans att komma ifatt sina klasskamrater, exempelvis i läsfärdighet. Vinnerljung understryker att testerna ska göras för att få ett konkret underlag till att hjälpa barnen – inte för att sortera dem.

För att pröva betydelsen av positiva förväntningar från omgivningen på familjehemsplacerade barns skolresultat vore det, enligt Vinnerljung, önskvärt med fler nordiska replikeringar med utvärdering av försök som visat positiva resultat i andra länder, framför allt av så kallade tutoringprogram. En annan lovande väg är skolförberedande insatser i förskolan, exempelvis i form av tidig och förstärkt träning i läsning och räkning.²⁹

²⁸ Skolverket, *Kränkande behandling, mobbning och diskriminering*: <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/krankande-behandling-mobbning-och-diskriminering> (hämtad 2023-08-08).

²⁹ Matsson och Vinnerljung 2016, s. 34 f.

10.4.1 Exempel på insatser

Det finns ett antal olika stödmaterial, metoder och arbetssätt som syftar till att förbättra placerade barns skolresultat. För en del av dem finns erfarenhet av att använda dem i Sverige. Utredningen har dock inte funnit någon systematisk kunskapsöversikt över dessa. Urvalet nedan är exempel på några av de som staten har satsat på eller som forskare i Sverige har arbetat med.

SAMS

SAMS – Samverkan socialtjänst skola – obruten skolgång för placerade barn och unga. SAMS är ett stöd som ska underlätta samverkan mellan socialtjänst och skola när en placering medför skolbyte. Stödet innehåller bland annat rutiner som bygger på en tydlig ansvarsfördelning, beskrivning av vad som ska göras samt vem som ska göra vad och varför. Materialet har tagits fram gemensamt av Skolverket, Socialstyrelsen och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) utifrån ett regeringsuppdrag.

SAMS-stödet publicerades 2018 och revideras under hösten 2023 utifrån de ändringar i lagar och föreskrifter som har gjorts inom skolans och socialtjänstens områden. Under hösten 2023 pågår ytterligare en revidering där man även ser över om SAMS och SiSam kan slås ihop. Stödet innebär inga tillkommande åtaganden för kommunerna utan bygger helt på rådande författningsreglering. SAMS-stödet är gemensamt för familjehem, jourhem, HVB och stödboenden, liksom för grund- och gymnasieskola samt motsvarande skolformer. Utifrån de kontakter som utredningen har haft med kommuner och myndigheter så upplevs dock stödet inte vara implementerat i kommunerna i någon hög utsträckning ännu, de som använder det upplever det dock som hjälpsamt.

SiSam

SiS och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) har på regeringens uppdrag utvecklat och prövat en modell (SiSam) för skolsamverkan för elever som placeras på särskilda ungdomshem. Uppdraget har varit organiserat som ett projekt, men arbetet har nu integrerats

i den ordinarie verksamheten. SiS och SPMS fortsätter nu att utveckla och arbeta enligt SiSam-modellen. SiSam är en modell för skolsamverkan mellan tre parter: SiS ungdomshem samt socialtjänsten och skolan i hemkommunen. Målet är att de placerade ungdomarnas skolgång ska löpa på utan avbrott, så att de får den utbildning de har rätt till och behöver.³⁰

Studiepaket för samverkan

Specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM, har i samarbete med Skolverket och Socialstyrelsen tagit fram ett studiepaket om samverkan kring placerade barns och ungas skolgång. Målgruppen är i första hand den samlade elevhälsa och rektor, samt handläggare inom socialtjänsten som arbetar med planering och insatser inför, under och efter placering av barn och unga i samhällsvård.³¹

Skolfam

Skolfam startade som ett utvecklingsprojekt i Helsingborg och har funnits som en arbetsmodell sedan 2005. 2014 fick Stiftelsen Allmänna Barnhuset regeringsmedel för att samordna Skolfam. I regeringsbeslutet betonas vikten av att utveckla och utvärdera metoder som Skolfam, vilka främjar samverkan mellan skola och socialtjänst. 2016 fick Stiftelsen Allmänna Barnhuset ytterligare regeringsmedel för fortsatt samordning av Skolfam samt för att stärka barnets delaktighet i arbetet. År 2021 fick Stiftelsen Allmänna Barnhuset ytterligare regeringsmedel för spridning av bland annat Skolfam. Regeringen lyfter i bakgrunden till sitt beslut att Skolfam är vetenskapligt utvärderat och ger små effekter på kort sikt och större effekter på långt sikt

I Skolfam samverkar tre aktörer, skola, socialtjänst och familjehem för att möjliggöra att grundskoleelever i familjehem utvecklas optimalt och når så bra resultat i skolan som möjligt. Arbetsmodellen

³⁰ Statens institutionsstyrelse, SiS, *Samverkan för obruten skolgång*: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/skolverksamhet/sisam---samverkan-for-obruten-skolgang/> (hämtad 2023-05-28).

³¹ Specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM, *Studiepaket placerade barn*: <https://www.spsm.se/valkommen-till-studiepaketets-samverkan-kring-placerade-barn-och-ungas-skolgang/> (hämtad 2023-09-05).

bygger på att kartlägga elevers förutsättningar för skolresultat, med såväl sociala omständigheter, som med psykologiska och pedagogiska testinstrument. Utifrån kartläggningen kan skolan erbjuda ett individanpassat stöd med utmaningar i rätt nivå åt elever som bor i familjehem. Fram till augusti 2022 var Skolfam verksamt i 33³² svenska kommuner och involverat 1 675 barn, varav 414 har fått Skolfam hela vägen till slutet av grundskolan. 779 barn var 2022 aktuella i insats i någon av de 21 kommuner som då arbetade med modellen.³³

Skolfam är en av de mest utforskade insatserna som finns inom den sociala barnvården. Från lokala utvärderingar av tidsavgränsade projekt, till effektutvärdering med kontrollgrupp. Effektstudien visade att Skolfam medför förbättringar av perceptuell förmåga, allmän kognitiv förmåga och läsförmåga bland barn i familjehem, men att effekterna var mycket små och i flera fall inte statistiskt signifikanta. Ytterligare två studier som genomfördes genom kartläggningsdata från Skolfam drog slutsatsen att Skolfam ger en låg till medelgod effekt i högre exekutiv funktion efter de två första åren av insatsen, men ingen mätbar effekt i känslomässigt påverkad funktion som exempelvis adaptiva färdigheter, eller exekutiv funktion på en lägre nivå, exempelvis avkodning av text.³⁴ Av de totalt 414 barn som fått insatsen Skolfam och som hittills har slutat grundskolan har 76 procent behörighet till åtminstone gymnasieskolans yrkesförberedande program direkt vid examen årskurs 9.³⁵

Letter box Club Sverige

Letterbox Club är hämtat från Storbritannien och testades först i Sverige 2014. 2020 genomfördes den tredje omgången av Letterbox Club Sverige med cirka 550 barn från 28 kommuner. Stiftelsen Allmänna Barnhuset är nationell samordnare för Letterbox Club Sverige.³⁶

Letterbox Club är en intervention som bedrivs i hemmen med målet att öka barnens kunskaper, stimulera lärande samt att gynna ett positivt samspel mellan barn och vuxna i hemmet. Målgruppen är

³² Stiftelsen Allmänna Barnhuset har till utredningen uppgett att detta är det totala antalet kommuner som någon gång haft Skolfam.

³³ Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2022.) *Skolfam 2022 – En arbetsmodell som hjälper barn i familjehem att lyckas i skola* s. 4.

³⁴ Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2022 s. 20.

³⁵ Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2022 s. 12.

³⁶ Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2021 s. 7.

barn som lever i socialt utsatta livssituationer, främst barn i familjehem och i familjer med långvarigt försörjningsstöd. Barnen får ett paket i månaden via post och en omgång pågår i sex månader. Varje paket innehåller en skönlitterär bok, en faktabok, ett eller flera spel som tränar matematik och räkneförmåga, samt brev från författare, och diverse skrivmaterial. I Sverige finns paketen för närvarande från förskoleklass och upp till årskurs 5.³⁷ Letterbox Club är utvärderat i många vetenskapliga studier. De studier som hittills gjorts i Letterbox Club Sverige har genomsnittligt visat på positiva resultat, men svaga sådana. För att veta mer om effekterna krävs mer omfattande utvärderingar och studier, med fler deltagande barn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset har konstaterat att Letterbox Club Sverige som enskild insats inte löser problemet med att barn i utsatta situationer har bristande skolresultat. Däremot är det av de allra flesta en uppskattad insats utan några direkta risker som skaparglädje, nyfikenhet och lust till lärande hos många av de barn som deltagit.³⁸

Paired Reading

Paired Reading (parläsning) har syftet att förbättra läsförmågan hos familjehemsplacerade barn och är en enkel metod som bygger på att familjehemsföräldrar utbildas i att läsa med barnen utifrån en strukturerad metodik 20 minuter/dag. 2013 genomfördes en svensk studie av metoden som visade resultaten att barnens läsfärdigheter förbättrades i genomsnitt som om de hade gått i skola sju extra månader, även förbättringar inom ordförråd var signifikanta. Studiens slutsats var att Paired Reading är ett genomförbart lässtödsprogram för familjehemsplacerade barn som förbättrar läsförmågan hos barn i årskurs 2–6.³⁹

Tutoring

En litteratursökning av forskningsrapporter som beskriver interventioner med syfte att förbättra skolresultat för barn i samhällsvård som genomfördes 2013 visade endast elva relevanta studier i hela världen, av de redovisade nio positiva resultat i någon form. Den metodik

³⁷ Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2021 s. 6.

³⁸ Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2021 s. 32.

³⁹ Tideman, E., Sallnäs, M., Vinnerljung, B. och Hilma Forsman (2013) *Paired Reading – Ett försök i sju kommuner med lästräning för familjehemsplacerade barn* s. 6.

som visade bäst resultat och hade gjorts med de i sammanhanget bästa vetenskapliga utvärderingsmetoderna, var olika former av en-till-en-undervisning, så kallad ”tutoring”.⁴⁰

Tutoring är en benämning på när någon med kunskaper tränar en elev inom något som eleven behöver träna på. Den här typen av undervisning kan vara mycket mer effektiv jämfört med gruppundervisning i ordinarie skola. I synnerhet om eleven har svårt att fokusera i närvaro av andra elever, eller har specifika kunskapsluckor eller svårigheter som kräver individuell anpassning av pedagogiken. Tutoring är en relativt resurskrävande metod, men det finns nyare exempel på digitala tutors som med AI kan anpassa utmaningen till exakt det som eleven har svårigheter med och för en mindre kostnad.⁴¹ Det är dock en metod som ännu inte har utvärderats i Sverige.

10.5 Utredningens förslag och överväganden

Som tidigare nämnt är alltså barn och unga som är i samhällets vårds låga utbildningsresultat väl kända och har vart konstanta över lång tid. Problemet har visserligen adresserats i tidigare statliga utredningar, men de förbättringsförslag och åtgärder som framförts har varit förhållandevis försiktiga och främst handlat om uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram kunskaps- och stödmaterial för att stärka det tvärprofessionella samarbetet mellan skolan och socialtjänsten⁴²

Placerade barns utbildning är ett område där det, till skillnad mot i många andra delar av samhällsvården, är väl dokumenterat hur resultaten ser ut. Dessutom visar forskning att goda skolresultat är en mycket viktig, om inte den viktigaste skyddsfaktorn för barn i samhällsvård och det finns även kunskap om vad skolan behöver göra för att stödja barn i att nå sina mål. Samhället har alltså mycket att vinna på att vidta åtgärder för att åstadkomma en förbättring av placerade barns skolresultat.

⁴⁰ Forsman H. och Vinnerljung B. (2012). Interventions Aiming to Improve School Achievements of Children in Out-of-home Care: A Scoping Review. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(6):1084–91. DOI: 10.1016/j.childyouth.2012.01.037.

⁴¹ Tordön 2021 s. 33.

⁴² SOU 2009:68 s. 35 och SOU 2015:71 s. 57.

10.5.1 Socialnämnden ska underrätta ansvarig nämnd om behov av skolplats

Förslag: En underrättelseskyldighet införs i en ny paragraf, 11 kap. 3 b SoL. Enligt förslaget ska socialnämnden snarast men senast inom en vecka från det att vård har inletts i ett familjehem, i ett stödboende eller i ett hem för vård eller boende, underrätta ansvarig nämnd som fullgör uppgifter enligt skollagen (2010:800) om att en elev som omfattas av skolplikt enligt 7 kap. skollagen har behov av utbildningsplats. Underrättelse behöver inte ske om sådan är uppenbart obehövlig.

Särskilt för barn och unga som är placerade i HVB har det framkommit att det inte sällan förekommer att de får vänta länge på att börja i en ny skola när de placeras. Det kan dröja veckor eller månader innan det sker. Oftast verkar det bero på att socialnämnden eller HVB-verksamheten prioriterat att barnet eller ungdomen får vänja sig vid sin nya placering, fokusera på andra aktiviteter som till exempel behandling eller att bara få vila ut. Intentionen är god, men samtidigt visar kunskap att en väl fungerande skolgång är nyckeln till en lyckad placering och en av de viktigaste skyddsfaktorerna. För att ytterligare markera att en väl fungerande skolgång ska vara prioritet för kommunen anser utredningen att en skyldighet för socialnämnden att underrätta ansvarig nämnd om behovet av en skolplats så snart som möjligt, men senast en vecka efter att vården har inletts.

Underrättelseskyldigheten föreslås gälla vid varje placering vid ett familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende. En underrättelse behöver inte ske om den är uppenbart obehövlig, exempelvis om barnet inte behöver byta skola eller om det står klart för socialnämnden att utbildningsplats är ordnad. Bestämmelsen är sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

10.5.2 Obligatorisk kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård

Förslag: En bestämmelse införs i 3 kap. 12 § skollagen. Bestämmelsen reglerar att det ska göras en särskild kunskapsbedömning i samband med att vård av barn och unga under 21 år inleds med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller när vård inleds utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453). En sådan bedömning ska också göras för dessa barn och unga i samband med att skolplikten inträder och vid byte av skolenhet. Bedömningen ska dokumenteras.

Om det efter en sådan bedömning kan befaras att eleven inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som gäller för den aktuella skolformen, ska det skyndsamt planeras sådant stöd som anges i 5 § eller göras en anmälan till rektorn enligt 7 §.

Det behöver inte göras någon särskild bedömning om förutsättningarna i 5 eller 7 § redan är uppfyllda. Det ska i så fall skyndsamt planeras sådant stöd som anges i 5 § eller göras en anmälan till rektorn enligt 7 §.

Samråd med personal med specialpedagogisk kompetens ska ske vid den särskilda kunskapsbedömningen. Det ska framgå av 3 kap. 4 a § skollagen.

Skolverket och SPSM bör ges i uppdrag av regeringen att ta fram allmänna råd och stödmaterial för en sådan bedömning.

Trots att det finns en rikhaltig reglering i skollagen av både individuell utvecklingsplan, studieplan och stöd av olika former har barn och unga i samhällsvård fortfarande mycket svaga skolresultat jämfört med andra barn och unga (se avsnitt 10.3.1).

Utredningen Barns och ungas rätt vid tvångsvård bedömde att den då nyinförda skollagen ger förutsättningar för att placerade barn och unga ska få det stöd de behöver i skolsituationen och uttryckte hoppfullhet till att även de lagändringar som trädde i kraft 2015 i syfte att säkerställa att elever som vistas i ett HVB ska få undervisning inom skolväsendet skulle förbättra skolsituationen för placerade barn och unga.⁴³ Den nya skollagen har nu funnits i ett decennium men

⁴³ SOU 2015:71 s. 762.

ändå konstaterade nyligen utredningen Bättre möjligheter att nå kunskapskraven att det är alltför många elever som inte får de extra anpassningar och det särskilda stöd som de är i behov av. Till exempel uppmärksammas inte alltid elevernas stödbehov, stödet de får räcker inte till, utredningar av elevers behov av särskilt stöd tar lång tid och stödet dröjer för länge.⁴⁴ Det finns inga uppgifter om hur många barn och unga i samhällsvård som får extra anpassningar eller särskilt stöd men det finns inget som talar för att situationen är bättre för dem än för andra barn eller unga, snarare tvärtom sett till deras skolresultat.

Ett problem som lyfts av skolrepresentanter till utredningen är att det är vanligt att det saknas dokumentation och övrig information om barnets tidigare skolgång när ett barn placeras i samhällsvård. Det medför svårigheter för den mottagande skolan att veta hur barnets eventuella stödbehov ser ut och det är inte ovanligt att barnet redan omplaceras igen innan skolan hinner uppmärksamma att barnet har behov av extra anpassningar eller särskilt stöd. Det förekommer även att skolan inte får veta att barnet eller den unge är i samhällsvård alls, eller får kännedom om det först efter lång tid och är därmed omedvetna om att barnet eller den unge med stor sannolikhet har behov av stöd för sin skolgång.

Eftersom elever som klarar sig dåligt i skolan är en högriskgrupp för flera psykosociala problem, till exempel självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet och tonårsföräldraskap och barn och unga i samhällsvård har betydligt sämre skolresultat än andra barn anser utredningen att det är av största vikt att alla barn och unga i samhällsvård så tidigt som möjligt får del av åtgärder som kan leda till behörighet till gymnasieskolan.

Utredningen anser därför att skolan ska genomföra en särskild kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård så tidigt som möjligt. För att säkerställa att barnet eller den unge fortsätter att få det stöd i skolgången som det behöver även vid byte av skola eller skolgång föreslår utredningen att en sådan bedömning både ska göras när vården inleds, vid byte av skolenhet och när skolplikten inträder om barnet eller den unge placeras innan dess. Om vården inleds innan barnet har börjat i skolan ska en sådan bedömning genomföras när skolplikten träder i kraft. På detta vis kan man snabbare sätta in stöd

⁴⁴ SOU 2021:11 s. 333 f.

till barn och unga och säkerställa att de inte faller mellan stolarna vid byte av skolenhet eller skolform.

Syftet med bedömningen är att förebygga att eventuella kunskapsluckor och särskilda behov av stöd missas eller tar för lång tid att uppmärksamma så att barnet eller den unge vid behov skyndsamt ska ges extra anpassningar eller utredas för särskilt stöd.

En sådan kunskapsbedömning behöver dokumenteras så att den följer med barnet vid eventuella skolbyten (se 3 kap. 12 j § skollagen) för att underlätta för barnet under hela dess skolgång. Enligt bestämmelser i 29 kap. 10 § skollagen ska förvaltningslagens bestämmelser om bland annat anteckning av uppgifter tillämpas i ärenden som rör myndighetsutövning. Det gäller även för enskilda huvudmän i exempelvis ärenden om särskilt stöd.⁴⁵ Eftersom den föreslagna kunskapsbedömningen inte alltid kommer att initiera ärenden och inte i sig utgör ett stöd så behövs en särskild bestämmelse om dokumentation för att säkerställa att bedömningen alltid dokumenteras.

För att bedömningen ska tjäna sitt syfte fullt ut är det av stor betydelse att den utförs skyndsamt, det vill säga så snart det kan ske efter att barnet eller den unge placerats, bytt skolenhet eller skolplikten inträder.

För att säkerställa att den särskilda kunskapsbedömningen blir så bra som möjligt ska den som ansvarar för den särskilda kunskapsbedömningen samråda med personal med specialpedagogisk kompetens om den ansvarige inte själv har sådan kompetens. Utredningen föreslår därför att ett tillägg om det görs i en fjärde punkt i 3 kap. 4 a § första stycket skollagen.

Utredningens överväganden

Bestämmelsen påminner i sin utformning om bestämmelsen om garanti för tidiga stödinsatser i förskoleklassen och lågstadiet som finns för alla barn i 3 kap. 4 § skollagen, men skiljer sig både när det gäller när den ska genomföras och att den inte bara ska göras för svenska och matematik. Utredningens bedömning är att den nämnda garantin som finns i dag inte är tillräcklig för placerade barn och ungas behov. Dels innebär garantin att en bedömning av kunskaper i förskolan eller lågstadiet endast görs om det finns en indikation på att eleven

⁴⁵ Prop. 2009/10:165 s. 928.

inte kommer att uppfylla kriterierna för bedömning av kunskaper i svenska och matematik. Som nämnt kan barn och unga i samhällsvård behöva byta skola ofta och med kort varsel och i alla åldrar och det är därför mycket svårare för skolan att bli varse om de särskilda behov som barnet eller den unge kan ha. Utredningen menar att för att säkerställa en väl fungerande skolgång för barn och unga i samhällsvård är det nödvändigt att införa en särskild garanti för dem som innebär att en kunskapsbedömning ska genomföra oavsett om skolan har fått en indikation på att de kanske inte kommer att nå målen eller ej. Den särskilda bedömning som utredningen föreslår för barn och unga i samhällsvård ska vidare göras i alla ämnen, inte bara i svenska och matematik som i nuvarande 3 kap. 4 § skollagen.

Utredningen gör bedömningen att varken nämnd bestämmelse i 3 kap. 4 § skollagen eller bestämmelsen om att om det framkommer att det kan befaras att en elev inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen (3 kap. 5 § skollagen) är tillräcklig och att utredningen förslag därför inte är en dubbelreglering.

Endast att socialnämnden underrättar rektor om att barnet eller den unge är i samhällsvård som föreslås i avsnitt 10.5.3 är heller inte tillräckligt eftersom det i dag inte framgår i skollagen att det i sig är en indikator på att eleven inte kommer att uppfylla betygskriterier eller kriterierna för bedömning av kunskaper som gäller för den aktuella skolformen. Utredningen anser att skolan behöver arbeta annorlunda med barn och unga i samhällsvård i alla fall initialt än vad som anges i gällande regelverk för andra elever.

Socialnämnden ansvarar för att verka för att barn och unga i samhällsvård får utbildning, men saknar den pedagogiska kompetens som krävs för att bedöma om barnet eller den unge har behov av extra anpassningar eller särskilt stöd för utbildningen. Socialnämndens utredning enligt 11 kap. 1 § SoL är därför inte tillräcklig.

Förslaget kan jämföras med den hälsoundersökning som barn och unga enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ska få av regionen. Även där har regeringen sett ett behov av att barn och unga i samhällsvård hälsoundersöks rutinmässigt oavsett om man har uppmärksammat hälso-
behov eller inte.

Åtgärder mot mobbning

Mobbning är en form av kränkande behandling som skolan har ett tydligt ansvar för att arbeta mot. Resultaten från Skolbarns hälsovanor pekar på att skolan mer aktivt måste uppmärksamma risker för mobbning i skolan av placerade barn och unga. Mobbning påverkar i första hand barnens och de ungas hälsa och utveckling negativt, men kan också leda till ökad skolfrånvaro och därmed sämre skolresultat. Utredningens förslag om utredningar av behov av extra anpassningar och särskilt stöd ökar skolans förutsättningar att tidigt uppmärksamma placerade barns och ungas skolsituation, inklusive åtgärder mot mobbning och annan kränkande behandling.

Uppdrag till Skolverket och SPSM

Utredningen anser att regeringen bör ge Skolverket och SPSM i uppdrag att ta fram, stöd i lämpliga former för tillämpningen av bestämmelsen om kunskapsbedömningar av elever som också är i samhällsvård för barn och unga.

10.5.3 Skyldighet för socialnämnden att underrätta rektor om behov av bedömning

Förslag: En bestämmelse om att socialnämnden ska underrätta rektor vid behov av en bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen om det inte är uppenbart obehövt införs i 11 kap. 3 b § SoL.

För att skolan ska kunna genomföra den skyldighet som utredningen föreslår om att en kunskapsbedömning obligatoriskt ska genomföras för barn och unga i samhällsvård så måste socialnämnden underrätta skolan om att behov av en sådan bedömning finns. Utredningen föreslår därför att socialnämnden ska, underrätta rektor om behovet av en sådan bedömning om det inte är uppenbart obehövt. Det kan exempelvis vara uppenbart obehövt att underrätta rektor i situationer när socialnämnden har kännedom om att extra anpassningar enligt 3 kap. 5 § skollagen eller särskilt stöd enligt 3 kap. 7 § skollagen redan pågår.

Socialtjänsten har i dag ett ansvar för att verka för att placerade barn får lämplig utbildning (se 6 kap. 7 § SoL) och att noga följa vården av placerade barn och unga och då särskilt uppmärksamma bland annat den unges skolgång (6 kap. 7 b § SoL och 13 a § LVU). Utredningen föreslår i linje med dessa bestämmelser att socialnämnden åläggs att underrätta skolan om att det finns behov av en bedömning enligt den föreslagna lagen.

Socialnämnden ska underrätta rektor på den skola som barnet eller den unge ska gå på om behovet av bedömningen. Även om barnet inte byter skola vid placeringen ska en sådan bedömning av kunskaper genomföras eftersom det är vanligt att barn som är i behov av att vårdas utanför det egna hemmet ofta inte har fått sina behov när det gäller utbildning tillgodosedda.

10.5.4 Hälsobesök för barn och unga i samhällsvård

Förslag: En bestämmelse införs i 2 kap. 27 a § skollagen om att utöver vad som anges i 27 § ska hälsobesök erbjudas vid behov i samband med att vård av barn och unga under 21 år inleds med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller när vård inleds utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453).

Den som är huvudman inom skolväsendet måste se till att det finns elevhälsa för varje elev i angivna skolformer.⁴⁶ Vilka som är huvudmän inom skolväsendet anges i 2 kap. 2 § skollagen. Varje elev i grundskolan, anpassade grundskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden. Eleven ska dessutom mellan hälsobesöken erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller. Varje elev i gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan ska erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll (2 kap. 27 § skollagen).

Syftet med hälsobesök är att identifiera oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, men kan även ses som en särskild arbetsform med både hälsoövervakande och hälso-

⁴⁶ Se prop. 2009/10:165 s. 656.

främjande funktioner. I hälsobesöken ingår att bedöma elevens allmänna hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inläring. Målet är att tidigt upptäcka elever i behov av stöd eller insatser i något avseende genom att snabbt identifiera tecken på ohälsa och utvecklingsavvikelser eller riskfaktorer som kan ha betydelse för den fortsatta hälsan och utvecklingen. Hälsobesöket innehåller undersökningar för att upptäcka tillväxtavvikelser, syn- eller hörselnedsättningar och ryggdeformitet (skolios). Utöver hälsoundersökningarna innehåller hälsobesöket även hälsosamtal där eleven får en möjlighet att samtala om sin hälsa och skolsituation med en professionell neutral vuxen. De återkommande besöken ger skolsköterskan en möjlighet att bygga upp en relation till varje enskild elev som kan vara en viktig grund för senare besök om eleven upplever problem eller svårigheter. De enskilda hälsobesöken kan också ge tillfälle för individuell hälsovägledning.⁴⁷ Även i arbetet med att upptäcka risker för mobbning kan hälsobesöken ha betydelse.

I förarbetena till lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet pekade regeringen på att många placerade barn och unga inte fått ta del av den allmänna hälsovård som är till för alla barn trots att de erbjuds hälsobesök enligt reglerna 2 kap. 27 § skollagen. Den nya lagen infördes som en åtgärd för att säkerställa att barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ska erbjudas en hälsoundersökning i syfte att förebygga ohälsa.⁴⁸ Bestämmelserna om hälsoundersökning i samband med placering ersätter således inte skollagens bestämmelser om hälsobesök. Tvärtom utgår bestämmelserna om hälsoundersökningar vid placering från att skolan erbjuder hälsobesök också till placerade barn och unga och att det som framkommer vid hälsobesöken används som ett underlag för skolans arbete.

Eftersom det varierar från skola till skola när hälsobesöken genomförs och barn och unga i samhällsvård byter skola i mycket högre utsträckning än andra barn och unga finns det en överhängande risk att de faller mellan stolarna och inte får de hälsobesök som de har rätt till. Utredningen anser därför att det även behöver säkerställas att barn och unga erbjuds hälsobesök när samhällsvården inleds om det finns behov för det. Därmed föreslås att hälsobesök ska erbjudas vid behov i samband med att vård av barn och unga under 21 år inleds

⁴⁷ Socialstyrelsen och Skolverket (2016). *Vägledning för elevhälsan* s. 127 f.

⁴⁸ Prop. 2016/17:59 s. 30 och 32.

med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller när vård inleds utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453). Det innebär att den som ansvarar för elevhälsan, huvudmannen för skolan, behöver se till att det tas reda på om barnet eller den unge har fått de hälsobesök de har rätt till och erbjuda ett sådant vid behov. Att barn och unga ska erbjudas en hälsoundersökning av regionen enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet innebär inte att barn och unga ska ha mindre rätt till hälsobesök i skolan än andra barn och unga har.

10.5.5 Möjlighet till kompletterande utbildning

Förslag: Socialtjänstförordningen 3 kap. 7 § justeras till att den som vårdas i ett familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende och vars skolplikt har upphört och som inte får utbildning i gymnasieskolan eller anpassade gymnasieskolan bör vid behov ges möjlighet till kompletterande utbildning. I annat fall bör möjlighet ges till sådan arbetsträning som ökar möjligheterna till att få anställning eller yrkesutbildning.

Enligt 3 kap. 7 § SoF bör den som vårdas i ett familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende och vars skolplikt har upphört vid behov ges möjlighet till kompletterande undervisning och lämplig yrkesutbildning. I varje fall bör han eller hon ges möjlighet till sådan arbetsträning eller annan grundläggande yrkesträning som underlättar för honom eller henne att få anställning eller fortsatt yrkesutbildning.

Denna bestämmelse utgår, enligt utredningens uppfattning, från ett delvis föräldrat perspektiv på utbildning sedan skolplikten upphört. I dag genomgår de allra flesta ungdomar gymnasieskolan, vilket i regel förväntas för möjligheter till förvärvsarbete och annan utbildning. Utredningen har dock tidigare i detta kapitel beskrivit låga förväntningar på skolresultaten hos barn och unga i samhällsvård som en risk för deras utbildning. Det är därför olyckligt att bestämmelsen ger uttryck för en lägre ställd förväntan på barn och unga i samhällsvård. Sedan skolplikten upphört ska de i första hand erbjudas förutsättningar att genomgå en gymnasieutbildning eller att vid behov kom-

plettera grundskolebetygen så att de får gymnasiebehörighet. Det hindrar inte att annan utbildning för exempelvis ett visst yrke kan vara ett alternativ i vissa situationer, till exempel som en del av vården i ett HVB och i anslutning till utslussning från HVB.

Utredningen föreslår att bestämmelsen i 3 kap. 7 § SoF justeras till att den som vårdas i ett familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende och vars skolplikt har upphört och som inte får utbildning i gymnasieskolan eller anpassade gymnasieskolan bör vid behov ges möjlighet till kompletterande utbildning. I annat fall bör möjlighet ges till sådan arbetsträning som ökar möjligheterna till att få anställning eller yrkesutbildning.

10.5.6 Regeringsuppdrag för utvecklings- och implementeringsinsatser av SAMS

Förslag: Regeringen bör ge i uppdrag till Socialstyrelsen, Skolverket, SPSM och SiS att arbeta med att utveckla och vidare implementera SAMS och SiSam.

Samverkan förskola och socialtjänst (SAMS) bygger på gällande lagstiftning men används fortfarande i liten utsträckning av kommunerna. SOS Barnbyar uppger i en rapport om kommunernas stöd till barn och unga i samhällsvård att bara fem av de totalt 105 kommunerna som svarat på enkäten anger att de arbetar med SAMS.⁴⁹

Implementering är en grundförutsättning för att lagändringar och utvecklingsarbeten ska få effekt. Utredningen föreslår därför att regeringen ger i uppdrag till Socialstyrelsen, Skolverket, SPSM och SiS att arbeta med att vidareutveckla och implementera SAMS och SiSam för att öka skolans och socialnämndens kunskaper om hur man ska arbeta med placerade barns skolgång. Arbetet bör pågå i minst 3 år.

⁴⁹ SOS Barnbyar (2022). *Hur bra förälder är kommunen? En granskning av stödet till unga i sambällets vård* s. 7.

10.5.7 Överenskommelse med SKR för att testa och sprida arbetssätt för att förbättra barn och unga i samhällsvårds skolresultat

Förslag: Regeringen bör ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om ett utvecklingsarbete i kommunerna för att testa och sprida arbetssätt som leder till att förbättra barn och unga i samhällsvårds skolresultat.

Regeringen föreslås ingå en överenskommelse med SKR om att testa och sprida olika arbetssätt som leder till att förbättra placerade barn och ungas skolresultat. Arbetssätten kan till exempel handla om att anställa särskilda skolsamordnare eller skolpedagoger i socialtjänsten eller att testa användandet av olika digitala verktyg.

Det finns i dag inte tillräcklig kunskap om hur olika metoder, arbetssätt och verktyg bäst kan användas och vilka resultat det ger när det handlar om att förbättra placerade barn och ungas skolresultat i Sverige. Inga av de satsningar eller utvecklingsarbeten som har gjorts hittills har haft några övergripande effekter nationellt för barn och unga i samhällsvård.

Utredningen har övervägt ett breddinförande av Skolfam. Som tidigare nämnt finns det dock implementeringsproblem avseende Skolfam att ta hänsyn till. Skolfam är en omfattande insats som kräver omfattande resurser både från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Modellen ges i dag till ett ytterst begränsat antal barn i landet, och endast till barn som är placerade i familjehem och går i grundskolan. Användandet av Skolfam har minskat de senaste åren trots satsningar från regeringen på implementeringen (se avsnitt 10.4.1). Utredningen bedömer därför att modellen är värdefull för de barn i familjehem som får den, men att även andra metoder och verktyg behöver testas och utvärderas för att kunna förbättra skolresultaten för samtliga barn och unga i samhällsvård.

Utvecklingsarbetet med att utveckla och testa arbetssätt skulle till exempel kunna gälla att testa om delar av Skolfam skulle kunna användas mer systematiskt för alla barn och unga i samhällsvård och om hur man skulle kunna främja kommunsamverkan för att underlätta användandet av Skolfam. Även andra nya och internationellt prövade metoder och arbetssätt med lovande resultat som till exempel digital Tutoring skulle behöva testas i Sverige. De metoder som

visar sig vara framgångsrika efter några års utvärdering skulle sedan behöva spridas brett till alla kommuner. Till det kommer behovet av att bygga upp kunskap om organisatoriska lösningar såsom skolsamordnare och skolpedagoger i socialtjänsten. Detta är något som har börjat testas och användas i flera kommuner med goda resultat men som behöver utvärderas och spridas ytterligare.

Utvecklingsarbetet bör inledas med en förstudie och inhämtande av kunskap från bland annat Skolverket, Socialstyrelsen, SPSM, Skolforskningsinstitutet, SBU och Stiftelsen Allmänna Barnhuset, samt en ordentlig kartläggning av olika typer av insatser (metoder, verktyg, arbetssätt, organisation med mera).

SKR ska samarbeta med ett antal kommuner, Socialstyrelsen, Skolverket, SPSM, barnrättsorganisationer och andra relevanta myndigheter i utvecklingsarbetet.

10.5.8 Utredningens övriga förslag som påverkar barn och unga i samhällsvårds utbildning

Utredningen har ytterligare förslag som påverkar utbildningen för barn och unga i samhällsvård men de beskrivs i andra kapitel. Det handlar främst om följande förslag:

Socialnämnden ska ta hänsyn till skolgången vid beslut om var barnet eller den unge ska vistas under vårdtiden

Kunskap visar att sammanbrott och instabila placeringar påverkar skolgången negativt. Barn och unga vittnar om att de tvingas byta skola och många gånger mitt i terminen. Utredningen anser att skolsituationen bör vara en viktig faktor att ta hänsyn till vid socialnämndens beslut om var barnet eller den unge ska vistas (se utredningens förslag i avsnitt 5.5.4).

Skyldighet för socialnämnden att följa upp om kunskapsbedömning har genomförts

För att säkerställa att barn och unga i samhällsvård faktiskt får den bedömning som utredningen föreslår inför utredningen även en bestämmelse om att socialnämnden vid det första övervägandet särskilt ska

följa upp om en bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen (2010:800.) har utförts. Eftersom bestämmelsen även inkluderar att följa upp om en hälsoundersökning har genomförts redovisas förslaget för i sin helhet i avsnitt 5.5.7.

Krav på kontaktperson för utbildningsfrågor på HVB

Utredningen anser att föreståndare vid varje hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska utse en eller flera personer som ska samordna det dagliga arbetet med att medverka till att barn och unga får det stöd i kontakter med hälso- och sjukvård och skola som de behöver. I avsnitt 8.7.1 föreslår utredningen att en ny bestämmelse om detta införs i socialtjänstförordningen.

Tydliggöra socialnämndens ansvar att följa upp utbildningsresultat

Socialnämnden har i dag ett ansvar att följa upp placerade barn och ungas skolgång. Det saknas dock förtydliganden kring att det är skolresultaten inte hur barnet eller den unge har det i skolan som är viktiga för barnets framtid och utveckling. Därför följer socialnämnden ofta bara upp om barnet eller den unge går till skolan och trivs, inte om barnet eller den unge faktiskt får rätt förutsättningar och stöd för att få godkända studieresultat (se utredningens förslag angående detta i avsnitt 5.5.6).

Införa uppföljning av placerade barn och ungas skolresultat i den lokala och nationella uppföljningsstrukturen

I dag saknas tillräcklig kunskap om hur placerade barn och ungas skolresultat ser ut kopplat till olika placeringsformer, kommuner, åldrar med mera. Vi behöver öka kunskapen och fokus på placerade barn och ungas skolresultat genom att följa upp och tillgängliggöra fakta både lokalt och nationellt för att kunna sätta in rätt stödsatser för att förbättra resultaten (se utredningens förslag angående detta i avsnitt 4.4.4).

11 Fortsatt samhällsvård efter 18 års ålder och stöd efter samhällsvård

11.1 Utredningens uppdrag

11.1.1 Skyldighet att erbjuda fortsatt placering till unga som fyllt 18 men inte 21 år

Enligt direktivet ska utredningen ta ställning till om socialnämnden ska vara skyldig att fortsatt erbjuda familjehemsplacering till den som har fyllt 18 men inte 21 år och som går i skolan. I direktiven anges vidare följande. Bestämmelsen i 6 kap. 1 § SoL om att socialnämnden ska sörja för att den som behöver bo i ett annat hem än det egna tas emot i till exempel ett familjehem är tillämplig oavsett ålder på den som har detta behov. Någon skyldighet att, oavsett behov, erbjuda en ung person som fyllt 18 år men inte 21 år fortsatt placering i familjehem om den unge fortfarande studerar på gymnasiet finns inte. Vårdnadshavare har, om barnet fortfarande går i skolan vid 18 års ålder, försörjningsplikt under den tid skolgången pågår, dock längst till dess att barnet eller den unge fyller 21 år. Det är viktigt att unga som fortfarande går i skolan har en trygg situation. Riksdagen delar denna inställning och har tillkännagett att regeringen bör se över frågan om en skyldighet för socialnämnden att fortsätta erbjuda en familjehemsplacering för barn mellan 18 och 21 år som fortfarande går i gymnasiet (bet. 2020/21:SoU19 s. 30).

11.1.2 Förstärkning av stöd till barn, unga och vårdnadshavare efter att placering har upphört

Utredningen ska vidare analysera hur stödet till barn, unga och vårdnadshavare kan stärkas efter det att en placering utanför det egna hemmet upphört, ta ställning till hur innehållet i stödet till barn och unga kan utformas för att tillgodose barns och ungas behov, ta ställning till hur unga kan ges praktiskt stöd och förmedlas vardagliga kunskaper i övergången till ett självständigt liv efter avslutad placering, och föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

11.2 Lägesbeskrivning

SBU skrev 2020 en rapport om socialnämndens stöd till unga vuxna som ska avsluta samhällsvård och om stödet kan öka möjligheten till ett gott vuxenliv. Enligt rapporten har barn och unga som varit långvarigt placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) ökad risk för ett flertal negativa tillstånd som vuxna såsom självmord, allvarlig psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet hemlöshet, arbetslöshet och bidragsberoende. Enligt SBU visar svenska studier att barn som varit i samhällsvård har 5–10 gånger högre relativ risk för en rad allvarliga tillstånd i 20–30-årsåldern än barn som inte fått insatser av socialtjänsten.

Ett exempel presenteras i tabellen där 6 912 långtidsplacerade barn jämförs med 899 945 barn som inte fått insatser från socialtjänsten före 18 års ålder. Den relativa risken var mellan 4 och 10 gånger högre för de familjehemsplacerade barnen. Enligt SBU är faktorer som forskning visat gör att risken ökar, är att ha erfarenhet av många placeringar och minoritetsstatus, medan en viktig skyddsfaktor är att vara placerad i nätverkshem och att vara kvinna.

Tabell 11.1 Relativ risk för ogynnsamma utfall för långvarigt familjehemsplacerade barn vid 26 års ålder (jämfört med barn som inte fått insatser från socialtjänsten före 18 års ålder)

Ogynnsamma utfall	Relativ risk
Själv mord	6,4
Själv mordsförsök	6,2
Allvarlig psykisk ohälsa	5,0
Narkotikamissbruk	6,8
Alkoholmissbruk	4,9
Allvarlig kriminalitet	7,5
Att bli tonårsförälder	3,8
Bidragsberoende	9,8

Källa: SBU (2020) Stöd till unga som ska flytta från placering i social dygnsvård. Bygger på Socialstyrelsens Socialrapport 2010.

Enligt SBU:s rapport upplever unga som lämnar samhällsvård övergången till vuxenlivet annorlunda än unga som inte har varit i samhällsvård. Medan unga vuxna som växer upp tillsammans med föräldrarna förlitar sig på ekonomiskt och känslomässigt stöd från sin familj får dessa unga litet eller inget stöd från familjen, något som ökar risken för flera olika problem.¹

Forskning har visat att viktiga faktorer för att motverka detta är att barnen och de unga under sin placering ges stöd runt bland annat hälsa och skolgång, samt stöd och hjälp i övergången från heldygnsvård till självständigt boende.² De flesta långvariga placeringar av barn och unga avslutas antingen i samband med 18-årsdagen eller i samband med att den unge avslutar gymnasiet. Övergången från ung till vuxen inträffar därmed tidigare jämfört med barn som inte är i samhällsvård. Sammantaget innebär detta att barn och unga som lämnar heldygnsvården för att flytta till självständigt boende ofta har större behov i samband med övergången än sina jämnåriga kamrater.³

Socialstyrelsen rapporterade 2012 att både antalet och andelen 25-åringar i befolkningen utan aktivitet hade ökat under perioden 2000–2010. Av gruppen unga under 25 år som varit utan aktivitet under de senaste två åren var de som tidigare varit i samhällsvård över-

¹ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU 2020 s. 7.

² Höjer, I. & Sjöblom, Y. (2011). Procedures when young people leave care – Views of 111 Swedish social services managers. I *Children and Youth Services Review*, Volume 33 December 2011.

³ Storö, J., Sjöblom, Y. & Höjer, I. (2019) A comparison of state support for young people leaving care in Norway and Sweden: Differences within comparable welfare systems. *Child and family social work volume 24*, issue 3.

representerade. Antalet 25-åringar utan aktivitet under de senaste två åren och som tidigare hade varit placerade hade dessutom ökat med 89 procent under perioden 2000–2010. Även andelen hade ökat kraftigt.

Samma sak gällde för ekonomiskt bistånd, av alla unga vuxna som var i behov av ekonomiskt bistånd hade en tiondel varit i samhällsvård som barn. Av de unga vuxna mellan 18–24 år i befolkningen som fick ekonomiskt bistånd under 2011 hade 11 procent varit placerade i HVB inom barn- och ungdomsvården. Motsvarande uppgift för familjehem var drygt 12 procent.⁴

11.2.1 Avslut av vård vid 18-årsdagen

Utredningen har inhämtat uppgifter från Socialstyrelsens barn- och ungaregister om avslutade placeringar. År 2021 avslutades 10 826 placeringar enligt SoL och LVU. Med hjälp av statistiken kan man även se när placeringar avslutas mellan 17 och 20 års ålder genom att se när vården avslutades månad för månad under 2021.

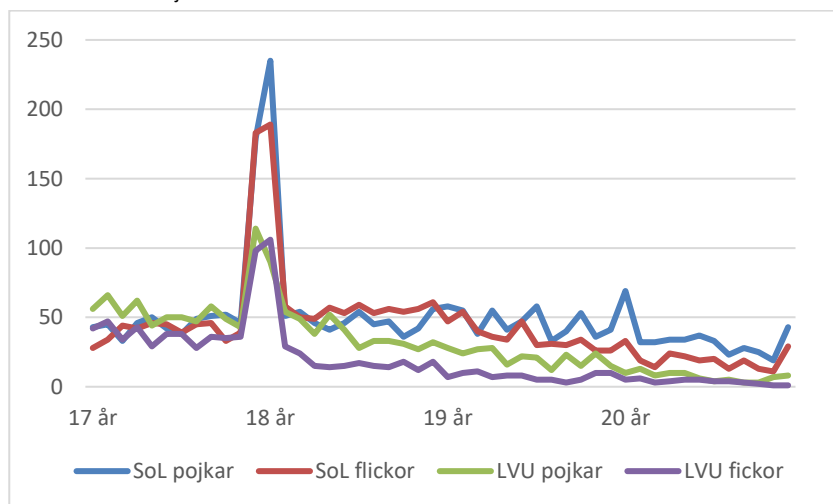
Som framgår av figurerna 11.1 och 11.2 är det tydligt att ett stort antal placeringar avslutades månaderna kring 18-årsdagen. Det gäller både för SoL- och LVU-placeringar, för pojkar och flickor, för ensamkommande och ej ensamkommande.⁵ Situationen under 2021 var densamma som under de närmast föregående åren.

⁴ Socialstyrelsen 2013a s. 16.

⁵ Socialstyrelsen redovisar den officiella statistiken uppdelad på pojkar och flickor både när det gäller grupper under 18 år och gruppen 18–20 år. Den senare gruppen består av vuxna personer, det vill säga unga män och unga kvinnor. Utredningen följer Socialstyrelsens redovisning.

Figur 11.1 Antal barn och unga som någon gång under 2021 fick vård och som avslutades under detta år under perioden 2018–2021

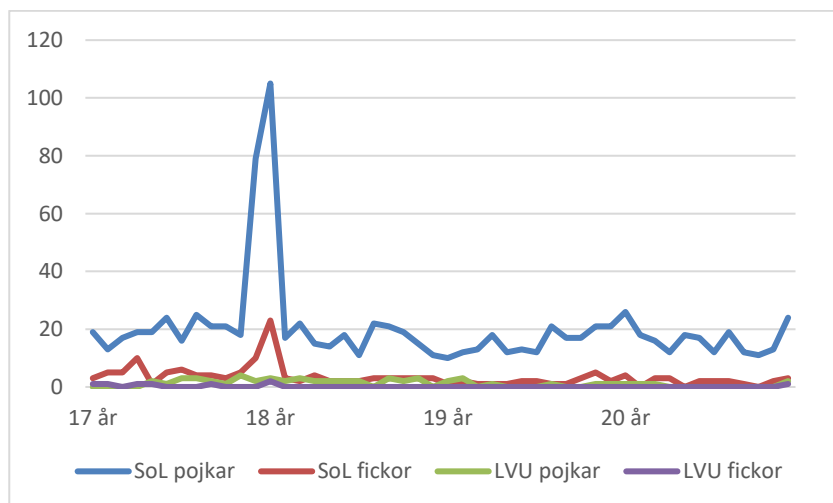
Ej ensamkommande



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Figur 11.2 Antal barn och unga som någon gång under året fick vård och som avslutades under detta år under perioden 2018–2021

Ensamkommande



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Sett till placeringsformer fanns det en mycket tydlig uppgång i antalet avslutade placeringar i familjehem inklusive nätverkshem vid 18-årsdagen. Uppgång kring 18-årsdagen för avslutade placeringar var också tydlig i HVB inklusive särskilda ungdomshem. Även i stödboenden avslutades relativt många placeringar i samband med 18-årsdagen, trots att den placeringsformen främst är avsedd för unga mellan 18–20 år. Barn i åldern 16–17 år ska bara placeras i stödboende om det finns särskilda skäl för det.

11.2.2 Vart flyttar barn och unga när vården upphör?

Enligt Socialstyrelsens kartläggning av instabiliteten i samhällsvården flyttar barn som lämnar samhällsvården tidigt oftast tillbaka hem till föräldrarna. Omkring hälften av barnen som lämnade samhällsvården i förskoleålder (0–6 år) flyttade hem till sin mamma och ungefär en fjärdedel flyttade hem till båda föräldrarna. Knappt var tionde barn flyttade hem till pappa. Bland dem som lämnade den sista placeringen när de var 16–19 år så flyttade 18 procent till eget boende. Bland dem som var 20 år eller äldre flyttade 37 procent till eget boende. En del var också kvar i placering vid slutet av uppföljningsperioden, antingen vård enligt LVU eller vård enligt SoL (efter frivillig ansökan när de hade fyllt 18 år). För omkring en tredjedel av dem som lämnade samhällsvården i sena tonåren (16–19 år) eller äldre (20+ år) så saknas uppgift om vart de flyttade efter den sista placeringen. Andelen som flyttade hem till föräldrarna eller till eget boende efter sista placeringen är därmed sannolikt underskattade.⁶

⁶ Socialstyrelsen 2023b s. 74

Tabell 11.2 Vart barn och unga flyttade efter den sista placeringen fördelat efter ålder när de lämnade den sista placeringen

Folkbokförda i Sverige med giltigt personnummer, födda 1998–2000, som varit placerade någon gång under uppväxten. Procent

	0–6 år	7–12 år	13–15 år	16–19 år	20+ år
Moder	51	44	44	10	1
Fader	9	12	11	2	0
Båda föräldrarna	27	23	24	7	1
Eget boende	0	–	0	18	37
Vårdnadsöverflyttning	4	16	8	1	0
Adoption	4	1	–	0	0
Vidare placering*	–	–	3	7	2
Annat	6	4	8	20	23
Uppgift saknas	–	0	0	37	36
Summa	100	100	100	100	100
Antal (n)	1 234	1 475	2 117	14 866	4 794

Källa: Socialstyrelsen (2023) Instabilitet bland barn och unga placerade i heldygnsvård enligt SoL och LVU – Placeringsmönster t.o.m. år 2020 bland barn och unga födda 1990–2004, s. 74.

11.2.3 Kommunernas arbete med stöd efter att vården upphört i dag

Det saknas nationella uppgifter om vilket stöd barn och unga får efter att samhällsvård upphör men Socialstyrelsens statistik indikerar att barn och unga i samhällsvård fortfarande inte får tillräckligt stöd runt sin utbildning och hälsa och tidigare studier har visat på att endast ett fåtal kommuner gav ett riktat stöd till unga som flyttade från vård till eget boende.⁷ Mycket talar för att stödet till barn och unga efter avslutad placering utanför det egna hemmet behöver tydliggöras och stärkas. Riksdagen är av samma uppfattning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om uppföljning och stöd efter en placering utanför hemmet (bet. 2020/21:SoU 19 punkt 13, rskr. 2020/21:187). Enligt tillkännagivandet behövs det bland annat införas bestämmelser i SoL som gör det tydligt vilket stöd ett barn eller en ungdom bör ha efter att vården har avslutats (bet. 2020/21: SoU19 s. 30).

Det finns flera olika sorters behov av eftervård när vård utanför det egna hemmet av barn och unga avslutas. Om barnet eller den unge flyttar hem till sina biologiska föräldrar igen kan man behöva följa

⁷ Höjer och Sjöblom 2011.

upp barnet för att säkerställa att föräldrarna kan tillgodose barnets behov. Det kan också finnas behov av att ge stödjande insatser till både barnet, den unge och vårdnadshavare.

Om den unge flyttar till ett eget boende handlar det om att ge stödjande insatser till den unge. Leaving care är ett begrepp inom forskning och praktik som avser stöd för att hjälpa unga personer till ett självständigt liv efter dygnsvård. Det brukar omfatta individuellt utformade insatser såsom stöd kring budget, boende, jobbcoaching, stöd i att skapa ett stabilt socialt nätverk och långsiktigt emotionellt stöd i form av kontaktperson eller mentor. Det som brukar kallas eftervård handlar ofta om ungdomar som behöver lite mer stöd och behandling efter en dygnsvårdsplacering.⁸

Socialstyrelsen och SOS Barnbyar genomförde under 2022 separata granskningar av hur stödet till barn och unga som avslutar samhällsvård ser ut i kommunerna.

I en enkät från Socialstyrelsen som 106 kommuner svarade på uppgav alla kommuner att de gör en bedömning av barnets behov av stöd efter samhällsvård. När kommunerna påbörjar planeringen varierar dock mellan från året då den unge fyller 18 år, 6 månader innan placeringen avslutas till 2 till 3 månader innan placeringen avslutas. De exempel som uppges om vilket stöd som ges efter utflytt är öppenvård, boendestödjare, kontaktperson och hänvisning till ekonomiskt bistånd. I enkätsvaren kan utläsas att kommunerna har olika förväntningar på vilket stöd omsorgspersonerna som den unge bor hos ska stå för efter utflytten, beroende på om den unge varit placerad i HVB eller familjehem. De HVB-placerade unga kan erbjudas fortsatt placering i stödboende eller boende i träningslägenhet som en övergång till det självständiga boendet, medan familjehemmet ofta förväntas ha planerat och förberett för övergången genom att ordna ett eget boende till den unge, alternativt ställa upp som inackorderingshem eller motsvarande under en övergångsperiod.

Det finns även en skillnad mellan kommunerna vad gäller i vilken utsträckning socialtjänsten är delaktig i planeringen. Vissa kommuner beskriver att de reviderar uppdrag och genomförandeplan till familjehem och HVB så att deras uppdrag att ge förberedande stöd till den unge tydliggörs. Andra kommuner beskriver att de har återkommande planeringsmöten på plats med den unge och boendet för

⁸ Statens institutionsstyrelse, SiS (2012). *Utvärdering av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution.*

att redan under placeringstiden koppla på olika stödinsatser och resurspersoner (ungdomscoach, kontaktperson, mentor, handläggare på ekonomiskt bistånd osv.) som kommer att finnas kvar efter utflytt.⁹

Socialstyrelsen konstaterar att det finns några gemensamma teman som förklarar kommunernas utmaningar med att arbeta med stödet efter samhällsvård, de handlar om brist på bostäder, organisatoriska utmaningar i övergången från barn- och ungdomsenhet till vuxen-enhet, geografiska utmaningar när den unge bor i en annan kommun, att barnet inte vill ta emot insatser och kommunernas syn på de ungas stödbehov. Vidare skriver Socialstyrelsen att det är svårt för kommunerna att identifiera vad de gör för att stödja den unge att bli självständig. Det arbete som beskrivs handlar ofta snarare om processen med att avsluta samhällsvården och bedöma om syftet med vården har uppnåtts, än att ge ett förberedande stöd till den unge.

SOS Barnbyars granskning gör liknande konklusioner som Socialstyrelsen. Bland annat konstateras att det finns stora skillnader mellan kommunerna när det gäller arbetet runt unga 18 till 21 år som är i, på väg att lämna eller har lämnat samhällsvården och det inte finns någon uppenbar förklaring till skillnaderna såsom geografi eller storlek på kommun.¹⁰ I SOS Barnbyars undersökning där 105 kommuner har svarat (36 procent av landets kommuner) uppgav majoriteten att de gör individuella bedömningar när det gäller vad som krävs för fortsatt samhällsvård när unga är i åldrarna 18 till 21 år. Ungefär 20 procent av kommunerna har svarat att de har som grundkrav att de unga ska sköta skolan för att få behålla en heldygnsplacering mellan 18 och 21 års ålder. Ytterligare 13 procent anger att det måste finnas specifika problem med till exempel ohälsa för fortsatt placering.

Vidare visar SoS Barnbyars kommunundersökning att variationen är stor gällande vad som ses som att påbörja avslut av samhällsvård ”i god tid”. Drygt en tredjedel av kommunerna har svarat att planering och förberedelser för unga 18 till 21 år som ska lämna heldygnsvård påbörjas fem till sex månader innan avslut. Varannan kommun inleder förberedelseprocesserna tidigare än så, minst sju månader före avslut. I 15 procent av kommunerna läggs endast två till fyra månader på att planera inför och förbereda den unge på övergången från samhällsvård till vuxenliv. Oftast är insatserna att kommunerna erbjuder

⁹ Socialstyrelsen (2022a). *Förstudie om socialtjänstens behov av stöd i arbetet med att förbereda unga placerade i övergången till självständigt boende*. Dnr 5.7-9896/2020-31 s. 14.

¹⁰ SoS Barnbyar 2022 s. 17.

utslussningslägenheter, stödboenden eller andra former av boendestöd. Det är också ganska vanligt med stöd för kontakter med psykiatri och hälso- och sjukvården. Kontaktfamilj eller kontaktperson är också en stödjande insats som ingår i förberedelserna i förhållandevis många kommuner. Knappt varannan kommun har svarat att de i det förberedande arbetet stöttar unga med särskilt stöd för att få arbete, medan fyra av tio ger särskilt stöd för att unga ska nå en fullföljd gymnasieutbildning.

I SOS Barnbyars undersökning uppgav över hälften av kommunerna att de inte lever upp till socialtjänstlagens intentioner när det gäller eftervårdsstöd till unga som lämnat samhällets vård. Drygt fyra av tio kommuner tyckte att de helt och hållet lever upp till socialtjänstlagens krav på fortsatt individanpassat stöd efter avslutad heldygnsvård. Varannan kommun svarar att de bara delvis gör det. Totalt en av tio kommuner menar att det är tveksamt eller att de inte alls lever upp till socialtjänstlagens krav. Det gäller både generellt och när unga ska till eget boende. De unga som lämnar samhällsvård lämnas att klara sig själva trots att många har behov av grundläggande utbildning och bostad. SOS Barnbyar konkluderar med att det är djupt problematiskt att stödet för att alla unga ska nå gymnasiekompetens, vilket är grundläggande för att kunna få ett varaktigt arbete och en stabil bostad, inte heller hamnar högre i kommunernas prioriteringar av eftervårdsstöd. Detsamma gäller att kommunerna inte tar större ansvar för att hjälpa unga med bostäder.¹¹

11.3 Rättsliga förutsättningar vid avslut av vård och efter vården upphört

11.3.1 Avslut av samhällsvård

Vård utanför hemmet kan beslutas med stöd av SoL eller med stöd av 2 eller 3 §§ LVU. Vård med stöd av 2 § LVU upphör senast när den unge fyller 18 år och vård med stöd av 3 § LVU upphör senast när den unge fyller 21 år. Socialnämnden får inte besluta att vård enligt 2 § LVU ska upphöra förrän de omständigheter som föranlett vården har förändrats på ett varaktigt och genomgripande sätt (se 21 § LVU). Vid vård med stöd av SoL kan nämnden besluta om bistånd enligt

¹¹ SoS Barnbyar 2022 s. 12.

4 kap. 1 § SoL för viss tid men om nämnden vid övervägande om vård enligt 6 kap. 8 § SoL kommer fram till att vården inte längre behövs så ska den upphöra. Redogörelse för utredningens förslag kring överväganden finns i avsnitt 5.5.9.

Socialnämnden får besluta om uppföljning av ett barns situation efter det att en placering i ett familjehem eller i ett hem för vård eller boende har upphört (11 kap. 4 b § SoL).

Den 1 juli 2022 infördes regler om obligatoriskt övervägande av flyttningsförbud i vissa fall inför avslut av vård av barn i enskilt hem (6 kap. 8 a § SoL och 13 b § LVU). Dessa regler avser barn och därmed inte unga mellan 18 och 21 år.

11.3.2 Obligatorisk uppföljning när tvångsvård upphör

Den 1 juli 2022 infördes bestämmelser om obligatorisk skyldighet för socialnämnden att följa upp situationen för ett barn när vård enligt LVU upphör (se 21 b § LVU). Uppföljningsskyldigheten när vård enligt LVU upphör gäller oavsett om barnet har vårdats med stöd av 2 § på grund av förhållandena i hemmet eller med stöd av 3 § på grund av sitt eget beteende. Den gäller även oavsett var barnet har varit placerat. Skyldigheten gäller oavsett samtycke från vårdnadshavaren och barnet.

Unga personer över 18 år som har vårdats med stöd av 3 § LVU omfattas inte av socialnämndens uppföljningsskyldighet. Motiveringen till det var att det ansvar som socialnämnden har enligt 5 kap. 1 § SoL för unga som fyllt 18 år sedan vård och fostran utanför det egna hemmet har upphört ansågs vara tillräckligt och överensstamma med bestämmelserna i SoL om uppföljning av barns situation. Regeringen underströk att socialnämnden alltid kan följa upp unga som fyllt 18 år, om den unge samtycker.

11.3.3 Socialnämndens ansvar efter att vården upphört

Socialnämnden ska i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört eller sedan verkställighet av sluten ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ung-

domsvård upphört (5 kap. 1 § 10 SoL). Socialstyrelsen har meddelat följande allmänna råd till bestämmelsen:

Socialnämnden bör vid bedömningen av ett barns eller en ung persons behov av stöd och hjälp efter avslutad vård i familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende beakta behovet av fortsatt kontakt med hemmet där han eller hon har varit placerad. Barnets eller den unges behov av personligt stöd bör uppmärksammas och tillgodoses. Om en ung person efter placeringen ska ha ett eget boende, bör nämnden tillgodose hans eller hennes behov av stöd och hjälp med frågor om ekonomi och med att ordna bostad, studier eller arbete. Om barnet efter placeringen ska återvända till det egna hemmet, bör nämnden tillgodose vårdnadshavarens behov av stöd i föräldrarollen.

En kommun behåller ansvaret för stöd och hjälp åt en enskild som till följd av ett beslut av kommunen vistas i en annan kommun i bland annat familjehem enligt 6 kap. SoL och 9 § 8 LSS, HVB och stödboende enligt 6 kap. SoL (se 2 a kap. 4 § SoL).

11.3.4 Om underhållsskyldighet och ekonomiskt bistånd med mera

Underhållsskyldighet enligt FB

Om ett barn genom socialnämndens försorg får vård i ett annat hem än det egna är föräldrarna skyldiga att i skälig utsträckning bidra till kommunens kostnader (8 kap. 1 § SoL). Den skyldigheten bestäms efter samma grunder som om det gällde att bestämma betalningsskyldighet för var och en av dem enligt vad som gäller för underhållsstöd enligt socialförsäkringsbalken (se 6 kap. 2 § SoF). Föräldrars underhållsskyldighet upphör när barnet fyller 18 år men om den unge går i skolan efter denna tidpunkt kvarstår underhållsskyldigheten under den tid som skolgången pågår, dock längst till dess att barnet fyller 21 år. Till skolgång räknas studier i grundskolan eller gymnasieskolan och annan jämförlig grundutbildning (se 7 kap. 1 § FB).

Bistånd enligt SoL

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den som inte kan försörja sig

men som kan arbeta har rätt till försörjningsstöd om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande på olika sätt (se 4 kap. 1 § SoL). Socialnämnden får också ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § SoL om det finns skäl för det (4 kap. 2 § SoL). Enligt allmänna råd till 4 kap. 1 § SoL bör familjehemsersättningens omkostnadsdel inte räknas med i den inkomstberäkning som görs inför beslut om ekonomiskt bistånd. (Se Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2013:1 om ekonomiskt bistånd.) Det allmänna rådet aktualiseras emellertid bara i de situationer där familjehemmet ansöker om ekonomiskt bistånd och kan inte sägas motsvara behovet av stöd för någon som är familjehemsplacerad och som fyller 18 år och går i skolan.

Det är inte självklart att den som fyllt 18 men inte 21 år har rätt att själv få ekonomiskt bistånd. Den som har föräldrar som är underhållsskyldiga enligt 7 kap. 1 § FB men där föräldrarna inte har försörjningsförmåga räknas i regel in i föräldrarnas hushåll (se 2 kap. 1 § SoF¹² och AR till 4 kap. 3 § SoL och 2 kap. 1 § SoF i SOSFS 2013:1).

Om föräldrarna till ett barn eller till en skolungdom, som har fyllt 18 men inte 21 år, inte fullgör sin underhållsskyldighet och om socialnämnden inte kan förmå dem till det, bör nämnden överväga att ge ekonomiskt bistånd direkt till barnet eller skolungdomen utifrån ålder och mognad. Om ett barn eller en skolungdom, som har fyllt 18 men inte 21 år, på egen hand ansöker om ekonomiskt bistånd bör nämnden vid behovsbedömningen överväga att bortse från föräldrarnas underhållsskyldighet i de fall barnet eller skolungdomen är utsatt för våld eller andra övergrepp av närstående eller barnet eller skolungdomen har bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående. Att utan medgivande från vårdnadshavaren bistå barnet ekonomiskt bör dock vara en åtgärd som endast bör användas i undantagsfall (se AR till 4 kap. 1 § SoL om bedömningar av om behovet kan tillgodoses på annat sätt i SOSFS 2013:1). Det finns också kammarrättsavgöranden som pekar på att utgångspunkten är att det är meningen att det är de underhållsskyldiga föräldrarna som ska ansöka om ekonomiskt bistånd när de inte kan upprätthålla sitt försörjningsansvar.¹³

Frågan om hur hemmavarande barn som fyllt 18 och som *inte* går i skolan har behandlats av Högsta förvaltningsdomstolen som kon-

¹² Riksnorm för beräkning av skäliga kostnader enligt 4 kap. 3 § första stycket SoL finns där framtagen för hemmavarande skolungdom som är 19–20 år.

¹³ Se t.ex. Kammarrätten i Jönköpings avgörande 2021-03-22 i mål nr 799-20.

staterat att mot bakgrund av att vuxna människor har ett eget ansvar för sin försörjning så måste utgångspunkten vara att ett hemmavarande vuxet barn ska stå för sin del av hushållets gemensamma kostnader och om barnet inte har förmåga att bidra med egna medel kan han eller hon ansöka om bistånd för egen del.¹⁴

Förlängt underhållsstöd enligt SFB

Ett barn som har fyllt 18 år och som inte har ingått äktenskap har rätt till förlängt underhållsstöd om han eller hon bedriver studier som ger rätt till förlängt barnbidrag eller till studiehjälp enligt 2 kap. studiestödslagen (1999:1395) (18 kap. 6 § SFB). Förlängt underhållsstöd lämnas tidigast från och med månaden efter det att barnet fyllt 18 år eller har återupptagit studierna (18 kap. 14 § SFB). Barnet ansöker själv, även om barnet ännu inte fyllt 18 år (110 kap. 5 § SFB).

11.4 Barns röster om sina behov

Nordens välfärdcenter intervjuade unga som varit familjehemsplacerade om det stöd de fått i samband med flytten till eget boende. Ungdomarna beskrev att de största utmaningarna med att flytta till eget boende är känslor av ensamhet och utsatthet, ekonomisk otrygghet, samt avsaknad av känslomässigt och praktiskt stöd. De önskar bättre hjälp med förberedelser för vuxenlivet, genom att få träna på praktiska saker som att städa, laga mat och tvätta kläder. De ville också att man ska kunna lämna vården successivt, till exempel genom att kunna få behålla familjehemmet som kontaktfamilj. När man flyttat till eget boende tyckte ungdomarna att man borde ha rätt till praktiskt och känslomässigt stöd, till exempel av familjehemsföräldrarna, en kontaktperson eller i form av boendestöd. Ungdomarna efterfrågade också större ekonomisk trygghet och hjälp att ordna sysselsättning i form av studier eller arbete.¹⁵

Även i en studie som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde 2018 uppgav unga i stort sett samma behov av stöd före, under och efter vården. De ville att vården ska avslutas försiktigt, på

¹⁴ Högsta förvaltningsdomstolens avgörande den 14 september 2020 i mål nr 6172-19 (HFD 2020 ref. 40).

¹⁵ Nordens välfärdscener (2015). *Nordens barn-fokus på barn i fosterhem. Ungas röster* s. 7 ff.

deras egna villkor. De vill till exempel ha möjlighet att komma tillbaka till familjehemmet eller institutionen om det inte fungerar att bo hemma hos föräldrarna eller i eget boende. De ville även fortsätta ha kontakt med socialtjänsten, och få hjälp och stöd av dem om det behövs. Övriga saker som barnen och ungdomarna efterfrågade i samband med övergången var bland annat ekonomiskt och praktiskt stöd, få hjälp att lära sig vardagliga "vuxensaker", som att laga mat, tvätta och betala räkningar. Utöver ekonomiskt och praktiskt stöd pratar ungdomarna också om behovet av känslomässigt stöd. Flera ungdomar pratar om att de kan behöva ha en kontaktfamilj eller kontaktperson, hjälp att hitta något att göra på fritiden så att de får ett socialt sammanhang, lär känna andra och inte behöva känna sig så ensamma när de flyttat från familjehemmet eller HVB.¹⁶

Barnrättsorganisationer ser behov av ökat stöd

Knas Hemma, Attentions projekt Ung Dialog och SoS Barnbyars projekt Getting Ready 4 Leaving Care ger en samstämmig bild av att unga generellt sett inte får det stöd som de är i behov av när samhällsvården avslutas. Avsluten blir ofta abrupta och de unga känner sig lämnade och som att "mattan dras undan" dem. De förväntas vara vuxna och klara sig själva trots att de själva känner att de inte fått med sig de färdigheter som behövs, som till exempel att tvätta, städa, betala räkningar och att rösta. Brukarföreträdarna lyfter bland annat organisatoriska svårigheter i övergången från barn- till vuxenhandläggning och att de unga efter flytten är i behov av mer stöd än socialtjänsten erbjuder. Många unga behöver stöd i vardagen och emotionellt stöd, utöver stöd runt det praktiska som boende och försörjning. Brukarföreträdarna anser att planeringen av stödet generellt påbörjas för sent och upphör för tidigt. De påpekar även att det stöd som oftast erbjuds är det stöd som erbjuds alla ungdomar, men att barn som varit i samhällsvård kan ha andra behov då de ofta stått utanför samhället under en tid och därmed har svårt att orientera sig i vad olika myndigheter ansvarar för, hur man skaffar telefonabonnemang, lån, hur en tvättstuga fungerar osv. De beskriver att det som många

¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018a s. 74 ff.

av de unga de kommit i kontakt med är i behov av är ett vuxet bollplank som kan finnas kvar över tid och vägleda eller svara på frågor.¹⁷

11.5 Kunskap om eftervård

Internationell forskning om stöd och hjälp efter avslutad placering handlar framför allt om ungdomar som inte återvänder till ursprungsfamiljen utan går ut i ett vuxenliv. Dels finns det Leaving Carestudier som handlar om ungdomar i övergångsfasen mellan placering och självständig vuxentillvaro, dels studier om eftervårdsinsatser och deras kvalitet och effekter. Forskningen visar att de samhällsvårdade ungdomarna utgör en heterogen grupp med varierande livshistoria och behov. Många klarar sig bra i vuxenlivet, men som grupp har de jämfört med genomsnittsbefolkningen i högre grad problem med psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet och tonårsgraviditet.

När det gäller eftervårdens kvalitet och effekter är resultaten inte entydiga, men det finns ändå en relativt stor enighet kring vad som krävs för att insatserna ska fungera. De ska vara multidimensionella och arbetet bör riktas mot ett antal viktiga områden som hjälp med boende, ekonomi, skola eller arbete samt emotionellt och praktiskt stöd i vardagen. En god eftervård bör planeras så tidigt som möjligt och sträckas ut så långt som möjligt i tid. Inriktningen bör vara att bidra till stabilitet och kontinuitet, bygga upp ett stöd kring ungdomarna, ge dem nödvändiga färdigheter och se till så att de medverkar i utformningen av sin egen livssituation. Ansvarsfördelning och samarbete mellan relevanta instanser är viktigt. Specialiserade program där ungdomarna får tillgång till en kontaktperson eller samordnare har visat sig vara ett bra sätt att åstadkomma samordnade eftervårdsinsatser.¹⁸

11.5.1 SOS Barnbyars arbete med eftervård

SOS Barnbyar i Sverige erbjuder program med målet att öka förutsättningarna för unga som lämnar samhällsvård att uppnå självständighet och självförsörjning genom att erbjuda stöd inom livsområdena: hälsa, nätverk och sammanhang, samhälle, bostad, studier och

¹⁷ Socialstyrelsen 2022a s. 21 f.

¹⁸ *Forskningskunskap om ettervern*, red. Bakketeig E. & Backe Hansen E. (2008), s. 57 f. och s. 66.

arbete. Programmet bygger på 20–25 individuella träffar mellan ungdomar och timanställda stödpersoner och genomförs under 6–12 månader, där varje träff är cirka 2–3 timmar och tydligt fokuserad på ett område som den individuella ungdomen behöver extra stöd inom. Ungdomarna kan även delta i gruppaktiviteter, så som studiebesök, workshops, inspirationsföreläsningar och utbildningar, med möjlighet till nätverkande och utveckling. Ungdomarna rekryteras till programmet genom samarbete med socialtjänsten.

11.5.2 Eftervården internationellt

FN har tagit fram riktlinjer för att säkra mänskliga rättigheter och barns rättigheter enligt barnkonventionen vid institutionsvård. Dessa riktlinjer rekommenderar bland annat att eftervården planeras i god tid och systematiskt förbereder barnet för ett självständigt liv, till exempel genom träning av sociala färdigheter och stöd i att fullfölja utbildning. Vid planeringen av eftervården bör man väga in barnets kön, ålder, mognad och andra faktorer och inkludera rådgivning och stöd för att undvika exploatering. Barnet ska uppmuntras att vara delaktig i planeringen. Barn med särskilda behov, så som funktionsnedsättningar bör få särskilt stöd. Alla barn som lämnar vården bör enligt riktlinjerna få en utpekad person som samordnar insatser riktade mot självständighet i samband med att vården avslutas.¹⁹

I Danmark är stöd efter placering reglerat i lagen och pågår fram tills den unge fyller 23 år. I Norge, England och Finland har det nyligen beslutats att tidigare placerade barn och unga har en lagstadgad rättighet till utökad stöd fram tills de fyller 25 år.

Eftervården i Danmark

Både fortsatt placering (vård) och stöd benämns eftervård (efterværn) i Danmark och kan ges till den som var placerad omedelbart innan 18-årsdagen eller hade en så kallad fast kontaktperson till samma ålder. I båda fallen kan den pågå tills den unge fyller 23 år.

En undersökning av eftervården 2011–2014 visar att 60 procent av målgruppen hade eftervård oavsett om de varit placerade eller haft en fast kontaktperson. Den vanligaste insatsen bland de som varit

¹⁹ United Nations (2009). *Guidelines for the Alternative Care of Children. Resolution 64/142.*

placerade var fortsatt placering (74 procent), därefter kom fast kontaktperson (45 procent), stöd för utslussning (11 procent) och annat stöd (4 procent).

Det var stora skillnader i hur länge eftervården pågick. I hela målgruppen varierade det från en till tre månader (21 procent), tre till sex månader (15 procent), sex till tolv månader (22 procent), ett till två år (18 procent) och mer än två år (23 procent). Ett mönster var dock att fortsatt placering antingen pågick en längre eller kortare tid medan fördelningen av tid var jämnare för eftervård genom kontaktperson. Vanligast var att fortsatt placering pågick i mer än två år (33 procent) eller avslutades redan inom tre månader (27 procent). För kontaktperson var det vanligast med en vårdtid på sex till tolv månader (28 procent), följt av ett till två år (22 procent) och tre till sex månader (20 procent). Utslussning pågick något längre perioder medan annat stöd oftast pågick i upp tre månader.

Orsakerna till att 40 procent av målgruppen inte hade någon form av eftervård varierade, men relativt få bedömdes tacka nej till ett erbjudande om eftervård. Omkring hälften av de som inte hade eftervård bedömdes dock ha stödbehov som gick utöver vad eftervården kunde tillgodose och fick då stöd enligt de bestämmelser som i övrigt gäller för vuxna personer. Majoriteten av de som varken hade eftervård eller stöd för andra vuxna fick ekonomiskt stöd och utbildnings- eller sysselsättningsinsatser.

Besluten om eftervård fattades i regel halvåret närmast innan 18-årsdagen, ofta utan att den unge själv var delaktig eller samverkan med andra verksamheter. En tredjedel av de unga som intervjuats i undersökningen kunde inte komma ihåg att deras handläggare talat med dem om vad som skulle hända vid övergången till vuxenlivet och ännu fler upplever att de fått för lite information om det. Bara en tredjedel av de intervjuade hade varit delaktiga i planeringen av vad som skulle ske när de fyllde 18 år. Samtidigt visar undersökningen att en tredjedel av de unga som ingick i målgruppen var bekymrade inför vad som skulle hända efter att de fyllt 18 år. En tidig dialog med de unga om eftervården kan därför bidra till ökad trygghet och säkerställa att de blir delaktig i utformningen och planeringen av eftervården, enligt undersökningen.

I övergången till vuxenlivet upplevde de unga särskilt behov av stöd för att hantera sin ekonomi, komma i gång med eller fortsätta en utbildning eller för att klara personliga utmaningar. Det fanns också

behov av stöd i praktiska frågor och för att hitta en bostad. Kommunerna upplevde även att de unga i ökande utsträckning behöver kognitiva samtal, psykologsamtal och kontakt med psykiatrin.

De unga som intervjuats i undersökningen var till stor del nöjda med eftervården och tyckte att den har hjälpt dem i övergången till vuxenlivet och med praktiska frågor. Många påpekar dock att den insats de fått kunde ha varit bättre förberedd och organiserad. De unga är i huvudsak nöjda med den handläggarkontakt de haft, men de som bytt handläggare flera gånger var mindre nöjda. En god, stabil och tillitsfull relation till handläggaren är viktigt för de unga i eftervården.²⁰

Eftervården i Norge

Även i Norge räknas fortsatt placering efter 18 år som eftervård. Mellan åldrarna 19–23 hade 54,8 procent av de som varit placerade innan 18 års ålder haft fortsatt placering i familjehem eller i institution.

Att flytta till en egen bostad är centralt vid övergången till vuxenlivet för många unga. Egen bostad med uppföljning är efter fortsatt placering den mest använda eftervårdsinsatsen i Norge, 37 procent av de unga har fått det. Vad uppföljning innebär varierar. Det kan vara allt från gles och sporadisk kontakt med handläggaren med fokus på hur det går att bo själv till tät uppföljning flera gånger i veckan av en ”miljøterapeut” eller kontaktperson. Ibland betyder ”bolig med oppfølging” att det finns anställda i bostaden. Insatsen innehåller ofta en kombination av råd och vägledning och ekonomiskt stöd.

”Bofellesskap” kan liknas med stödboende. Det används mest för ensamkommande i Norge men en del kommuner har uttryckt att de skulle önska att de hade flera sådana insatser för de unga som har behov av tätare uppföljning än de kan ge unga som bor i egen bostad. Det kan vara en bra övergångslösning för många unga då det är ett stort steg att flytta från ett familjehem eller institution direkt till egen bostad. Det är dock fortfarande få som får en sådan insats i Norge. De som finns är olika organiserade, har olika storlek och olika grad av bemanning.

²⁰ Deloitte (2017). *Efterværn og den gode overgang til voksenlivet: Undersøgelse af efterværnsområdet i Danmark* s. 5 ff. och 31 ff.

Uppföljning av ”miljøterapeut”, ”miljøarbeider” eller annan vuxen innebär att barnevernet har anlitat en person som ska följa upp den unge. Omfattningen av uppföljningen varierar. Oftast anlitas miljøarbeider eller miljøterapeut när den unge har behov av extra uppföljning som handläggaren inte har möjlighet att ge. Den insatsen, råd och vägledning, stödkontakt, stöd till utbildning och arbete, samt kontaktfamilj eller kontaktperson är det 24 procent av de unga som får. I övrigt får många unga olika former av ekonomiskt bistånd som en del av eftervården, 48 procent.²¹

11.6 Utredningens överväganden och förslag

11.6.1 Socialnämnden ska pröva behovet av fortsatt vård inför att barnet fyller 18 år

Förslag: Bestämmelser införs i en ny paragraf, 6 kap. 6 h § SoL om att socialnämnden för barn och unga i samhällsvård ska pröva behov av fortsatt sådan vård inför att ett barn fyller 18 år. Vid prövningen ska en sammantagen bedömning av barnets egen inställning till fortsatt vård och förmåga att leva ett självständigt liv vara avgörande.

Inför införandet av reglerna i 5 kap. 1 § 10 SoL om nämndens skyldighet att tillgodose det särskilda stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört eller sedan verkställighet enligt LSU upphört konstaterades att kommunen har det yttersta ansvaret för att alla som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Det konstaterades också att socialnämnden har ett ansvar för att bedöma och besluta om vilket stöd som behövs till den som varit placerad och dennes familj i samband med att en placering upphör.²² Redan då påpekades också att det alltför ofta händer att placerade unga i samband med sin 18-årsdag eller när de slutar gymnasieskolan får beskedet att placeringen upphör och att det för många innebär att det får söka sig till socialtjänsten för stöd

²¹ Paulsen, V., Wendelborg, C., Riis, A., Berg, B., Tøssebro, J. og Caspersen, J. (2020). *Ettervern – en god overgang til voksenlivet? Helhetlig oppfølging av ungdom med barnevernerfaring*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU s. 89 ff.

²² Prop. 2006/07:129 s. 50 f.

eftersom de inte hunnit etablera sig på vare sig arbets- eller bostadsmarknaden.²³

Enligt Socialstyrelsens statistik avslutas de flesta placeringar i dag vid 18-årsdagen oavsett placeringsform och om vården sker enligt LVU eller SoL (se avsnitt 11.2.1). Vård enligt 3 § LVU kan fortsätta tills den unge fyller 21 år men vård enligt SoL kan endast ske efter 18 års ålder om den unge själv önskar det. Utredningens bedömning är att om en 18-åring i samhällsvård önskar fortsätta vården även efter sin 18-årsdag bör socialnämnden kunna utgå ifrån att det finns goda grunder till det och att den unge sannolikt har ett behov av fortsatt vård. Att avsluta vården endast på grund av att den unge fyller 18 år är då inte rimligt. Som alltid bör stor vikt läggas vid barnet eller den unges mognad, behov av stöd och egen inställning till vården.

När samhället har tagit över ansvaret för ett barn har samhället tagit över stora delar av det ansvar som vårdnadshavarna annars har. Samhället har då även ansvar för att barnets övergång till vuxenlivet blir så bra som möjligt. Det är inte minst tydligt vid placeringar enligt 2 § LVU som ska avslutas senast när den unge fyller 18 år. Unga som vårdats under en tvångslag riskerar därmed att behöva byta livsmiljö och levnadsförhållanden enbart av kronologiska skäl. De har inte kunnat påverka omhändertagandet, som gjorts på grund av brister i den tidigare uppväxtmiljön, och i dag har de små möjligheter att påverka ramarna kring sitt dagliga liv direkt efter 18-årsdagen.

Fortsatt placering efter 18 års ålder är ett vanligt inslag i eftervården i de andra nordiska länderna, som ofta beskrivs som mer omfattande och ambitiös än eftervården i Sverige. Utredningen vill hålla isär begreppen vård och eftervård eftersom samhället tar på sig särskilda förpliktelser genom en placering. En önskan om att fortsätta bo i ett familjehem eller att komma till ett stödboende kan dock även för ungdomar i Sverige ofta hänga samman med ett behov av vård som tryggar övergången till vuxenlivet och ger förutsättningar för ett eget boende i förening med arbete eller studier.

Utredningen föreslår därför att behov av fortsatt vård särskilt ska prövas inför att den unge fyller 18 år. Vid övervägandet ska en sammantagen bedömning av barnet eller den unges egen inställning till fortsatt vård och förmåga att leva ett självständigt liv vara avgörande. Behovet av vård handlar då inte längre om vårdnadshavarnas förmåga att tillgodose den unges behov utan den unges egen förmåga att leva

²³ Prop. 2006/07:129 s. 50 f.

ett självständigt liv. Barn och unga i samhällsvården är inte en homogen grupp och deras behov och vilja varierar kraftigt beroende på hur stora brister de har utsatts för under uppväxten, hur väl fungerande vård de har fått, den unges övriga nätverk osv. Utredningen anser därför att nämnden inte rutinmässigt bör avsluta vården vid 18 års ålder enbart för att barnet blir myndigt utan att det behöver göra en särskild bedömning av om vården ska fortsätta utifrån den unges önskemål och förutsättningar.

Förslaget bedöms kunna leda till en stabilare tillvaro för unga i slutet av samhällsvården. I och med förslaget får den unge ett större inflytande över när och hur vården avslutas så att eventuell skolgång kan avslutas i lugn och ro och den unge kan söka arbete och bostad inför att vården ska avslutas. Utredningen bedömer att förslaget kommer att innebära en kostnadsökning för kommunerna även om det sannolikt är en relativt liten grupp unga som kommer att vilja fortsätta vården efter 18 år och då sannolikt under en kortare period. Med den kunskap som finns om de överrisker som barn och unga i samhällsvård har när det gäller att utveckla kriminalitet samt behovet av försörjningsstöd och hälso- och sjukvård under sitt vuxna liv anser dock utredningen att förslaget är en förebyggande insats som är ekonomiskt lönsam för samhället ur ett långsiktigt perspektiv.

Utredningens överväganden kring förslaget

Enligt direktivet ska utredningen ta ställning till om socialnämnden ska vara skyldig att fortsatt erbjuda familjehemsplacering till den som har fyllt 18 men inte 21 år och som går i skolan. I direktiven anges följande. Bestämmelsen i 6 kap. 1 § SoL om att socialnämnden ska sörja för att den som behöver bo i ett annat hem än det egna tas emot i till exempel ett familjehem är tillämplig oavsett ålder på den som har detta behov. Någon skyldighet att, oavsett behov, erbjuda en ung person som fyllt 18 år men inte 21 år fortsatt placering i familjehem om den unge fortfarande studerar på gymnasiet finns inte. Vårdnadshavare har, om barnet fortfarande går i skolan vid 18 års ålder, försörjningsplikt under den tid skolgången pågår, dock längst till dess att barnet eller den unge fyller 21 år. Det är viktigt att unga som fortfarande går i skolan har en trygg situation. Riksdagen delar denna inställning och har tillkännagett att regeringen bör se över frågan om

en skyldighet för socialnämnden att fortsätta erbjuda en familjehemsplacering för barn mellan 18 och 21 år som fortfarande går i gymnasiet (bet. 2020/21:SoU19 s. 30).

Utredningen anser inte att samhällets ansvar för barn och unga i samhällsvård går att jämställa med vårdnadshavares försörjningsplikt för unga som går i gymnasium. Barn och unga i samhällsvårds vårdbehov kan inte kopplas till om de går på gymnasium eller inte. Det finns ingenting som tyder på att unga som inte går på gymnasium har mindre vård- och stödbehov än de som har klarat studierna bättre. Tvärtom visar forskningen motsatsen, att barn som klarar sig dåligt i skolan är en högriskgrupp för flera psykosociala problem, till exempel självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet och tonårsföräldraskap. Svenska registerstudier visar att ungefär vartannat barn som är långtidsplacerat i familjehem har inga, ofullständiga eller låga grundskolebetyg (årskurs 9), jämfört med mindre än vart femte barn i normalpopulationen.²⁴ Att koppla ungas rätt till att få sina behov tillgodosedda till hur de har presterat i skolan anser utredningen vore olyckligt.

Samma resonemang kan appliceras på ett övervägande om regleringen bör gälla endast för unga som är placerade i familjehem och inte andra placeringsformer. Unga i institutionsvård löper också större risker för ett negativt utfall än unga i familjehem. En reglering som inte ger likvärdiga förutsättningar för barn och unga i samhällsvård anser utredningen vore olämpligt. HVB ska enligt utredningens förslag i avsnitt 8.5.2 bara användas som placeringsform för barn och unga vid särskilda skäl, och om de skälen är aktuella efter 18-årsdagen är det inte rimligt att vården avslutas enbart på grund av den unges ålder. Omvänt ska den unge efter 18 års ålder inte erbjudas fortsatt placering i HVB om det inte finns särskilda skäl för det. I så fall bör prövningen av behovet av fortsatt vård avse vistelse i familjehem eller stödboende. Vård i HVB kan vidare bara förväntas under en begränsad period och socialnämnden bör därför vid prövningen av vårdbehovet beakta övergången från HVB till fortsatt vård i familjehem eller stöd även några månader efter 18-årsdagen.

Utredningen föreslår därför att bestämmelsen ska gälla oavsett om den unge går i skola eller inte och oavsett placeringsform. Det förtjänar dock att betonas att det är en samlad bedömning av den unges inställning och behov som ska göras och att HVB är avsett att tillgodose större och andra behov än stödboende. I det ingår att det för

²⁴ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU 2017 s. 17.

fortsatt vård i HVB efter 18 års ålder ska finnas de särskilda skäl som utredningen i avsnitt 8.5.2 föreslår för vård av barn och unga i HVB.

Utredningen anser vidare att det är svårt att införa en rätt till en insats som i sig kräver en behovsbedömning. En skyldighet att fortsätta vården skulle kunna innebära svåra dilemman om socialnämndens bedömning är att en fortsatt placering skulle vara olämplig och kanske till och med skadlig för den unge. Även frågor kring hur skyldigheten skulle utformas när det gäller vart den unge ska vårdas och hur länge skulle innebära stora utmaningar att reglera. Utredningen har därmed bedömt att det mest rimliga är att utforma en skyldighet för nämnden att pröva behovet av fortsatt vård utifrån vissa kriterier som gäller för alla i samhällsvård som ska fylla 18 men att en ren rättighet inte är lämplig att införa i dagsläget.

Fortsatt vård enligt SoL beslutas utifrån bestämmelserna om bistånd i 4 kap. 1 § SoL om inte kommunen skulle ha en särskild ordning för sådant bistånd enligt 4 kap. 2 § SoL. Enligt 4 kap. 1 § SoL gäller bland annat att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Enligt 4 kap. 1 § andra stycket SoL gäller att den som inte kan försörja sig men som kan arbeta har rätt till försörjningsstöd om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande, i vilket ingår att vid behov delta i kommunal vuxenutbildning i svenska för invandrare eller motsvarande utbildning vid folkhögskola. Om det finns godtagbara skäl har den enskilde rätt till försörjningsstöd även om han eller hon inte står till arbetsmarknadens förfogande. Vad som ska anses vara godtagbara skäl till att inte stå till arbetsmarknadens förfogande är något som är tänkt att bedömas i varje enskilt fall.²⁵ Utredningen anser inte att dessa bestämmelser motsvarar de bedömningar som socialnämnden behöver göra vid överväganden om fortsatt samhällsvård för unga mellan 18 och 21 år. Därför föreslås utöver en skyldighet att pröva fortsatt vård efter 18-årsdagen även att det ska finnas faktorer som nämnden särskilt ska beakta i bedömningen av rätten till bistånd till fortsatt placering. Ett eventuellt beslut om fortsatt placering efter prövning utifrån de föreslagna bestämmelserna fattas

²⁵ Se prop. 2015/16:136 s. 23.

enligt 4 kap. 1 § SoL. Beslutet är därmed överklagbart genom 16 kap. 3 § SoL.

11.6.2 Stöd efter vården ska ingå i en skälig levnadsnivå för unga upp till 25 år

Förslag: En ny bestämmelse om att för barn och unga som har varit i samhällsvård ska det från 16 års ålder ingå i en skälig levnadsnivå att upp till 25 års ålder få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård efter att samhällsvården avslutats införts i en ny paragraf, 4 kap. 1 d § SoL.

Barn och unga som någon gång under uppväxten har varit i samhällsvård är kraftigt överrepresenterade när det gäller, hemlöshet, arbetslöshet, bristande försörjningsförmåga, fysiska och psykiska problem och kontakt med straffrättssystemet som vuxna.²⁶

Vidare upplever unga som varit i samhällsvård övergången till vuxenlivet annorlunda än unga som inte varit i samhällsvård enligt en rapport från SBU. Medan unga vuxna som växer upp tillsammans med föräldrarna förlitar sig på ekonomiskt och känslomässigt stöd från sin familj får ungdomar som lämnar social dygnsvård litet eller inget stöd från familjen, något som ökar risken för flera olika problem.²⁷ Forskning har visat att en god eftervård bör planeras så tidigt som möjligt och sträckas ut så långt som möjligt i tid, samt att specialiserade program där de unga får tillgång till en kontaktperson eller samordnare ger bäst effekt.²⁸

I en kartläggning där 105 kommuner svarade uppgav varannan kommun att de bara delvis lever upp till socialtjänstlagens krav på fortsatt individanpassat stöd efter avslutad heldygnsvård. En bred majoritet av kommunerna gav uttryck för att det behövs bättre och mer systematiskt stöd för att stötta samhällsvårdade unga även efter 21 års ålder.²⁹

Utredningen anser att det är ett ineffektivt användande av samhällets resurser och etiskt felaktigt att inte ge samhällsvårdade unga

²⁶ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, 2020 s. 7.

²⁷ Ibid.

²⁸ Forskningskunnskap om ettervern s. 57 f. och 66.

²⁹ SoS Barnbyar 2022 s. 10.

bättre förutsättningar till ett självständigt och välfungerande liv när samhällsvården upphör. Utredningen föreslår därför en förstärkning av socialnämndens insatser till unga när samhällsvården upphör i form av känslomässigt stöd, samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård fram till att de fyller 25 år i en ny bestämmelse i 4 kap. 1 d § SoL.

Det finns ingen forskning eller annat kunskapsstöd som anger upp till vilken ålder unga som har varit i samhällsvård är i behov av extra stöd och det varierar av naturliga skäl från individ till individ. Utredningen har därför tagit inspiration från våra nordiska grannländer där man har resonerat att det behövs några år efter att vården upphör kan behöva stöd, antingen direkt när vården upphör eller en stund efter. Både Norge och Finland ger lagstadgat eftervårdsstöd till unga som har varit i samhällsvård upp till 25 års ålder). Danmark har eftervård till och med 22 år eftersom deras övre gräns för heldygnsvård är 18 år. Eftervården i de nordiska länderna beskrivs närmare i bilaga 5. Utredningen ser ingen anledning till att unga som har varit i samhällsvård i Sverige skulle ha mindre behov av eftervård än unga vuxna i våra grannländer. Det är sannolikt ytterst få som personer som kommer att vilja ha stöd ända till de blir 25 år, men de som önskar bör ändå få det.

Det är upp till kommunerna att utforma stödet utifrån den unges behov så det kan till exempel handla om strukturerade stödprogram i grupp eller individuellt, en handläggare som hjälper till med kontakterna med att söka bostad, arbete, hälso- och sjukvård med mera eller en familjebehandlare eller kontaktperson som ger känslomässigt stöd för att hantera känslor av ensamhet, relationer till föräldrar och liknande. Även omfattningen är upp till kommunerna att bedöma. Det kan till exempel behövas omfattande insatser de första månaderna innan den unge fått hjälp med bostad, sysselsättning och att förstå hur man sköter ett hushåll till kontakt någon gång i månaden för att följa upp hur den unge mår och har det.

Insatsen ska ingå i en skälig levnadsnivå

För att tydliggöra vad den unge har rätt till och göra det så enkelt som möjligt för den unge att erhålla insatsen anser utredningen att insatsen ska anses ingå i en skälig levnadsnivå för de unga som an-

söker om den och uppfyller kriterierna för insatsen. Insatser enligt SoL ges med stöd av 4 kap. SoL. Det behöver säkerställas att insatsen ges till målgruppen även om det skulle bli fråga om en domstolsprövning eftersom meningen är att det ska vara en rättighet för barn och unga som varit placerade. Socialtjänstlagen anger som regel inte vad som ska anses utgöra en skälig levnadsnivå i det enskilda fallet. Biståndet bygger i stället på en individuell behovsbedömning. Vid bedömningen av biståndet finns det däremot ett antal skyldigheter men också mål som den som bedömer biståndsbehovet ska ta hänsyn till. Enligt socialtjänstlagen ska verksamheten bland annat bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Den enskilde ska genom de insatser som beviljas (biståndet) tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Insatserna ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv och insatserna ska vidare vara av god kvalitet. Lagen är således öppen för flexibilitet och individuella lösningar. Utredningen anser emellertid att detta inte räcker eftersom barn och unga som varit placerade får sämre möjligheter att lyckas på olika områden, att det behöver finnas ett särskilt stöd för dem och att det ska vara lättillgängligt i form av en självklar rättighet. Därför bedömer utredningen att vad som ska avses med skälig levnadsnivå i det här avseendet behöver regleras i socialtjänstlagen.

En jämförelse kan göras med den så kallade parbogarantin där en preciserad reglering har införts i SoL av vad som i ett visst avseende för en viss personkrets avses med skälig levnadsnivå (se 4 kap. 1 c § SoL). Innan den regleringen infördes konstaterades i rättspraxis att det av SoL:s förarbeten³⁰ följer att vid bedömningen av vilka biståndsinsatser som kommer i fråga enligt 4 kap. 1 § SoL så måste en sammanvägning av olika omständigheter såsom den önskade insatsens lämplighet som sådan, kostnaden för den önskade insatsen i jämförelse med andra insatser samt den enskildes önskemål och att det inte finns en obegränsad frihet för den enskilde att välja sociala tjänster oberoende av kostnad.³¹

Det finns också en möjlighet för kommunen att bevilja enskilda personer bistånd utöver 4 kap. 1 § SoL om det finns skäl för det. Beslut som fattas med stöd av 4 kap. 2 SoL är emellertid inte överklagbara,

³⁰ Prop. 2000/01:80 s. 91.

³¹ Se Regeringsrättens avgörande 2010-05-12 i mål nr 4640-09 (RÅ 2010 ref. 44).

se 16 kap. 3 § SoL. Eftersom förslaget avser en rättighet så behöver det preciseras i 4 kap. SoL att det med skäligen levnadsnivå för målgruppen är att få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård. Liksom för parbogarantin så fattas beslutet enligt 4 kap. 1 § SoL. Beslutet är därmed överklagbart genom 16 kap. 3 § SoL.

Stödet ska ges av kommunen som den unge vistas i

För att insatsen ska bli så verkningsfull och lättillgänglig som möjligt för den unge ska det vara den kommun som den unge vistas i som ska ge insatsen. Den unge ska alltså själv kunna ta kontakt med den socialnämnden där den vistas och be om stödet även om det inte var den socialnämnden som vårdade barnet. Oavsett om insatsen de behöver handlar om stöd till att söka jobb, känslomässigt stöd eller att hantera andra praktiska frågor så bedömer utredningen att stödet behöver finnas nära den unge och vara insatt i samhällsfunktionerna i den kommun som den unge vistas i. Utredningen anser därför att befintliga regler i SoL om ansvarig kommun ska gälla. Eftersom stödet ges när den enskilde inte längre vistas i familjehem, HVB eller stödboende så är det vistelsekommunen som ansvarar för att ge stödet, se 2 a kap. 1 § SoL. Det är emellertid den placerande kommunen som ansvarar för att informera om rätten till stödet, se den föreslagna 6 kap. 8 c § SoL och 2 a kap. 4 § SoL.

11.6.3 Socialnämnden ska underrätta barn och unga om dess rättigheter till stöd

Förslag: En bestämmelse om att socialnämnden inför att samhällsvård av barn och unga upphör ska informera den enskilde om rätten till insatser enligt 4 kap. 1 d § införs i 6 kap. 8 c § SoL.

Utredningens förslag som beskrivs i avsnitt 11.6.2 om att barn och unga ska få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård när vården har upphört gäller tills den unge fyller 25 år. Barn och unga i samhällsvård vittnar ofta om att de inte känner till vad de har rätt

till eller socialnämndens skyldigheter. I en nationell brukarundersökning skriver Socialstyrelsen till exempel att ett anmärkningsvärt resultat var att mindre än hälften av de tillfrågade barnen säger att de har fått information om sina rättigheter när de bor i ett familjehem.³² Barn har enligt barnkonventionen rätt till information som har kommit till uttryck i 11 kap. 10 § SoL och 36 § LVU. Utredningen anser att varken barnet eller den unge ska behöva ta ansvar för att ta reda på att socialnämnden är skyldiga att ge dem det stödet som utredningen föreslår utan att det även behövs en bestämmelse som innebär att socialnämnden ska informera dem om att de har rätt till det stödet. I första hand ska socialnämnden informera barnet om denna rätt inför att vården ska avslutas så att stödet kan ges i direkt anslutning till att vården avslutas. Studier gör gällande att ungdomar som har varit i samhällsvård ofta vill klara sig utan stöd från socialnämnden när vården upphör, men att de efter en tid känner att de vill ha stöd. Socialnämnden ska därför informera den unge om rätten till stöd även om den unge ansöker om stöd till exempel ett år efter att vården har upphört och upp till det att den unge fyller 25 år.

11.6.4 Stöd till vårdnadshavare när barnet flyttar hem

Förslag: En bestämmelse om att socialnämnden ska erbjuda barn och vårdnadshavare råd och stöd för det särskilda behov som uppstår när barnet återförenas med den eller dem som har vårdnaden om barnet när samhällsvården upphört införs i 6 kap. 8 d § SoL.

En bestämmelse införs i 2 a kap. 4 a § SoL om att det är den placerande kommunen som ska ge stöd till vårdnadshavare efter avslutad placering införs i 6 kap. 8 d § SoL.

När ett barn har varit placerat i samhällsvård enligt SoL eller LVU är det för att vårdnadshavaren under en period av olika anledningar inte haft möjlighet att tillgodose barnets behov. Det är en mycket ingripande insats i ett barns liv. När socialnämnden avslutar vården är det inte ovanligt att socialnämnden avslutar ärendet direkt när barnet flyttat hem utan att ge stöd eller följa upp ytterligare. Det sker aningen för att socialnämnden bedömer att barnet inte har behov av

³² Socialstyrelsen 2021e s. 7, 21 och 44.

stöd eller för att barnet eller vårdnadshavarna tackar nej till de insatser som socialnämnden erbjuder.

Det finns i dag en skyldighet för socialnämnden att tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört eller sedan verkställighet av sluten ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård upphört (5 kap. 1 § 10 SoL). I juli 2022 infördes även en skyldighet för socialnämnden att följa upp barns situation när vård enligt LVU upphör (21 b § LVU). Uppföljningen ska avslutas senast sex månader efter att vården har upphört. Vid en uppföljning enligt 21 b § LVU får socialnämnden konsultera sakkunniga samt i övrigt ta de kontakter som behövs. Socialnämnden får samtala med den unge utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande.

Det finns dock ingen skyldighet för socialnämnden att erbjuda eller tillgodose det särskilda behov av stöd som vårdnadshavaren kan ha efter att vården upphör. Majoriteten av placeringar sker enligt SoL och omfattas alltså inte av 21 b § LVU, trots att barnets behov och vårdnadshavarnas brister inte sällan är lika omfattande som när barn placeras enligt LVU. Att följa upp barnets situation är inte heller detsamma som att erbjuda stödinsatser för att barnet ska kunna återförenas med vårdnadshavaren på bästa sätt. I en rapport från Vårdanalys uttrycker vårdnadshavare behov av stöd i föräldraskapet under hela placeringen, men framför allt när barnen ska flytta tillbaka hem igen. Det handlar dels om förberedelser i form av till exempel en föräldrakurs, dels om mer kontinuerligt stöd i form av någon att vända sig till. Om det varit en lång placering kan man få hem ett barn som är i en annan fas i livet – barnet kanske placerades som liten och kommer hem som tonåring. Har man inte fungerat som vårdnadshavare däremellan kan man behöva stöd i föräldrarollen.³³

Utredningen bedömer att det fortsatt finns en brist i den uppföljning och det stöd som ges när ett barn flyttar hem till vårdnadshavarna och föreslår därför att en skyldighet för socialnämnden att erbjuda vårdnadshavarna råd och stöd när barnet ska återförenas med den eller dem som har vårdnaden om barnet när vården utanför det egna hemmet upphör införs i 6 kap. 8 d § SoL. Syftet är att åstadkomma trygghet och stabilitet för barnet vid återföreningen med vårdnadshavarna. Stödet bör utgå från den problematik som föran-

³³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018a s. 77.

ledde vården och utgå från barnets behov. Det kan till exempel handla om att stötta vårdnadshavarna i den praktiska omsorgen om barnet, föräldravägledning och att återupprätta och förbättra relationen mellan barnet och vårdnadshavarna.

Utredningens överväganden om stöd med tvång

Eftersom vård utanför det egna hemmet är ett så pass allvarligt ingripande i en familjs liv och relationen mellan socialnämnden och vårdnadshavarna ofta är ansträngd efter en placering kan man utgå från att det kan vara svårt att motivera vårdnadshavarna att tacka ja till stöd när vården har upphört. Utredningen har därför övervägt möjligheten för socialnämnden att kunna ge stöd efter att en placering har avslutats även utan vårdnadshavarnas samtycke. Eftersom utredningen anser att det är lika viktigt att stödet omfattar även frivilliga placeringar enligt SoL som sker med samtycke från vårdnadshavare gör utredningen bedömningen att även stöd efter placering enligt SoL ska kräva ett samtycke av vårdnadshavare. När det gäller vård enligt LVU finns i dag vissa möjligheter för nämnden att ställa krav på vårdnadshavare i form av drogtest inför avslut av vård i familjehem som genomförts med stöd av 2 § LVU (se 32 b § LVU). Det finns däremot inte tydliga möjligheter för socialnämnden att ställa upp villkor i form av att den unge eller vårdnadshavarna ska ta emot insatser för att vården enligt LVU ska upphöra. Även om det finns möjligheter för nämnden att följa upp barns situation enligt 21 b § LVU så motsvarar den inte det stöd som en stödjande insats kan ge. Exempelvis så skulle regelbundet boendestöd eller samtalsstöd från nämnden kunna förebygga och avhjälpa missförhållanden i hemmet. Utföraren av insatsen skulle kunna ha god insyn i barnets situation och personal hos utföraren skulle också på ett tidigt stadium kunna uppmärksamma och därmed anmäla till nämnden om personal i utförarverksamheten får veta eller misstänker att ett barn far illa (se 14 kap. 1 § SoL). Att insatser ges frivilligt är förstås det som bör eftersträvas eftersom socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet (se 1 kap. 1 § SoL). I praktiken kan det ändå uppstå situationer där vårdnadshavare i princip samtycker till en insats som föreslås av nämnden i syfte att åstadkomma en situation som annars skulle leda till vård enligt 2 § LVU.

En jämförelse skulle kunna göras med de möjligheter till förebyggande åtgärder i form av öppna insatser utan samtycke som regleras i 22 § LVU. Socialstyrelsen har i sin analys av den regleringen bland annat resonerat om möjligheter att ge vårdnadshavare stöd utan samtycke:

En kombination av regeländringar som omfattar insatser till såväl barnet som vårdnadshavaren skulle kunna öka förutsättningarna för att förbättra hemmiljön samtidigt som barnet får tillgång till stödjande insatser. Socialstyrelsen bedömer dock att det är osäkert om en lagändring som möjliggör öppna insatser utan samtycke till vårdnadshavare skulle kunna säkerställa en varaktig och hållbar förändring av vårdnadshavarens föräldraförmåga i en situation där vårdnadshavaren inte är motiverad till att förändra sin situation. Förebyggande insatser enligt LVU tar sikte på de situationer där möjligheterna till frivilliga insatser enligt SoL är uttömda och där situationen är sådan att barnet kan komma att behöva beredas vård om situationen i hemmet fortsätter. Detta ställer höga krav på insatserna, hur de tas emot av vårdnadshavaren, att det finns ett visst mått av samsyn om problemen och att insatserna är tillräckligt omfattande etc.³⁴

Utredningen anser att det skulle kunna finnas ett behov av att även ha möjligheten att ge stödinsatser till vårdnadshavare utan samtycke men anser att den pågående utredningen om öppna insatser utan samtycke till vårdnadshavare och fler tidiga insatser till barn och unga (S 2022:D) är bättre lämpad att utreda en sådan ingripande reglering.

Placerande kommunens ansvar att ge stöd

Syftet med att erbjuda barn och vårdnadshavare stöd när barnet flyttar tillbaka till vårdnadshavaren efter att vården upphört är att åstadkomma trygghet och stabilitet för barnet vid återföreningen med vårdnadshavarna. Eftersom stödet bör utgå från den problematik som föranledde vården och utgå från barnets behov anser utredningen att det är den kommun som ansvarat för vården som också ska ge stödet efter vården oavsett var vårdnadshavarna bor vid återföreningen. Det är den kommunen som har kunskap om vad som föranledde vården och som känner barnet och vårdnadshavarna. Utredningen bedömer därför att utgångspunkten ska vara att det är den placerande kommunen som ska ansvara för att ge stödet och att bestämmelserna i

³⁴ Socialstyrelsen (2021j) *Öppna insatser utan samtycke – Rapport till regeringen uppdrag S2019/0472/FST* s. 8 f.

2 a kap. 10 § SoL om överflyttning av ärende tillämpas om det i enskilda fall är lämpligare att en annan kommun tar över ansvaret. En bestämmelse införs därför i 2 a kap. 4 a § SoL om att det är den placerande kommunen som ska ge stöd enligt 6 kap. 8 d § SoL till vårdnadshavare efter avslutad placering av barn i samhällsvård. Om det under tiden stödet ges framkommer att barnet kan ha behov av ytterligare stöd eller skydd ska det anmälas till den kommun som barnet vistas i.

12 Konsekvensanalys

12.1 Konsekvenser för barn och unga

Bedömning: Samtliga förslag är baserade på vad utredningen bedömer är bäst för barn och unga och bedöms leda till en bättre situation för barn och unga under 21 år i samhällsvård, både som individer och grupp.

Enligt direktiven är syftet med utredningen att höja kvaliteten på samhällsvården och säkerställa att barn och unga i samhällsvård alltid ska garanteras trygghet, säkerhet och en i övrigt god vård. Utredningen ska i uppdragets alla delar beakta barns och ungas erfarenheter.

I förarbetena till lagen som innebar att barnkonventionen inkorporerades i svensk lagstiftning framhålls att konventionen bör synliggöras i förarbeten till lagstiftning där konventionen kan vara relevant.¹ Vidare ska det vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3.1 barnkonventionen. Barnrättskommittén har lyft fram ett antal faktorer att ta hänsyn till vid bedömningen av barnets bästa. Dessa faktorer är barnets åsikter, barnets identitet, bevarandet av familjemiljön och upprätthållandet av relationer, omsorg om barnet och barnets skydd och säkerhet, utsatta situationer, barnets rätt till hälsa samt barnets rätt till utbildning. I beslut som rör barn som kollektiv – till exempel när lagar stiftas – måste barns bästa bedömas och fastställas med utgångspunkt i de omständigheter som råder för den grupp av barn det

¹ Prop. 2017/18:186 s. 92 f.

gäller och för barn i allmänhet.² Barn bör konsulteras när man formulerar lagstiftning och strategier som är relaterade till dessa och andra problemområden, och bör vara med när planer och program som är relaterade till dessa områden utformas, utvecklas och genomförs.³

Utredningens inställning har varit att så långt som möjligt utgå ifrån barns och ungas erfarenheter och synpunkter på samhällsvården eftersom det är för dem utredningens förslag ska få effekt. Utredningen inledde därför tidigt ett samarbete med barnrättsorganisationerna Maskrosbarn, Knas Hemma, Barnrättsbyrå och Attention samt med Hälsolabb för att få hjälp med att träffa barn och unga med egna erfarenheter av samhällsvård. När utredningen hade sammanställt barns och ungas röster och verifierat dessa med barnrättsorganisationerna gick utredningen vidare för att stämma av dessa med de aktörer som på olika sätt arbetar med barn och unga i samhällsvård, det vill säga socialtjänst, skola, hälso- och sjukvård, polis, SiS och privata utförare av vården. Utredningen har vidare inhämtat kunskap ifrån och tagit hänsyn till gällande lagstiftning, tidigare och pågående statliga utredningar, aktuell forskning, evidens och praxis och synpunkter från relevanta aktörer.

Utifrån den kunskapen har utredningen övervägt olika handlingsalternativ, möjliga intressekonflikter och negativa och positiva konsekvenser för barn och unga. I de fall intressen har stått mot varandra, som till exempel att förslagen får negativa konsekvenser för kommunernas självstyrelse eller är kostnadskrävande, har utredningen uteslutande beslutat utifrån vad som bedöms vara bäst för barn och unga. Utredningen har också strävat efter att lämna förslag som bidrar till högre kvalitet i samhällsvården för varje enskilt barn och ung person, utifrån den personens rättigheter och behov, inte utifrån generella föreställningar om placerade barn och unga som grupp.

I kapitel 3 och bilaga 3 redovisas vad som kom fram vid utredningens kontakter med barn och unga som var eller har varit i samhällsvård. Erfarenheterna som barnen och de unga berättade om har även redogjort för i de delar av betänkandet där de varit särskilt relevanta. Vidare har utredningen löpande i betänkandet redovisat för de

² Barnrättskommitténs *allmänna kommentar nr 14* (2013), p. 32, p. 52–79, genom Barnombudsmannen, *Allmänna kommentarer*: <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/allmanna-kommentarer/> (hämtad 2023-05-16).

³ Barnrättskommitténs *allmänna kommentar nr 12* (2009) p. 122, genom Barnombudsmannen, *Allmänna kommentarer*: <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/allmanna-kommentarer/> (hämtad 2023-05-16).

artiklar i barnkonventionen som har betydelse vid utredningens beskrivningar och överväganden.

Utredningens bedömning

Samtliga förslag är baserade på vad utredningen bedömer är bäst för barn och unga och bedöms innebära en bättre situation för barn och unga under 21 år i samhällsvård, både som individer och grupp. Förslagen bedöms även påverka vårdnadshavares situation på ett positivt sätt. Det har varit en grundförutsättning för att utredningen ska lägga fram förslagen. Bland annat förväntas förslagen innebära en större delaktighet för barn och unga i samhällsvård genom ett antal olika förslag för att förstärka och förbättra beslutsprocessen och uppföljningen av vården. Bättre tillgång till hälso- och sjukvård till exempel genom förslag om att lagreglera utomlänsvård och ett tydliggörande av ansvar mellan regionen och SiS. Vidare förväntas kvaliteten på vården i HVB öka bland annat genom krav på högre kompetens hos personalen och starkare styrning och kunskapsatsning av staten.

En stor del av barn och unga i samhällsvård har funktionsnedsättningar. Utredningen anser att förslagen är av betydelse inte minst för dessa barn och unga. Några av förslagen som bedöms vara av särskild vikt sett till barn och unga i samhällsvård som har funktionsnedsättningar är tydliggörandet av tillgång till hälso- och sjukvård vid särskilda ungdomshem, särskilda kunskapsbedömningar med krav på specialpedagogisk kompetens i skolan och ökad kompetens hos personal och föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende samt ökat stöd till familjehem. Förslagen gäller emellertid för alla barn och unga i samhällsvård.

Våld ska inte få förekomma inom samhällsvården. Utredningen bedömer att bland annat förslagen om att socialnämnden särskilt ska uppmärksamma om barnet eller den unge har utsatts för våld när nämnden följer vården, tillståndsgivning till familjehem och register över familjehem som möjliggör att olämpliga familjehem kan utslutas för framtida uppdrag, höjd kompetensnivå i HVB, den centrala klagofunktionen på SiS, samt socialnämndens skyldighet att rapportera misstankar om missförhållanden i familjehem, HVB och stödboenden till IVO kommer att förebygga och motverka risken för att barn och unga utsätts för våld och annan försummelse i samhällsvården.

För att säkerställa att alla, även hbtqi-personer, upplever trygghet och får tillgång till stöd efter behov i SIS föreslår utredningen att 4 § förordningen (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse ändras så att det framgår att myndigheten ska utforma sin verksamhet så att den utgår från varje persons individuella villkor och behov, inte bara för flickor och pojkar.

Vidare konsekvenser redogörs för vid varje förslag i respektive kapitel.

12.2 Ekonomiska konsekvenser

12.2.1 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens uppdrag är att föreslå åtgärder som kan öka kvaliteten i vården när barn och unga placeras i familjehem, stödboende och hem för vård eller boende med syfte att säkerställa att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet alltid ska garanteras trygghet, säkerhet och en i övrigt god vård. Utredningens bedömning är att det behövs ambitionshöjningar på alla samhällsnivåer som innebär en ekonomisk satsning på samhällsvården.

År 2021 uppgick kommunernas kostnader för socialtjänstens arbete med barn och unga till 25,6 miljarder kronor. Av dessa kostnader uppgick 19,3 miljarder kronor för vård i familjehem, HVB och stödboende.⁴ Kostnaderna för insatser för barn och unga ökade med 3 miljarder kronor, motsvarande 13 procent, från 2017 till 2021, främst till följd av ökade kostnader för placeringar för vård utanför det egna hemmet.⁵

Barn och unga som har varit i samhällsvård har dessutom kraftiga överrisker för olika negativa utfall så som avbruten skolgång, låg utbildningsnivå, arbetslöshet, missbruk, kriminalitet och hälsoproblem även efter att vården upphör. Detta är utfall som innebär stora kostnader för samhället.

Utredningens förslag innebär ambitionshöjningar inom flera områden för staten, kommunerna och regionerna. Särskilt för kommunerna

⁴ Statistiska centralbyrån, SCB, *Kommunernas kostnader för individ och familjeomsorg år 2018–2022*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-regionsektorn-2022/kommunernas-kostnader-for-individ-och-familjeomsorg-ar-20182022/> (hämtad 2023-09-04).

⁵ Socialstyrelsen 2023a s. 12.

handlar det också om kostnadsökningar. Utredningen vill samtidigt framhålla att förslagen i detta betänkande på sikt ökar förutsättningarna för samhällsekonomiska besparingar utöver de förbättrade livsmöjligheterna för barn och unga som varit placerade under uppväxten. Det är ett förebyggande perspektiv på samhällsvården som ständigt måste hållas levande för staten, kommunerna, regionerna och utförarna.

Tagna tillsammans innebär förslagen att kommunerna sannolikt kan använda sina resurser på ett mer kostnadseffektivt sätt, men det är svårt att bedöma den exakta omfattningen av dessa konsekvenser och när de infinner sig. Utredningen redogör för några sådana exempel men har inte räknat in dem i finansieringen av förslagen. Utredningen har inte gjort särskilda beräkningar av hur kostnaderna påverkas eftervården eftersom de rymmer för många osäkerheter. De potentiella vinsterna fördelas också på många aktörer över lång tid och ger inte underlag för finansiering av nya samhällsåtaganden i ett kortare tidsperspektiv.

Exempel på möjliga omfördelningar av kommunernas resurser

Ett exempel på möjlig omfördelning och kostnadseffektivisering till följd av utredningens förslag är konsekvenserna av att införa krav på tillstånd för familjehem och ett nationellt familjehemsregister. Det saknas i dag, uppgifter om vad en utredning av ett familjehem kostar kommunerna eftersom genomförandet av utredningen varierar, men om man utgår ifrån att en utredning minst ska innehålla ett eller flera hembesök, samtal med de berörda i familjen, inhämtande av registeruppgifter och referenser, dokumentation och bedömningar kan en utredning uppskattas ta fem arbetsdagar, vilket innebär omkring 13 000 kronor per utredning. Det saknas även uppgifter om vad arbetet med att matcha ett barn med ett familjehem kostar, men om man utgår från att den processen kan ta omkring 2,5 arbetsdagar om det redan finns uppgifter om familjehemmet och detta redan har tillstånd, blir kostnaden i stället 6 500 kronor per utredning. Under 2021 inledde 6 800 barn eller unga placering i familjehem varav några är syskon. Om man räknar på att socialnämnden gör en utredning av familjehem till 6 000 barn och unga så blir det en kostnad på 78 miljoner kronor. Om man räknar på att socialnämnden i stället skulle kunna placera 4 000 av dessa barn i familjehem som redan har tillstånd blir

det en kostnad på 26 miljoner kronor, plus 26 miljoner för de 2 000 barn och unga som socialnämnden måste hitta nya familjehem till så blir det sammantaget 52 miljoner kronor. Besparingen blir således 26 miljoner kronor, men det förutsätter att de nya arbetsätten har utvecklats och implementerats samt att information om tillgängliga familjehem med tillstånd har lagts in i det nationella registret.

Kostnadsfördelning mellan olika placeringsformer

En övergripande ambition med förslagen i detta betänkande är att främja vård i former som är så lite ingripande som möjligt. Ett genomförande av förslagen ger nya möjligheter för kommunerna att anlita förstärkta familjehem där minst en av föräldrarna är hemma en stor del av sin arbetstid och har särskild kompetens för uppgiften. Det ger i sin tur en tydligare grund för insatser som TFCO och en familjehemsvård som kan tillgodose mer omfattande stöd- och vårdbehov än ett familjehem i dag normalt förväntas kunna möta. Det förstärkta familjehemmet har rätt till mer stöd från kommunen än andra familjehem, men är ett alternativ till institutionsvård med mindre risker och lägre kostnader än vid en placering i HVB förutsatt att ett förstärkt familjehem motsvarar barnets eller den unges behov.

Som exempel kan nämnas att om 1 000 barn eller unga (omkring en sjundedel av alla institutionsplaceringar 2021) var placerade i ett förstärkt familjehem i stället för HVB under 5 månader, skulle bara det innebära minskade kostnader på omkring 375 miljoner kronor per år. Exemplet utgår från uppgifter om medelvårdtid för den sista enskilda placeringen i olika placeringsformer som utredningen tagit fram (avsnitt 3.4.6). Enligt dessa beräkningar är skillnaden mellan dygnskostnaden för ett förstärkt familjehem och dygnskostnaden för ett HVB med behandlingsinriktning 2 500 kronor. Medelvårdtiden i privata HVB, som dominerar stort inom institutionsvården, är omkring fem månader (150 vårddygn). 2 500 kronor i 150 vårddygn för 1 000 placerade barn och unga innebär 375 miljoner kronor per år.

Det bör tilläggas att kostnaderna ovan är räknade på förstärkta familjehem och HVB i privat regi. Besparingen blir mindre om jämförelsen görs med kommunala HVB där kostnaden per vårddygn i genomsnitt är 2 000 per dygn och placeringstiden något kortare. Besparingsmöjligheterna minskar ytterligare om kommunen anlitar ett kraf-

tigt förstärkt familjehem med en genomsnittlig kostnad på 3 250 kronor per vård dygn. Samtidigt är exemplet med 1 000 barn och unga lågt räknat. Om man följde Norges exempel med få institutionsplaceringar skulle antalet barn och unga i HVB kunna halveras under förutsättning att andra fullgoda alternativ är tillgängliga.

Slutligen ska det framhållas att beräkningarna bygger på uppgifter om dagens vård i familjehem och HVB. Med en generellt högre kvalitet i dessa verksamheter kan kostnaderna för båda placeringstyperna bli högre. Det påverkar möjligheterna till kostnadsminskningar, men beräkningarna visar ändå på ett betydande utrymme för omfördelning av resurser inom samhällsvården till insatser som kan ge bättre vård och bättre resultat av vården.

Anlitande av utförare

Ännu större besparingar är möjliga att exemplifiera när det gäller anlitande av utförare.

Konsulentstödda verksamheter

Utredningen föreslår att all ersättning för uppdrag som familjehem ska betalas ut av socialnämnden direkt till dem som anlitas eller avses att anlitas som familjehem för vård av barn och unga under 21 år. Enligt de beräkningar som redovisas i avsnitt 3.4.6 är kostnaderna för den form av familjehem som utredningen kategoriserar som ordinarie familjehem i genomsnitt 800 kronor per vård dygn. Motsvarande kostnad för ett ordinarie familjehem i privat regi är 1 800 kronor per vård dygn. Båda prisuppgifterna gäller för de familjehem som faller under den kategori som utredningen föreslår ska heta "allmänna familjehem".

Enskilda familjehemsplaceringar pågår i genomsnitt uppåt två år, vilket gör att kostnaderna i detta fall kan räknas på helår. För placering i allmänna familjehem är årskostnaden 292 000 kronor och för placering i konsulentstödda familjehem är den 657 000 kronor. Totalt vårdades 18 700 barn eller unga i familjehem 2021, enligt en studie från Stockholms universitet vårdas drygt 20 procent av barn och unga i familjehem med stöd av en privat konsulentstödd verksamhet, det

vill säga 3 700 barn.⁶ Den nuvarande kostnaden för denna vård är, med de beräkningar som anges ovan, 2,43 miljarder kronor per år. Om vården i stället gavs i familjehem utan stöd i privat regi skulle den uppgå till 1,08 miljarder kronor per år. Exemplet ger alltså en kostnadsminskning på 1,36 miljarder kronor per år.

Även här kan antagandena diskuteras. En större eller mindre andel av de konsulentstödda familjehemmen kan vara jourhem eller förstärkta familjehem, vilket ger större kostnadsminskningar. Samtidigt kommer kommunerna att behöva ersätta stödet i privat regi med egna eller upphandlade insatser.

Privata HVB

En fråga som tidigare diskuterats är vinsterna i privata bolag som driver HVB. En studie från Stockholms universitet visar att privata utförare av institutionsvård har haft relativt stora vinster i form av kapitalavkastning till ägare i jämförelse med andra privata verksamheter inom till exempel skolan, vården och omsorgen. Mot slutet av 2010 var vinsten omkring 15 procent efter att ha tidigare varit 20 procent eller mer, och därmed högre än i tjänstesektorn som helhet.⁷ Det kan sammantaget ha rört relativt stora belopp, men sedan slutet av 2010 har placeringarna i HVB blivit färre och det är osäkert vad det innebär för kostnaderna och vinsterna. De andra omfördelningar och minskningar av kostnader som beskrivs i detta avsnitt utgår mer direkt från vad som är känt i dag.

Ökad stabilitet i vården

Samhällsvården står för en stor del av den sociala barn- och ungdomsvårdens kostnader, som i sin tur är en betydande del av individ- och familjeomsorgens kostnader. De ekonomiska aspekterna är bara ytterligare ett skäl för kommunerna att förebygga placeringar av barn och unga i samverkan med regioner, polisen med flera. Utredningen har avgränsat sitt arbete till situationer och vårdförlopp där en placering blivit aktuell och lämnar inga särskilda förslag om det tidiga förebyggande arbetet som kan förebygga samhällsvård i sig. Men ut-

⁶ Lundström och Sallnäs 2019 s. 22–23.

⁷ Ibid.

redningens förslag stärker socialtjänstens möjligheter att förebygga längre placeringar än nödvändigt och nya placeringar efter att samhällsvården avslutats. Det är också ett viktigt förebyggande perspektiv som utredningen vill betona och lyfta fram.

Exempel A

Socialstyrelsen har i en rapport från 2023 beskrivit en relativt hög grad av instabilitet med många omplaceringar i samhällsvården. I rapporten beskrivs exempel på vårdkedjor med flera olika placeringar som avlöser varandra.

Ett av exemplen gäller en ung person som från födelsen och fram till 20 års ålder varit placerad:

- femton år i fyra familjehem (tio år i kommunalt familjehem och fem år i konsulentstött familjehem),
- tre år i fyra jourhem (varav hälften i kommunalt jourhem och hälften med konsulentstöd), och
- två år i tre olika HVB.⁸

Med ledning av beräkningarna för placeringskostnader som beskrivs i avsnitt 3.4.6 kan den sammanlagda kostnaden för dessa placeringar uppskattas till omkring 12 miljoner kronor.

Med träffsäkrare val av lämpliga utförare och förbättrat stöd till familjehemmen hade socialtjänsten kunnat minska antalet placeringar och tiden i jourhem och undvikit placering i institution. Vårdkedjan skulle då till exempel i stället kunnat se ut så här:

- ett kommunalt familjehem i femton år och
- ett förstärkt familjehem i fyra år.

Vid sidan av en tryggare vård för barnet/den unge skulle en sådan vårdkedja innebära minskade placeringskostnader med 4 miljoner kronor för kommunen, som därmed får ökade resurser för stöd till barnet/den unge, vårdnadshavaren och familjehemmen.

⁸ Socialstyrelsen 2023b s. 65 och 67.

Om vårdkedjan i stället omfattar femton år i allmänt familjehem, fyra och ett halvt år i förstärkt familjehem och ett halvår i HVB så innebär det minskade placeringskostnader med 3,5 miljoner kronor.

Exempel B

I avsnitt 3.3.2 beskriver utredningen att den har mött barn och unga som berättar om många placeringar under delar av uppväxten. Utifrån de beskrivningarna har utredningen konstruerat ett fiktivt exempel med följande vårdkedja som påbörjats och avbrutits flera gånger från fem till 20 års ålder:

- tre familjehem i sex år (varav hälften i kommunalt familjehem och hälften i ett med konsulentstöd),
- två jourhem i ett och ett halvt år (varav hälften i kommunalt familjehem och hälften i ett med konsulentstöd),
- fyra HVB i tre år, och
- två särskilda ungdomshem i ett och halvt år.

Särskilt kostnaderna för placeringar i särskilda ungdomshem (4,0 miljoner kronor) och andra HVB (5,3 miljoner kronor) utgör en stor del av vårdkostnaden på sammanlagt 13,8 miljoner kronor i detta exempel. Även här borde träffsäkrare val av lämpliga utförare och förbättrat stöd till familjehemmen socialtjänsten ha kunnat minska antalet placeringar och tiden i jourhem och institution. Vårdkedjan skulle då till exempel i stället kunnat se ut så här:

- ett allmänt familjehem i sex år,
- ett förstärkt familjehem i fyra år,
- ett jourhem i ett halvår, och
- ett HVB i ett halvår.

Vid sidan av en tryggare vård för barnet/den unge skulle en sådan vårdkedja innebära minskade placeringskostnader med 8,2 miljoner kronor för kommunen, som därmed fått ökade resurser fört stöd till barnet/den unge, vårdnadshavaren och familjehemmen.

Kostnadsminskningar över tid

Exemplen ovan visar på mycket varierande individuella förhållanden, men illustrerar också vad ökad stabilitet betyder för både kvalitet och kostnader i samhällsvården.

Socialstyrelsens rapport om instabilitet i vården visar att drygt 60 procent av de barn och unga som varit långtidsplacerade har haft tre eller fler placeringstillfällen under uppväxten. Omkring 7–8 procent har haft tio eller fler placeringar och det förekommer att enstaka långtidsplacerade barn har haft ända upp till trettio placeringar. Ett typiskt placeringsmönster för långtidsplacerade barn med många placeringstillfällen är, enligt Socialstyrelsen, flera korta placeringar i början, några längre placeringar i mitten, och flera kortare placeringar i slutet, det vill säga ett mönster som motsvarar exempel A.⁹

År 2021 var 26 200 barn och unga någon gång placerade enligt SoL och LVU. Om 7 procent av dessa placerades tio gånger eller mer så motsvarar det drygt 1 800 barn och unga.

Om ökad stabilitet för alla dessa 1 800 barn och unga skulle medföra minskade kostnaderna med 4 miljoner kronor (som i exempel A) så innebär det en sammanlagd minskning med 7,2 miljarder kronor. Besparingen görs dock inte vid ett tillfälle utan under en period på tio till femton år. Det skulle ändå innebära en årlig besparing på 480–720 miljoner kronor.

Med en lägre kostnadsminskning på 3 miljoner kronor för varje kedja så innebär det en sammanlagd besparing på 5,5 miljarder kronor, eller 350–550 miljoner kronor per år.

Om kostnadsminskningen i stället blir 8 miljoner kronor (som i exempel B) så ger det en sammanlagd besparing på 14,4 miljarder kronor, eller 960 miljoner till 1,4 miljarder kronor per år.

Med ledning av dessa räkneexempel kan ökad stabilitet i vården alltså uppskattas medföra minskade kostnader på 0,5–1 miljard kronor per år som kan användas för bland annat mer stöd till barn, unga, familjehem och vårdnadshavare.

Det bör tilläggas att ökad stabilitet för de större grupper barn och unga som hade varit med om upp till tio placeringar också kan ge betydande kostnadsminskningar.

⁹ Socialstyrelsen 2023b s. 8.

Tidsperspektiv på kostnadsminskningarna

Samtliga kostnadsminskningar som beskrivs i detta avsnitt förutsätter att de nya arbetsätten etableras och pågår en viss tid under tillsyn och uppföljning så att de inte medför nya risker för vårdens kvalitet. Utredningen anser att kostnadsminskningarna är realistiska och önskvärda, men de är inte möjliga att uppnå redan när utredningens författningsförslag är tänkta att träda i kraft.

De olika exemplen ovan överlappar också i viss mån varandra, till exempel genom att stabiliteten ökar genom placeringar i förstärkta familjehem i stället för HVB och att de förstärkta familjehemmen anlitas direkt av kommunen.

Mot den bakgrunden har utredningen inte heller räknat in dessa kostnadsminskningar i finansieringen av den ambitionshöjning i samhällsvården som föreslås i detta betänkande. Utredningen anser dock att exemplen i detta avsnitt tydligt visar att förändringar som ökar kvaliteten i samhällsvården också leder till en mer försvarbar användning av medlen för denna vård och att resurser frigörs för annat stöd inom den sociala barn- och ungdomsvården. Därmed kan samhällsvården i större utsträckning bidra till social hållbarhet och till ett hållbart arbete inom socialtjänsten. Då har utredningen ändå inte exemplifierat de ytterliga kostnadsbesparingar som ambitionshöjningarna sannolikt kommer innebära efter att vården har upphört i form av minskat behov av till exempel försörjningsstöd, hälso- och sjukvård och kriminalvård.

12.2.2 Ekonomiska konsekvenser för staten

Bedömning: Om förslagen genomförs beräknas staten få en engångskostnad på 66 miljoner kronor för utvecklings-, implementerings- och uppföljningskostnader. Kostnaderna avser uppdrag till Socialstyrelsen, IVO, SiS och Skolverket, samt överenskommelser med SKR. Vidare beräknas staten få ökade löpande kostnader om 26 miljoner kronor per år.

Utgångspunkter för uträkningarna

Nedan beskriver vi de uppskattade kostnaderna för de förslag som utredningen bedömer aktualiserar finansieringsprincipen. Antagandena som ligger till grund för kostnadsberäkningarna är i stora delar grova uppskattningar eftersom vi saknar tillgång till säkra uppgifter på en rad områden.

Beräkningar av personalkostnader är baserade på SCB:s senaste lönestatistik för socialsekreterare som är 37 500 kronor/månad med ett tillägg av SKR:s personalomkostnadspålägg för kommunerna för 2024 (45,75 procent). Eftersom det saknas tillförlitlig lönestatistik för till exempel familjeterapeuter, behandlingsassistenter, stödkontakter och liknande så har vi använt lönestatistiken för socialsekreterare för alla löneberäkningar även om det inte alltid handlar om arbetsuppgifter som måste utföras av en socialsekreterare.

När det gäller antal barn och unga som berörs har utredningen utgått från den senaste statistiken som finns tillgänglig från Socialstyrelsen. År 2021 fick 26 200 barn och unga någon gång under året en heldygnsinnsats. Av dem vårdades 18 700 i familjehem, 6 000 i HVB och 2 300 i stödboende. 6 800 barn och unga inledde en placering under 2021. Cirka 1 600 barn eller unga avslutade vård 2021.

Kostnad för IVO

Nationellt familjehemsregister

IVO föreslås få i uppdrag att utveckla och förvalta ett nationellt familjehemsregister och placeringstjänst. Utredningen gör antagandet att det kan kosta uppskattningsvis lika mycket som det gjorde för IVO att tillhandahålla liknande tjänst för HVB och stödboenden, dvs. 4 miljoner för utvecklingen av registret och tjänsten. Utöver det räknar utredningen att IVO kan behöva cirka 1 miljon kronor per år för förvaltning och uppdatering.

Återkallande av tillstånd till familjehem

Det finns inga uppgifter om hur många tillstånd det kommer att bli tal om eftersom det är en helt ny åtgärd, men utredningen bedömer att det sannolikt kommer att handla om relativt få, sannolikt högst

100 utredningar per år, alla utredningar leder dock sannolikt inte till ett återkallande av tillståndet. Medellönen för en statstjänsteman var 2022 enligt Arbetsgivarverket 40 900 kronor i månaden. Om man grovt uppskattar att en utredning av att återkalla tillstånd för familjehem kan ta cirka 5 arbetsdagar blir det då cirka 14 900 kronor per utredning inklusive personalomkostnader. Det blir en kostnad om cirka 1,5 miljoner per år. Eftersom detta är en helt ny arbetsuppgift för IVO räknar utredningen med att IVO inledningsvis kan behöva en engångssumma om cirka 3 miljoner kronor för utveckling av arbetsätt, stödmaterial och rutiner.

Kostnad för Socialstyrelsen

Kostnad för nationell kunskapsuppföljning

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utveckla och förvalta en ny struktur för nationell kunskapsuppföljning (4.4.5). Utredningen bedömer att utvecklingskostnaden för en digital plattform som kan tillgängliggöra informationen och underlätta analyser av informationen kan uppskattas motsvara kostnaden för IVO:s placeringstjänst som kostade 4 miljoner att utveckla. Arbetet med att uppdatera den och genomföra föreslagna samkörningar med annan information, analyser, brukarenkäter osv. är ett omfattande arbete som utredningen uppskattar till 1 miljon per år.

Kostnad för samordningsansvar

Utredningen föreslår vidare att Socialstyrelsen genom en ändring i sin instruktion ska få i uppgift att stödja vården av barn och unga under 21 år i familjehem, stödboende och hem för vård eller boende samt ansvara för samordning av statens stöd inom området till kommuner, regioner och verksamheter (4.4.4). Det arbetet uppskattas kosta 10 miljoner per år.

Sammanlagd engångskostnad för utveckling- och uppföljningsuppdrag

- Ta fram närmare beskrivning och stödmaterial för utredning av familjehem. Socialstyrelsen ges även i uppdrag att tillhandahålla utbildning till kommunerna i att hålla grundutbildning för familjehem.
- Ta fram kunskapsstöd om systematiskt kvalitetsarbete och grundläggande förutsättningar för god kvalitet i HVB och stödboende.
- Ta fram en utbildning för föreståndare i HVB och stödboende som tar emot barn och unga under 21 år.
- Ta fram ett nationellt stöd för att bedöma personlig lämplighet hos personal i HVB och stödboende som tar emot barn och unga under 21 år.
- Vidareutveckling och implementering av SAMS och SiSam.
- Implementering och utvärdering av ny lagstiftning cirka 2 år efter att den träder i kraft.

Sammanlagd summa för dessa uppdrag bedömer utredningen till cirka 13 miljoner kronor.

Kostnad för SiS

Utredningen anser att regeringen bör ge SiS i uppdrag att ta fram riktlinjer för att förebygga sexuella övergrepp och att rapportera hur riktlinjerna implementeras och följs upp. Vidare bör regeringen ge SiS i uppdrag att stödja barn och unga som blir brottsoffer i särskilda ungdomshem (8.9.3). Sammanlagd summa för dessa uppdrag uppskattar utredningen till en engångskostnad om 1 miljon.

Kostnad för Skolverket

Skolverket bör ges i uppdrag att tillsammans med SPSM ta fram allmänna råd och stödmaterial för att göra en kunskapsbedömning enligt utredningens förslag (10.5.2). Arbetet bedöms kosta 1 miljon kronor en gång.

Övrig kostnad för staten

Mobila team och digitala lösningar för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem

I avsnitt 9.7.3 föreslår utredningen att regeringen bör initiera ett utvecklingsarbete för att pröva mobila team och digitala lösningar för ökad tillgänglighet till regionens öppna hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem. Utredningen jämför med det pågående pilotprojektet med integrerad vård, men bedömer att utvecklingsarbetet inte behöver vara lika omfattande. En sammanlagd tid på högst tre år bör vara rimlig, inklusive viss tid i inledningsskedet för hantering av statsbidrag samt viss tid för slutrapportering.

Med ledning av kostnaderna för pilotprojektet med integrerad vård beräknar utredningen en sammanlagd kostnad på 30 miljoner kronor för ett utvecklingsarbete för att pröva mobila team och digitala lösningar för ökad tillgänglighet till regionens öppna hälso- och sjukvård för barn och unga i särskilda ungdomshem. Kostnaden inkluderar medel till högst tre deltagande regioner under två år, kostnader för SiS interna arbete, kostnader för Socialstyrelsens samordning samt extern expertis för underlag om digitala lösningar och utvärdering av de mobila teamen. Under fyra år fördelas kostnaderna enligt följande:

- År 1: 2 miljoner kronor för förberedelser hos Socialstyrelsen och SiS
- År 2: 10 miljoner kronor för statsbidrag till deltagande regioner och 2,5 miljoner kronor för myndigheternas arbete
- År 3: 10 miljoner kronor för statsbidrag till deltagande regioner och 2,5 miljoner kronor för myndigheternas arbete och anlitade experter
- År 4: 3 miljoner kronor för myndigheternas arbete och anlitade experter.

Jourhems rätt till ersättning

Jourhem ska omfattas av möjlighet till föräldraledighet och socialförsäkringsförmåner på samma sätt som övriga familjehem (se avsnitt 6.6.28).

2021 var 5 230 barn eller unga placerade i jourhem. Det saknas uppgifter om hur många jourhem som behöver ersättning i form av för-

äldraledighet så utredningen har fått göra grova uppskattningar. Utredningen har räknat på antagande att hälften av dessa inte är aktuella för att de inte arbetar eller har placerade barn som är äldre. Då återstår 2 615 jourhem. Om uppskattningsvis 30 procent av dem (748) skulle behöva vara föräldralediga i 10 dagar (1 600 kronor/dag) skulle det bli en kostnad av 12,5 miljoner per år.

Överenskommelser med SKR

Utredningen föreslår att regeringen ingår överenskommelser med SKR inom fyra utvecklingsområden:

- utvecklingsarbete för att förbättra placerade barns skolresultat (6 miljoner på fyra år)
- utarbeta uppdaterade och tydligare rekommendationer för ersättningsnivåer för familjehem (2 miljoner på 1 år)
- insatser för att öka kommunernas användande av nätverkshem (1 miljon på 1 år)
- ta fram nationell överenskommelse mellan regionerna och SiS (1 miljon på 1 år).

Sammantaget blir kostnaden för överenskommelserna 10 miljoner kronor.

12.2.3 Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Bedömning: Om förslagen genomförs beräknas kommunerna få ökade kostnader med cirka 506 miljoner per år till följd av utökade arbetsuppgifter och ambitionshöjningar i lagstiftningen.

De flesta av utredningens förslag bedöms inte leda till utökade arbetsuppgifter med ekonomiska konsekvenser för kommunerna. Några förslag kan innebära något förhöjda administrativa kostnader för kommunerna men de är så pass försumbara och förväntas på sikt kunna effektivisera kommunernas arbete att utredningen inte har tagit med dem som ökade kostnader. Exempel på ett sådant förslag är kravet på kommunerna att rapportera uppgifter om familjehem till det natio-

nella familjehemsregistret. De förslag som utredningen bedömer kommer innebära ökade kostnader för kommunerna redovisas för här nedan.

Stöd till familjehem under kvällar och helger (se avsnitt 6.6.24)

Utredningen gör bedömningen att flera kommuner kan samarbeta om att ge stöd till familjehem under kvällar och helger. Om till exempel 6 kommuner delar på en heltidstjänst som finns tillgänglig utanför kontorstid så blir kostnaden 109 200 kronor per kommun/år. Den totala summan för kommunerna blir då cirka 32 miljoner per år.

Stöd till familjehem under det första året (se avsnitt 6.6.24)

Om stödet som föreslås ges i snitt 2 timmar i månaden kostar det 8 184 kronor per barn/år. cirka 6 800 barn och unga inledde vård i familjehem 2021. Eftersom en del är syskon i samma familjehem så har utredningen uppskattat berörda familjehem till cirka 6 000. Om man utgår från att 70 procent av dessa familjehem kan behöva extra stöd eftersom en del av familjehemmen är så erfarna eller barnen är så små att det inte finns behov av stöd, så blir det 4 200 familjehem. Den totala summan för stödet blir då 34 miljoner per år.

Barn och unga ska få råd, stöd och annan hjälp som de behöver, samt stöd i kontakt och umgänge med föräldrar och syskon (se avsnitt 5.5.2)

1 timme stöd i veckan kostar cirka 17 700 kronor per barn/år. Om man utgår från att barn under 7 år generellt kan få sina behov tillgodosedda av sina omsorgspersoner och cirka 70 procent av de övriga barnen och unga vill ha extra stöd så görs beräkningarna på cirka 10 500 av de barn och unga som är i samhällsvård. Om man uppskattar att barn och unga i snitt kommer att vilja ha extra stöd under hälften av sin placering blir summan totalt 93 miljoner.

Vårdnadshavarna ska få stöd med den problematik som föranledde vården i minst två år (se avsnitt 5.5.8)

Om stöd ges i uppskattningsvis 2 timmar i månaden blir det cirka 17 700 kronor per föräldrar/år. Cirka 10 000 barn och unga inledde vård 2021 men eftersom en del är syskon så ha utredningen räknat på 8 000 barn eller unga. Om man utgår från att cirka 50 procent av vårdnadshavarna tackar ja till stöd blir det totalt 4 000. Summan får tas gånger två eftersom stödet ska ges i 2 år. Totalt blir summan då 70 miljoner.

Utredningen föreslår även att vårdnadshavare och föräldrar ska få råd, stöd och annan hjälp som de behöver främst för att främja kontakten och umgänget med barnet. Den regleringen anser dock utredningen är en precisering av befintlig reglering och innebär därmed ingen kostnadsökning.

Kunskapsbedömning enligt skollagen (se avsnitt 10.5.2)

Utredningen bedömer att en obligatorisk kunskapsbedömning innebär en något ökad kostnad för skolan som kan jämföras med regionernas ökade kostnader för hälsoundersökningar som infördes 2017. Regionerna ersätts för hälsoundersökningen med 10 miljoner per år så utredningen bedömer att skolan ersätts med samma summa.

Barn och unga ska upp till 25 års ålder få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård när vården avslutats (se avsnitt 11.6.2)

Om man räknar att den unge får stöd cirka 1 timme i veckan i genomsnitt ett år blir cirka 17 700 kronor per barn/år. 1 200 barn/unga flyttade till eget boende 2021. Om man uppskattar att cirka 50 procent vill ha stödet blir det 600 unga. Summan blir då totalt 10,6 miljoner per år.

Nämnden ska överväga fortsatt vård efter 18 år (se avsnitt 11.6.1)

Utredningen uppskattar att förslaget kan innebära att vården pågår i snitt i 1 år längre än i dag och att cirka 40 procent av de 1 400 barn som avslutar vården vid 18 år vill fortsätta vården så blir det 560 unga per år. Dygnskostnaden för familjehem och stödboende som antas vara de placeringsformer som är mest aktuella för den här målgruppen (familjehem och stödboende), kostar cirka 800 kronor/dygn (se avsnitt 3.4.6.) så blir det en kostnad om 292 000 kronor/år per ung person. Summan blir då totalt 163 miljoner.

Vårdnadshavare ska erbjudas råd och stöd när barnet återförenas med dem efter att vården upphört (se avsnitt 11.6.4.)

1 timme i veckan med en socialsekreterare i cirka 6 månader blir cirka 8 100 kronor per barn. Gäller totalt cirka 4 000 barn per år. Om man räknar att en del är syskon så återstår uppskattningsvis 3 000 barn och om hälften tackar nej till stödet så återstår 1 500 föräldrar (2 föräldrar får stöd tillsammans). Totalt blir då summan 12,1 miljoner per år.

Föreståndare för HVB ska ha lämplig utbildning och personlig lämplighet för att kunna utföra sina arbetsuppgifter (8.7)

Enligt uppgifter från IVO:s omsorgsregister fanns det i augusti 2023 sammanlagt 600 HVB som tog emot barn och unga (i vissa fall även vuxna 21 år och äldre) samt 239 stödboenden för barn och unga. Vid alla dessa verksamheter ska det finnas en föreståndare. Med utredningens förslag kan det komma att finnas mer än en föreståndare vid vissa större verksamheter. Dessa är dock mindre vanliga.

Särskilda uppgifter om föreståndarnas utbildningar saknas. Föreståndare för HVB ska ha en högskoleutbildning av den omfattning som utredningen föreslår, men inte alltid med samma inriktning. Föreståndare för stödboende behöver inte ha någon högskoleutbildning. Utifrån detta gör utredningen följande antaganden:

- Förslaget berör 1 000 föreståndare i HVB och stödboende, vilket innebär en viss marginal för två eller fler föreståndare vid ett mindre antal verksamheter.

- Två tredjedelar av föreståndarna HVB och en tredjedel av föreståndarna i stödboende har en utbildningsnivå som motsvarar utredningens förslag.
- Ökad konkurrens om personal med lämplig högskoleutbildning innebär en löneökning på 2 000 kronor per månad.

Ekonomiskt innebär det en ökad kostnad på 2 000 kronor per månad i ett år för 1 000 föreståndare. Det innebär ökade kostnader på 35 miljoner kronor per år. Kostnaderna kommer i ett första skede att ligga på de huvudmän som driver HVB och stödboende, men ytterst kommer kostnaderna att belasta kommunerna som upphandlar HVB och stödboende.

Personal vid HVB och stödboende för barn och unga ska ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning (se avsnitt 8.7.2)

I avsnitt 8.7.2 finns uppgifter från olika studier om antalet anställda i HVB och stödboende och om deras utbildningsnivå. Dessa uppgifter ger inte en enhetlig eller lättolkad bild. Ett par studier från 2010-talet pekar på att behandlingspersonalen i HVB i genomsnitt bestod av tio till tolv personer per institution. Sommaren 2023 fanns det 600 HVB som tog emot barn och unga. De hade i stort samma genomsnittliga antal vårdplatser som i studierna från 2010-talet och kan därför antas ha samma antal anställda utöver föreståndaren. I så fall fanns det omkring 6 000–7 200 övrig personal i HVB. För stödboende saknas beräkningar av antalet anställda, men med ledning av samma antaganden som vid HVB finns det omkring 2 400–2 900 anställda i 239 stödboenden. Det innebär sammantaget 8 400–10 100 anställda i kommunala och privata HVB och stödboenden. Till det ska läggas antalet anställda i SiS ungdomsvård, som sommaren 2023 uppgick till drygt 1 600 personer. Utredningens förslag om utbildningskrav för övrig personal i HVB och stödboenden skulle alltså vara aktuellt för 10 000 till 11 700 anställda.

Uppgifter från SCB:s arbetsmarknadsstatistik visar att 24 000 personer var anställda i verksamheter som förenade vård och boende för barn och unga utanför deras eget hem 2020. Dessa uppgifter gäller en bredare kategori verksamheter än HVB och stödboende, även om dessa placeringsformer dominerar i kategorin. Vidare avser uppgif-

terna ett år med fler verksamheter än 2023; åtminstone fanns det drygt 550 stödboenden hösten 2019. Det kan också finnas skillnader i sätten att definiera vad som är en anställning, till exempel i grad av tjänstgöring, som förklarar skillnaden mellan de olika uppgifterna om antalet anställda. I SCB:s uppgifter ingår föreståndare medan de tidigare studierna avsåg behandlingspersonalen.

När det gäller utbildningsnivå finns det samstämmighet mellan en av studierna från 2010-talet och SCB:s arbetsmarknadsstatistik om att bara omkring hälften av de anställda i HVB saknar relevant kompetens för sitt arbete. Samtidigt visar uppgifter från den stora ramavtalsupphandling som Adda genomförde 2022 att verksamheterna då kunde motsvara krav på att minst 60 procent av den schemalagda tiden i HVB ska utföras av personal med en utbildningsnivå som motsvarar utredningens förslag och att minst 75 procent av tiden ska utföras av sådan personal efter ytterligare två år. Kraven och förutsättningarna var något lägre i stödboende, men skillnaden var inte stor.

Mot bakgrund av denna splittrade och delvis motsägelsefulla bild av dagsläget gör utredningen följande antaganden:

- Förslaget berör 12 000 anställda utöver föreståndare, av vilka 8 500 i HVB och 2 500 i stödboenden. Antagandet ligger något högre än vad som följer av de tidigare studierna, men uppgifterna från SCB visar att det behövs en viss marginal då informationen är osäker.
- 60 procent av personalen i HVB och 40 procent av personalen i stödboende motsvarar. Antagande ligger något över uppgifterna i SCB:s statistik, men överensstämmer med de konkreta resultaten av den senaste större ramavtalsupphandlingen.
- För de anställda som behöver ersättas med ny personal eller vidareutbilda sig i yrket ökar lönen med 500 kronor i alternativ eller 750 kronor i alternativ B per månad. Skälet är ökad konkurrens om personal med en utbildningsnivå motsvarande utredningens krav.

Ekonomiskt innebär det en ökad kostnad på 500 kronor per månad i ett år för 3 400 anställda i HVB och 1 500 anställda i stödboenden. Det innebär 20,4 miljoner kronor för anställda i HVB och 9 miljoner för anställda i stödboenden, sammanlagt 29,4 miljoner kronor. Till det beloppet kommer SKR:s kostnadspåslag på 45,75 procent, vilket innebär ökade kostnader på 42 850 000 kronor per år. Kostnaderna

kommer i ett första skede att ligga på de huvudmän som driver HVB och stödboende, men ytterst kommer kostnaderna att belasta kommunerna som upphandlar HVB och stödboende.

12.2.4 Ekonomiska konsekvenser för regionerna

Bedömning: Utredningen bedömer att regionerna sammantaget kommer att få 8 miljoner kr per år i ökade kostnader om förslagen införs.

De förslag som påverkar regionernas kostnader är förslagen som handlar om läkares och tandläkares ansvar för hälsoundersökning (avsnitt 9,6.2) och ansvar för tillgången till läkare i särskilda ungdomshem (avsnitt 9.7.5).

Förslaget om att läkare och tandläkare ska ansvara för en hälsoundersökning bedöms innebära något ökade kostnader för regionerna, men det finns vissa svårigheter med att bedöma hur stor ökningen blir. I regionernas överenskommelser har åtta regioner redan i dag avtalat att hälsoundersökningen ska genomföras av läkare och i ytterligare fem avtalas att hälsoundersökningarna ska genomföras av antingen en läkare eller sjuksköterska. I de andra överenskommelserna är det inte reglerat. Förslaget som handlar om läkarundersökningar i samband med att barn och unga placeras i samhällsvård enligt 32 § LVU kommer dessutom sannolikt att innebära minskade kostnader för regionerna eftersom de inte längre kommer att genomföras för alla unga som placeras enligt LVU. Det går dock inte att nu förutse hur ofta kommunerna kommer att bedöma att en läkarundersökning behövs.

Svårigheter finns även med att bedöma regionernas ökade kostnader av förslaget om att de ska ansvara för tillgången till läkare i SiS. Antalet läkartimmar varierar i dag mellan de särskilda ungdomshemmen, men uppgår enligt uppgifter från SiS till sammanlagt 450 timmar per månad vid 18 institutioner. För tre institutioner saknas uppgifter, men omräknat i förhållande till antalet vårdplatser i särskilda ungdomshemmen blir det 520 timmar per månad. Det motsvarar drygt 3 heltidstjänster. Med en lön på 90 000 kronor per månad för en läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri och SKR:s kostnadspåslag 45,75 procent kostar 3,25 heltidstjänster motsvarande

5,2 miljoner kronor per år för regionerna. Utredningen har dock fått uppgifter från SiS som visar att den nuvarande tillgången till läkare motsvarar mindre än en timme per månad i genomsnitt för varje barn och ung person som vårdas i de särskilda ungdomshemmen. Utredningen har inte underlag för att bedöma vad som vore en rimlig läkar-kontakt, men vill beakta risken för att dagens tillgång är ett resultat av de oklara ansvarsförhållanden som funnits. Utredningen räknar därför med att ett tydligare ansvar för regionen och tydligare uppgifter för läkare i särskilda ungdomshem leder till ett ökat antal läkartimmar och räknar med 1 040 timmar per månad motsvarande 7 heltidstjänster och 10,4 miljoner kronor per år. Hur mycket av detta som staten behöver kompensera regionerna för kan diskuteras. Staten betalar redan för läkartimmar i flera ungdomshem genom de konsultläkare som SiS anlitar trots att regionerna redan har ett ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård också till barn och unga särskilda ungdomshem.

Utredningen bedömer att regionerna bör tillföras 8 miljoner kronor per år i de generella statsbidragen till regionerna. Av det beloppet utgör 3 miljoner kronor kompensation för ansvaret att läkare och tandläkare ska ansvara för hälsoundersökningarna. När kraven på regionerna att erbjuda dessa hälsoundersökningar tillförde regeringen 10 miljoner kronor per år till regionerna.¹⁰ Det beloppet avsåg att täcka allt arbete med undersökningarna medan utredningens förslag enbart avser en personalgrupp som redan deltar i undersökningarna i nästan hälften av landets regioner. Resterande 4 miljoner kronor utgör kompensation för ansvaret för tillgången till läkare i särskilda ungdomshem som också redan till viss del täcks av regionerna.

12.2.5 Ekonomiska konsekvenser för företag och andra enskilda

Utredningen har övervägt om utredningens förslag om att all ersättning för uppdrag att vara familjehem ska betalas direkt från kommunerna till familjehemmet kan få konsekvenser för konsulentstödda verksamheter eftersom de i dagsläget tar en dygnsavgift där såväl arvode som omkostnadsersättning och kostnaderna för verksamhetens egna tjänster ingår. Utredningen föreslår inte några förändringar av tillståndsgivningen för konsulentstödda verksamheter och därmed inte

¹⁰ Prop. 2016/17:59 s. 43.

heller om vilka arbetsuppgifter verksamheterna får utföra. Verksamheterna kan alltså även fortsättningsvis föreslå och ge stöd till familjehem. Det borde således inte påverka verksamheterna att det arvode och den omkostnadsersättning som kommunerna betalar till familjehemmet inte går via den konsulentstödda verksamheten.

12.2.6 Sammanställning av kostnader

Tabell 12.1 Permanenta nya kostnader för staten, kommunerna och regionerna

Miljoner kronor

Kostnader för kommunerna	Summa per år
Stöd ska finnas tillgängligt för familjehem även under kvällar och helger	32
Nämnden ska särskilt uppmärksamma behov av stöd till familjehem under det första året av varje placering.	34
Socialnämnden ska ansvara för att barn och unga får råd, stöd och annan hjälp som de behöver, samt ansvara för att deras behov av stöd i kontakt och umgänge med föräldrar, syskon.	93
När vård utanför det egna hemmet inleds för första gången ska vårdnadshavarna få stöd med den problematik som föranledde vården i minst två år.	70
Skolan ska genomföra en kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård när vården inleds, när skolplikten inträder och vid byte av skolenhet.	10
För den som har vårdats utanför det egna hemmet är över 16 år och upp till 25 år, ska det ingå i en skäligen levnadsnivå att få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård efter att vården avslutats.	10,6
Nämnden ska pröva behov av fortsatt vård efter 18 år.	163
Vårdnadshavare ska erbjudas råd och stöd för det särskilda behov som uppstår när vår utanför det egna hemmet upphört.	12,1
Föreståndare för HVB ska ha lämplig utbildning och personlig lämplighet för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.	24
Personal som ger vård, fostran eller behandling vid HVB och stödboende för barn och unga under 21 år ska ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning, i första hand med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap.	57,6
Kostnader för regionerna	
En läkare respektive tandläkare ska ansvara för hälsoundersökning av barn och unga i samhällsvård.	3
Regionen ansvarar för läkartillgången på SiS	5
Kostnader för staten	
IVO ska tillhandahålla ett register över familjehem för barn och unga	1
IVO ska återkalla tillstånd till familjehem	1,5

Socialstyrelsen ska ansvara för en nationell struktur för uppföljning av barn och unga i samhällsvård	1
Socialstyrelsen ska samordna och stödja vården av barn och unga i samhällsvård.	10
Jourhem ska omfattas av möjlighet till föräldraledighet och socialförsäkringsförmåner på samma sätt som övriga familjehem.	12,5
Total summa per år	540,3

Tabell 12.2 Temporära nya kostnader för staten

Miljoner kronor

Engångskostnader för staten	
Överenskommelse med SKR om ett utvecklingsarbete för att förbättra placerade barns skolresultat	6
Överenskommelse med SKR för att utarbeta uppdaterade och tydligare rekommendationer för ersättningsnivåer för familjehem	2
Överenskommelse med SKR för att öka kommunernas användande av nätverkshem	1
Överenskommelse med SKR för att ta fram nationell överenskommelse mellan regionerna och SiS	1
IVO ska utveckla ett register för familjehem för barn och unga	4
IVO ska återkalla tillstånd till familjehem	3
Socialstyrelsen ska ansvara för en nationell struktur för uppföljning av barn och unga i samhällsvård	4
Socialstyrelsens sammantagna utvecklings- och utvärderingsuppdrag för samhällsvård för barn och unga	13
SiS ska ta fram riktlinjer för att förebygga sexuella övergrepp och stödja barn och unga som blir brottsoffer i SiS.	1
Skolverket ska ta fram allmänna råd och stödmaterial om kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård.	1
Utvecklingsuppdrag till regionerna om mobila team och digitala lösningar för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem	30
Summa	66

12.2.7 Finansiering

Enligt kommittédirektiven ska utredningen föreslå finansiering när det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar. Utredningens förslag innebär en reformering av samhällsvården för barn och unga som innebär kostnadsökningar för både staten, kommunerna och regionerna om de genomförs.

På sikt bedömer utredningen att förslagen innebär en kostnads-effektivisering för samhället och sannolikt till viss del är självfinansierande, men utredningen har inte tillräckligt underlag för att göra helt säkra kalkyler av det och initialt kommer förslagen oavsett att behöva finansieras. På kort sikt föreslås finansiering ske genom omfördelning av medel inom statens budget. Finansiering hämtas främst från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och 25 Allmänna bidrag till kommuner.

När det gäller utredningens förslag om mobila team och digitala lösningar för hälso- och sjukvård i särskilda ungdomshem bedömer utredningen att utvecklingsarbetet, i likhet med pilotprojektet med integrerad vård, bör finansieras genom anslaget för bidrag till psykiatri i statens budget (utgiftsområde 9). Anslaget som får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Insatserna består i huvudsak av uppdrag till myndigheter, bidrag till det civila samhällets organisationer och en överenskommelse mellan staten och SKR inom området psykisk hälsa och suicidprevention.¹¹

En stor del av den ordinarie samverkan som behövs mellan SiS och regionerna avser hälso- och sjukvård vid psykiatriska tillstånd.

12.3 EU-rättsliga konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag innebär inga konsekvenser i förhållande till EU-rätten.

Utredningens förslag rör huvudsakligen socialtjänst men också hälso- och sjukvård, tandvård och skola. Socialtjänst är en fråga för medlemsstaterna själva, liksom hälso- och sjukvårdsfrågor, tandvårdsfrågor och skolfrågor. De förslag som utredningen lägger fram innebär ingen förändring av möjligheter för EU-medborgare att ta del av samhällets tjänster inom de sektorer som berörs och berör inte Europeiska unionens inre marknad på sådant sätt att det medför konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Utredningens sammantagna bedömning är att förslagen inte innebär några EU-rättsliga konsekvenser.

¹¹ Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 9 s. 65 f.

Utredningen redovisar sin analys av förslagen som avser krav på kompetens i förhållande till den fria rörligheten nedan.

Utökade krav på kompetens för personal som ger stöd, handledning och utbildning till familjehem samt för föreståndare och övrig personal i HVB

Utredningen föreslår utökade kompetenskrav för den som utreder familjehem, för personal som ger stöd, handledning och utbildning till familjehem och för personal som arbetar på HVB och stödboende och konstaterar att de behöver analyseras i förhållande till den fria rörligheten för arbetstagare inom Europeiska unionen.

Erkännande av yrkeskvalifikationer

Utredningen föreslår att den personal som ger stöd, handledning och utbildning till familjehem ska ha personlig lämplighet samt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan och att detsamma ska gälla för utförande av sådana uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar utredning av ansökningar om att bli familjehem. Kraven motsvarar de som finns för bedömning av om utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. Socialstyrelsen har i dag bemyndigande genom 7 a kap. 1 § SoF att pröva ansökningar om bevis om behörighet att utföra uppgifter enligt 3 kap. 3 a § SoL för den som har en utländsk utbildning. Enligt utredningens förslag kommer bemyndigandet också att omfatta de nya kvalifikationskraven som rör familjehemsvård.

Kompetenskrav för föreståndare på HVB och stödboende finns i dag i Socialstyrelsens föreskrifter och utredningens förslag överensstämmer till stor del med de krav som finns i dem. Utredningen föreslår dock att föreståndare vid HVB och stödboende som tar emot barn och unga upp till 21 år ska ha avlagt relevant examen på minst grundnivå i högskolan för att utföra sina arbetsuppgifter och att relevant examen ska vara examen på minst grundnivå i högskolan som innefattar socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. Därutöver föreslår utredningen att samma kompetenskrav ska gälla för den som beslutar om inskrivning i föreståndarens ställe vid

stödboenden samt hem för vård eller boenden som inte drivs av Statens institutionsstyrelse och som tar emot barn eller unga upp till 21 år.

Vidare föreslår utredningen att det införs krav på att den personal som ger vård, fostran eller behandling ska ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning, i första hand med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. Det är frågan om en nödvändig precisering av de allmänna krav som finns i dag.

Enligt 5 § 2 lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer avses med reglerat yrke eller yrkesverksamhet där det genom lag, förordning eller andra föreskrifter, direkt eller indirekt, krävs bestämda yrkeskvalifikationer för att få tillträde till eller utöva verksamheten eller någon form av denna eller använda en viss yrkestitel. Förslagen om kompetenskrav för vissa uppgifter inom familjehemsvård och HVB utgör bestämda yrkeskvalifikationer för att få utföra viss form av dessa verksamheter. Lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer blir därför tillämplig. Den är emellertid endast tillämplig på enskilda verksamheter (se 3 §).

Enligt 4 kap. 2 § lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer ska en ansökan om erkännande av yrkeskvalifikationer göras skriftligen hos den myndighet som är behörig myndighet för yrket. Enligt punkten 2 på bilagan till förordningen (2016:157) om erkännande av yrkeskvalifikationer är Socialstyrelsen behörig myndighet avseende yrkesverksamhet inom den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningen konstaterar att det finns ett regelverk som behandlar förfarandet för erkännande av EU-medborgares utbildning.

Proportionalitetsprövning

Av särskilt intresse för analysen av de kompetenshöjande förslagets förhållande till EU-rätten är det yrkeskvalifikationsdirektiv och det direktiv om proportionalitetsbedömning som antagits av EU. I Sverige har direktiven genomförts genom lagen (2016:145) och förordningen (2017:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer samt förordningen (2020:757) om proportionalitetsprövning, vid nya eller ändrade krav på yrkeskvalifikationer. En bedömning av konsekvenserna av att det i författning anges bestämmelser som rör rätten att utöva ett visst yrke bör göras i samband med att ett införande av bestämmelserna övervägs i sektorslagstiftningen. Detta gäller både frågan om den till-

tänkta regleringen innebär ett införande av sådana bestämda yrkeskvalifikationer att yrket anses vara ett reglerat yrke och frågan om yrket ska regleras så att det undantas från EUF-fördragets bestämmelser om fri rörlighet för arbetstagare eller fri etableringsrätt.¹²

En analys utifrån förordningen om proportionalitetsprövning behöver göras eftersom proportionalitetsprövningar inte endast ska utföras avseende ändrade kvalifikationskrav för yrken som kräver legitimation eller för skyddade yrkestitlar utan även för reserverade aktiviteter. Med reserverad aktivitet avses enligt 3 § 2 förordningen om proportionalitetsprövning en form av reglering av ett yrke där tillträdet till en eller flera former av yrkesverksamhet genom lag, förordning eller andra föreskrifter, direkt eller indirekt är förbehållet personer med en särskild yrkeskvalifikation, innefattande fall där verksamheten är gemensam med andra reglerade yrken.

Utredningens sammantagna bedömning är att kompetenskraven är nödvändiga för att säkerställa att barn och unga som placeras på HVB och stödboende får en god vård. Skälen för detta redovisas i avsnitt 8.7. 1 och 8.7.2. Utredningens föreslagna kompetenskrav för utförande av viss verksamhet innefattar inte något legitimationskrav, certifiering eller skyddad yrkestitel. Föreslagen inbegriper inte heller särskilda krav på utbildning som enbart finns i Sverige. Förslagen är därför inte diskriminerande utifrån nationalitet eller bosättningsort.

En tillfällig satsning i form av statsbidrag för kompetensutveckling bedöms inte heller vara tillräcklig för att åstadkomma den höjning av kvaliteten som utredningen anser krävs för alla barn och unga i HVB och stödboende. Utredningen har övervägt att införa krav på högskoleexamen för övrig personal, ett krav som bland annat finns i Norge, men valt att stanna vid ett krav om viss eftergymnasial utbildning. Krav på högskoleexamen skulle vara ett stort steg som är svårt att motivera utifrån kunskap om resultat av vården i länder som har sådana krav.

Utredningen konstaterar att det finns ett befintligt regelverk för att hantera bedömningar av utländska utbildningar, se ovan, och bedömer därför att de preciserade kraven inte innebär några konsekvenser för den fria rörligheten. Det kommer att fungera som i dag att det är den som anställer någon som ska ge vård, fostran eller behandling som ska se till att vederbörande har den kompetensen, att Inspektionen för vård och omsorg genom tillståndsgivning och till-

¹² Prop. 2015/16:44 s. 52.

syn tillser att kraven upprätthålls och att Socialstyrelsen bedömer erkännande av utländska yrkeskvalifikationer när någon begär det.

12.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Vissa av utredningens förslag innebär vissa inskränkningar för den kommunala självstyrelsen, men bedöms vara nödvändiga och proportionella för att säkerställa kvaliteten på samhällsvården för barn och unga.

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den (14 kap. 3 RF). Förslagen får därmed inte vara onödigt långtgående, och om syftet med det som föreslås kan uppnås på ett mindre ingripande sätt så ska det sätt väljas som innebär minst inskränkning av kommunernas självbestämmanderätt.¹³

När socialnämnden placerar ett barn, och också en ung vuxen, i tvångsvård och vård utanför det egna hemmet har nämnden ett stort ansvar. Det finns en mängd incitament för att skapa bättre förutsättningar för barn och unga i samhällets vård. Utredningens slutsats är att såväl individen som samhället tjänar på det. Syftet med utredningens uppdrag är att säkerställa att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet alltid ska garanteras trygghet, säkerhet och en i övrigt god vård. Att åstadkomma det innebär i vissa avseenden inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. I många fall innebär utredningens förslag emellertid snarast förtydliganden av ett befintligt ansvar vilket därmed delvis kan ses som ett stöd för socialnämnden.

12.4.1 Förslag som rör socialnämnder

Förslag som rör tillstånd avseende familjehem för barn och unga

Utredningens förslag om tillståndsprocess innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Överväganden om behov av tillståndsprocess finns i avsnitt 6.6.9.

¹³ Jfr prop. 2000/01:36 s. 30 f.

Utredningen har övervägt att låta Inspektionen för vård och omsorg fatta beslut om tillstånd till familjehem eftersom det skulle kunna komplettera den myndighetens tillsynsuppdrag och också fungera väl med det nationella registret över familjehem för barn och unga som utredningen föreslår. Bland annat eftersom tillgång till familjehem är ett kommunalt ansvar (se 6 kap. 2 § SoL) och utredningen inte ser tillräckligt tydliga fördelar med att göra så stora inskränkningar i den kommunala självstyrelsen har utredningen emellertid valt att i stället låta kommunen vara ansvarig för att utreda och besluta om tillstånden.

Utredningen har också övervägt att lämna förslag om att det alltid är den kommun där de tilltänkta familjehemsföräldrarna bor som ska besluta om tillstånd. Det skulle emellertid innebära att den kommun som ska placera ett barn eller ung person, skulle bli helt beroende av andra kommuners handläggning och arbetsfördelningen mellan kommunerna skulle bli ojämn och orättvis.

När det gäller beslut om återkallande av tillstånd har utredningen bedömt att det är ofrånkomligt att en statlig myndighet fattar beslut eftersom besluten kan få stor påverkan på flera kommuners verksamhet i de fall där olika kommuner har placerat barn eller unga i ett familjehem och på familjehemmets möjligheter att ta emot fler uppdrag som familjehem. Om beslutsmandatet för återkallelse av tillstånd skulle ligga på en kommun så skulle den kommunens beslut påverka övriga kommuners pågående familjehemsinsatser. I de fall samstämmighet inte skulle råda mellan kommunerna om att ett tillstånd behöver återkallas skulle sannolikt samverkansproblem uppstå. Därtill skulle situationer uppstå där olika kommuner gör olika bedömningar för att de skulle återkalla tillstånd så sällan att de skulle ha svårt att upparbeta rutin eller kompetens nog för arbetsuppgiften. Sammantaget bedömer utredningen att så stor hänsyn som möjligt har tagits till den kommunala självstyrelsen i förslagen samtidigt som en fungerande tillståndsprocess möjliggörs.

Förslag som rör register över familjehem för barn och unga

En uppgiftsskyldighet för kommunerna som går längre än dagens skyldighet innebär en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen, men får anses stå i rimlig proportion till en likvärdig social-

tjänst. Även i dag ska socialnämnden rapportera vissa uppgifter som rör familjehemsvård till Inspektionen för vård och omsorg, se 3 kap. 19 a § SoF. Utredningens överväganden av nödvändigheten av ett nationellt register finns i avsnitt 7.7.1. Likvärdiga, effektiva och säkra insatser stärker också legitimiteten och människors förtroende för socialtjänsten och dess verksamhet. Sammantaget får skyldigheten för kommunerna att rapportera uppgifter till det nationella registret anses utgöra ett proportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen sett till intresset av en tillförlitlig familjehemsvård för barn och unga.

Förslag om beslut om var barnet eller den unge ska vistas under vårdtiden

Nya bestämmelser om att socialnämnden ska besluta om var barnet eller den unge ska vistas under vårdtiden, både initialt och vid ändring av var vården ska utföras (se avsnitt 5.5.4) innebär också en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Utredningen anser dock att ingreppet är motiverat. Förslaget ökar barnets eller den unges möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda, inte minst i situationer där en omplacering inte görs till följd av ett omedelbart skyddsbehov och en ändring av placeringen kan påverka barnets eller den unges möjligheter till en vård med närhet och kontinuitet negativt.

12.4.2 Förslag som rör hälso- och sjukvård

Utredningen lägger fram en rad förslag som syftar till att säkerställa att barn och unga i samhällets vård får tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård. De författningsförslag som utredningen lägger fram har betydelse för den kommunala självstyrelsen. När det gäller regleringen av ansvaret regionerna emellan för att tillhandahålla hälso- och sjukvård och tandvård anser utredningen att betydelsen är begränsad eftersom det i hög grad motsvarar det samverkansavtal om utomlänsvård som finns för hälso- och sjukvård. När det gäller ansvaret för tandvården har utredningen strävat efter att nå samma modell som regionerna i dag. själva har avtalat om inom hälso- och sjukvården. Att en region utför något och att en annan region står för kostnaderna för det innebär naturligen ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Utredningen har i avsnitt 9.5.2. redogjort för skälen

för regleringen och anser att den inverkan på den kommunala självstyrelsen som förslagen har är försvarlig sett till intresset för placerade barn och ungas hälsa.

Förslaget att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 6 § lagen (2017:209) om med särskilda bestämmelser om hälsoundersökning och hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällsvård är av mindre betydelse för den kommunala självstyrelsen eftersom regionerna har ett huvudmannaskap för hälso- och sjukvården även om särskilda ungdomshem enligt 3 kap. 6 § SoF ska ha tillgång till läkare. Bestämmelsen om att regionens avsatta läkarresurser ska tillhandahållas i de särskilda ungdomshemmen innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Utredningen har i avsnitt 9.7.2 redogjort för nödvändigheten av att tillhandahålla hälso- och sjukvård på plats i de särskilda ungdomshemmen. Orsakerna till att hälso- och sjukvården bäst bör ges på plats i ungdomshemmen varierar. En viss del av hälso- och sjukvården hänger nära samman med barnens och de ungas vistelse dygnet runt i ungdomshemmen, till exempel läkemedelshantering och bedömningar av suicidrisker och andra tillstånd som snabbt kräver ytterligare hälso- och sjukvårdsinsatser och läkemedelshantering. Hälso- och sjukvårdsbehoven kan också vara nära kopplad till de stödbehov som låg till grund för beslutet om vård enligt LVU, till exempel vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, självskador eller missbruksproblem. Utredningens bedömning är att den inskränkning av den kommunala självstyrelsen som ett ansvar för att tillhandahålla läkare i särskilda ungdomshem utgör är nödvändig för att säkerställa tillgången till hälso- och sjukvård för de barn och unga som är placerade med stöd av SoL eller LVU i de särskilda ungdomshemmen.

Förslaget om att regionen ska tillhandahålla läkarresurser i de särskilda ungdomshemmen innebär ett utökat åliggande i förhållande till de bestämmelser om tillgänglighet som finns i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen i dag. Utredningen har i kapitel 9 redogjort för placerade barn och ungas hälsa och kommit fram till att det krävs åtgärder för att den ska förbättras.

12.4.3 Förslag som rör skola

Den särskilda kunskapsbedömning som utredningen föreslår innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen där kommunen är huvudman för skolan. Utredningen har i avsnitt 10.3 redogjort för hur viktig skolan är som skyddsfaktor och för hur skolresultaten är för barn och unga i samhällets vård och anser därför att inskränkningen är befogad.

12.5 Konsekvenser för brottslighet och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Förslagen bedöms minska risken för att barn och unga utsätts för eller begår brott både när de är i samhällsvård och efter att vården har upphört.

Utredningen bedömer att de förslag som lämnas sammantaget ökar kvaliteten på vården för barn och unga i samhällsvård och att förslagen skapar förutsättningar för att minska risken för att barn och unga i samhällets vård ska utsättas för eller begå brott. Det gäller både på kortare sikt för barn och unga som är i samhällsvård och på längre sikt för de som varit det under uppväxten.

Brottslig verksamhet ingår i kriterierna för tvångsvård av barn och unga (3 § LVU). Även vid placeringar enligt SoL kan brottslig verksamhet vara en anledning till att barn och unga placeras i samhällsvård. Även när unga har lämnat vården finns det, som framgår av avsnitt 11.2 beskrivningar av ökade risker för ett flertal negativa tillstånd som vuxna såsom till exempel kriminalitet, missbruk, hemlöshet, arbetslöshet och bidragsberoende. Svenska studier visar att riskerna för allvarlig kriminalitet var 7,5 gånger så stor som för individer som varit i familjehemsvård än de som inte mottagit insatser från socialtjänsten. Risken att utveckla narkotikamissbruk var även den 6,8 gånger högre.

Utredningen bedömer att det ökade statliga ansvaret för samordning, kunskapsstyrning och uppföljning tillsammans med en tydligare och mer sammanhängande reglering av socialnämndens ansvar för innehållet i vården och vårdkedjan ökar förutsättningarna för att vården ska leda till att den brottsliga verksamheten inte fortsätter.

Bättre förutsättningar för kommunerna att välja lämpliga familjehem med tillstånd och genom registret över familjehem för barn och unga bidrar också till detta, likaså de ökade kraven på grundläggande kompetens hos personalen i HVB och ett tydligare ansvar för att ge stöd efter att vården har upphört.

Om socialnämnden arbetar förebyggande för att minska den nuvarande höga instabiliteten och höja kvaliteten i vården enligt utredningens förslag kommer placerade barns och ungas skolresultat att öka och övriga riskfaktorer för att utveckla kriminalitet eller missbruk att minska efter att vården har upphört. Eftersom utredningens förslag syftar till att öka kvaliteten i samtliga placeringsformer och inte endast för barn utan också för unga upp till 21 år bedömer utredningen att risken minskar för att barn och unga i samhällsvård hamnar i kriminalitet både under och efter vården.

12.6 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Bedömning: Förslagen bedöms inte påverka sysselsättning eller offentlig service i olika delar av landet.

Utredningen bedömer att förslagen inte kommer att påverka sysselsättning eller offentlig service i olika delar av landet annat än marginellt. Kommuner och regioners ansvarsområden tydliggörs i olika avseenden. Förslaget om att regionen ska ansvara för tillgången till läkare i särskilda ungdomshem för viss hälso- och sjukvård kan sägas gå utöver den mer allmänt hållna nuvarande bestämmelsen om att det ska finnas tillgång till läkare i särskilda ungdomshem vilket möjligen skulle kunna sägas öka sysselsättning i glesbygden eftersom flertalet särskilda ungdomshem är belägna utanför storstadsområden, men antalet läkare är så litet att påverkan är försumbar.

12.7 Konsekvenser för företagande

Bedömning: Utredningens förslag om kompetens i HVB och stödboende samt rekrytering av familjehem är proportionerliga i förhållande till konsekvenserna för företag sett till deras uppdrag i samhällsvården och innebär inte att små företag missgynnas i förhållande till större företag.

Ett antal mindre företag är verksamma inom samhällsvården för barn och unga.

Uppgifter som utredningen fått från IVO visar att 16 procent av alla 288 privata HVB för enbart barn och unga hade 0–5 vårdplatser och att 64 procent 6–10 vårdplatser i augusti 2023. Bland 169 privata stödboenden hade 30 procent 0–5 platser och 21 procent 10–15 platser vid samma tid. En studie från Stockholms universitet visar att mer än 40 procent av alla HVB för barn och unga drevs av mindre företag i slutet av 2010-talet även om de större företagens andel av utbudet ökade under decenniet.¹⁴

Bland de cirka 370 konsulentstödda verksamheter som finns i IVO:s register finns det sannolikt mindre företag även om det saknas uppgifter om det.

Vissa av utredningens förslag påverkar små företag som är verksamma inom samhällsvården.

För små företag som driver HVB och stödboende handlar det främst om de ökade kompetenskraven för föreståndare och övrig personal. Utredningen bedömer att konsekvenserna av dessa förslag kan hanteras av små företag genom de övergångsbestämmelser som utredningen föreslår och de möjligheter som då finns till vidareutbildning av personal och rekrytering av personal som uppfyller kompetenskraven. Ekonomiskt räknar utredningen med att staten behöver kompensera kommunerna för de löneökningar som blir aktuella när konkurrensen om personal med rätt kompetens ökar. Det är kommunerna som upphandlar och ersätter privata utförare av vård i HVB och stödboenden.

Enligt 2 kap. 17 § regeringsformen får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke endast införas för att skydda angelägna

¹⁴ Lundström, T., Sallnäs, M. & Shanks, E. (2020) Stability and change in the field of residential care for children. On ownership structure, treatment ideas and institutional logics, *Nordic Social Work Research*, 10:1, 39-50, DOI: 10.1080/2156857X.2018.1541016.

allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Utredningen angeläget allmänt intresse. Den begränsning som rätten att driva näring och utöva yrke som de föreslagna bestämmelserna om krav på kompetens behöver ställas mot det angelägna allmänna intresset av kvalitet för barn och unga i samhällets vård. Kraven syftar inte till att gynna vissa personer eller företag ekonomiskt. Därmed anser utredningen att den föreslagna regleringen är förenlig med rätten att driva näring och utöva yrke i 2 kap. 17 § RF.

För små företag som driver konsulentstödda verksamheter handlar det om förslagen om ett ökat offentligt ansvar för rekrytering av och stöd till familjehem, inklusive att ersättningar till familjehem ska betalas direkt av kommunerna. Utredningen anser att dessa förslag är motiverade för ökad stabilitet och kvalitet i familjehemsvården, och därmed för barns och ungas bästa. Det är troligt att de konsulentstödda verksamheternas uppdrag för att rekrytera familjehem kommer att bli färre oavsett om verksamheterna drivs av små eller stora företag. Konsulentstödda verksamheter kommer däremot att ha fortsatta möjligheter att utföra uppdrag åt kommunerna om stöd och handledning till familjehem. Utredningen föreslår också att stöd till familjehem ska ges i ökad omfattning.

Sammantaget bedömer utredningen att förslagen om kompetens i HVB och stödboende samt rekrytering av och stöd till familjehem påverkar företag som är verksamma inom samhällsvården. Förslagen är proportionerliga i förhållande till konsekvenserna och innebär inte att små företag missgynnas i förhållande till större företag.

12.8 Jämställdhet mellan kvinnor och män

Bedömning: Förslagen bedöms innebära viss förbättring för jämställdheten mellan kvinnor och män.

Som framgår av konsekvensanalysen för barn och unga har utredningen strävat efter att lämna förslag som bidrar till högre kvalitet i samhällsvården för varje enskilt barn och ung person, utifrån den personens rättigheter och behov, inte utifrån generella föreställningar om placerade barn och unga som grupp. Det har inte minst varit

viktigt ur en jämställdhetssynpunkt. Utredningen lämnar bedömningar och förslag med den inriktningen i detta betänkande.

En tydligare och mer sammanhängande reglering av socialnämndens ansvar för vårdkedjan, inklusive bättre förutsättningar att välja lämpliga placeringsformer och utförare, bidrar till att alla barn och ungas, flickors, pojkars och hbtqi-personers vårdbehov bedöms och tillgodoses på ett rättssäkert och likvärdigt sätt. I avsnitt 5.5.3 redogörs för en rapport från Barnombudsmannen som visar på att det är betydligt vanligare att pojkar visar högt förtroende och stor uppskattning för sin socialsekreterare än att flickor gör det samt att det finns ett starkt samband mellan tillit och hur lätt barnen upplever att det är att få tag på sin socialsekreterare. Utredningens förslag om skarpare krav på kontakt med en barn- och ungdomshandläggare kan därmed antas förbättra förtroendet i störst utsträckning hos flickor som grupp.

Undersökningar visar också att flickor och unga kvinnor överlag skattar sin upplevelse av HVB lägre än pojkar och unga män. Skillnaderna mellan flickor och pojkar är störst i särskilda ungdomshem (se avsnitt 8.4.1). Institutionsvården har till stor del utformats för pojkar med sociala problem som missbruk och kriminalitet. Utredningens förslag om en stärkt vårdkedja och andra placeringsformer än HVB ökar förutsättningar för att lämpliga alternativ till placering i institutionsvård är tillgängliga. Förslagen om krav på personlig lämplighet och ökade krav på utbildning för föreståndare och övrig personal i HVB och stödboende ökar förutsättningarna för en vård för flickor och unga kvinnor efter individuella rättigheter och behov. Förslaget om att kroppsbesiktning i första hand ska utföras av någon av samma kön i särskilda ungdomshem bedöms öka tryggheten för främst flickor.

Tydligare förutsättningar för tillgång till hälso- och sjukvård ökar också förutsättningarna för flickor och unga kvinnor som vårdas i HVB att erbjudas hälso- och sjukvård efter behov. Undersökningar har pekat på att flickor och unga kvinnor har större behov av hälso- och sjukvård än pojkar och unga män som vårdas i särskilda ungdomshem.

12.9 Möjligheter att nå de integrationspolitiska målen

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till att nå de integrationspolitiska målen.

Målen för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Dessa mål är relevanta för utredningens förslag eftersom studier pekar på att barn och unga som inte är födda i Sverige är överrepresenterade i samhällsvården (se avsnitt 4.4.5 och bilaga 4).

Även för de integrationspolitiska målen är utredningens inriktning på högre kvalitet i samhällsvården för varje enskilt barn och ung person, utifrån den personens rättigheter och behov, central. Grundläggande för det är en tydligare och mer sammanhängande reglering av socialnämndens ansvar för vårdkedjan, inklusive bättre förutsättningar att välja lämpliga placeringsformer och utförare. Det ökar förutsättningarna för att varje barns och persons vårdbehov bedöms och tillgodoses på ett rättssäkert och likvärdigt sätt.

Utredningen lägger även fram förslag som innebär att hänsyn ska tas till behov av kontinuitet i etnisk, religiös, kulturell och språklig bakgrund i samband med beslut om var barn och unga i samhällsvård ska vistas. Utredningen utvecklar skälen för det i avsnitt 5.5.4. Enligt artikel 20.3 i barnkonventionen ska vederbörlig hänsyn tas till önskvärdheten av kontinuitet i ett barns uppfostran och till barnets etniska, religiösa, kulturella och språkliga bakgrund då lösningar för så kallad alternativ omvårdnad övervägs. För barn i nationella minoriteter som vårdas utanför det egna hemmet är även artikel 30 viktig eftersom den anger att barn som tillhör minoritetsgrupper eller ursprungsbefolkningar har rätt till sitt språk, sin kultur och religion. Här har socialtjänsten ett särskilt ansvar att ge barnet tillgång till sitt språk, sin kultur och sin identitet. Språkliga och kulturella skillnader i synsätt och bakgrund kan skapa väl så stora avstånd mellan människor, och det är av största betydelse att ta hänsyn till sådana skillnader. I och med att utredningen lägger fram förslag som kommer att medföra att hänsyn måste tas till språklig och kulturell bakgrund så bedömer utredningen därför att förslagen kommer att öka möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningen lägger fram flera författningsförslag som syftar till att höja kvaliteten för barn och unga i samhällets vård. Förslaget till ny lag och förordning om familjehemsregister förutsätter att författningsförslagen som rör tillstånd för familjehem i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, antas.

I allmänhet gäller för såväl processuella som materiella regler att det är de föreskrifter som är i kraft när prövningen sker som ska tillämpas.¹ Det innebär att övergångsbestämmelser behövs när undantag behöver göras från den huvudregeln. Utredningen bedömer att det finns behov av övergångsbestämmelser för tillsyn, för regleringen av register och tillstånd för familjehem och för de förslag som berör förstärkt kompetens i stödboende och hem för vård eller boende.

13.1 Tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg respektive Statens skolinspektion bedriver tillsyn över socialtjänsten och hälso- och sjukvården respektive skolväsendet. Tillsynen kan huvudsakligen sägas omfatta granskning av att verksamheterna uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter (se 13 kap. 2 § socialtjänstlagen [2001:453], 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen [2010:659] och 26 kap. 2 § skollagen [2010:800]). Det är inte meningen att ärenden och mål om tillsyn som redan pågår vid ikraftträdandet ska utredas ytterligare eller att domstolar vid en prövning av ett mål som första instans ska tillämpa de regler som utredningen föreslår. Det bör därför införas övergångsbestämmelser

¹ Se exempelvis Högsta förvaltningsdomstolens avgörande den 10 mars 2021 i mål nr 6714-19 (HFD 2021 ref. 12).

för tillsynen med innebörden att äldre föreskrifter ska gälla för ärenden och mål om tillsyn som har inletts före ikraftträdandet.

13.2 Ikraftträdande för huvuddelen av de kvalitetshöjande förslagen inom socialtjänsten

Förslag: Förslagen i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, om uppföljning, stöd till barn och unga, vårdnadshavare och föräldrar samt familjehem, med mera ska träda i kraft den 1 november 2025.

Utredningens uppfattning är att förslagen bör träda i kraft så snart som möjligt och att det de flesta författningar bör kunna träda i kraft den 1 november 2025.

13.3 Förslag med anledning av tillståndsprocess för familjehem

Förslag: Bestämmelserna som rör tillståndsprocessen för familjehem ska träda i kraft den 1 november 2025. De ska tillämpas för personer som inte har pågående uppdrag som familjehem eller jourhem från socialnämnden när de föreslagna ändringarna i socialtjänstlagen (2001:453) träder i kraft.

De barn och unga under 21 år som vid ikraftträdandet får vård i ett familjehem får utan hinder av bestämmelserna i 6 kap. 6 § vårdas i det familjehemmet även om beslut om tillstånd inte finns.

Familjehem och jourhem som är utredda av socialnämnd och som har pågående placeringar av barn och unga under 21 år den 1 november 2025 ska ges tillstånd utan förnyad familjehemsutredning av socialnämnden i den kommun som har den tidigast påbörjade pågående placeringen i hemmet.

I förslagen om ändring av socialtjänstlagen, socialtjänstförordningen (2001:937), och förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade finns ett flertal bestämmelser som hör till tillståndsprocessen för familjehem. Det är bestämmelser om utred-

ningen, definition av familjehem, familjehemskategorier, bestämning av ansvarig kommun, bedömningsgrunder, återkallelse, begränsning av möjlighet till delegation och bestämmelser om överklagande. Dessa bestämmelser behöver träda i kraft samtidigt.

Utredningens mening är att bestämmelserna som rör tillstånd för familjehem inte ska påverka placeringen av de barn och unga under 21 år som är placerade i familjehem vid ikraftträdandet. Om socialnämnden har fattat ett beslut om vård i familjehem enligt 4 kap. 1 § SoL som gäller tills vidare så blir pågående placeringar opåverkade av ikraftträdandet utan övergångsbestämmelser. Socialnämnden har emellertid stor frihet att utforma beslut enligt 4 kap. 1 § SoL vilket medför att tidsbegränsade beslut om vård i familjehem kan förekomma. I en sådan situation skulle det exempelvis krävas särskilda överväganden för placering i ett hem utan tillstånd enligt de föreslagna reglerna i 6 kap. 6 § och bedömning av tillåtelse att placera fler än tre barn i samma hem vid ett nytt beslut om vård i familjehem för samma person i samma hem vilket inte är utredningens avsikt. Därför behövs övergångsbestämmelser för att säkerställa att inte ikraftträdandet av de föreslagna bestämmelserna om tillstånd påverkar barn och unga upp till 21 år som före ikraftträdandet är placerade i ett hem. Utredningen föreslår därför övergångsbestämmelser till förslaget om ändring i socialtjänstlagen som innebär att de barn och unga under 21 år som vid ikraftträdandet får vård i ett familjehem utan hinder av bestämmelserna i 6 kap. 6 § får fortsätta vårdas i det familjehemmet även om beslut om tillstånd inte finns.

I syfte att få till stånd ett fungerande register över familjehem för barn och unga behöver befintliga familjehem och jourhem ges tillstånd och uppgifter behöver lämnas till IVO. Den nämnd som har den tidigast påbörjade pågående placeringen bör ansvara för detta. Nämnden behöver först informera familjehemmet om att tillståndet innebär registrering av uppgifter. Motsätter sig familjehemmet registrering får inte nämnden besluta om tillstånd eller lämna uppgifter till registret. Det innebär också att familjehemmet inte får ta emot nya placeringar, det får i så fall ske utifrån en tillståndsprocess i enlighet med den process som kommer att gälla. Utredningen föreslår därför övergångsbestämmelser som innebär att familjehem och jourhem som är utredda av socialnämnd och som har pågående placeringar av barn och unga under 21 år den 1 november 2025 ska ges till-

stånd utan förnyad familjehemsutredning av socialnämnden i den kommun som har den tidigast påbörjade pågående placeringen i hemmet.

13.4 Förslag med anledning av register över familjehem

Förslag: Lagen och förordningen om familjehemsregister och ändringarna i offentlighets- och sekretesslagen ska träda i kraft den 1 september 2026.

De föreslagna författningsändringarna medför inte behov av större förändringar eller utbildningsinsatser hos berörda myndigheter. Utredningen bedömer att det ändå kommer att ta viss tid för Inspektionen för vård och omsorg att färdigställa system och annat som krävs för att lagen och förordningen om register över familjehem för barn och unga och för socialnämnderna att fastställa säkerhetsåtgärder och annan dataskyddshantering. Lagen och förordningen om register över familjehem för barn och unga föreslås därför träda i kraft den 1 september 2026.

I och med att bestämmelserna om ändringar i socialtjänstförordningen (2001:937) träder i kraft den 1 november 2025 innebär det att den 31 januari 2025 är den sista gången som socialnämnderna rapporterar in familjehem där det finns mer än tre placerade barn enligt 3 kap. 19 a § SoF och lämnar in en förteckning över placerade barn enligt 7 kap. 1 § SoF.

13.5 Förslag med anledning av kunskapsbedömning i skolan

Förslag: De föreslagna ändringarna i skollagen (2010:800) ska träda i kraft den 1 november 2025.

Det behövs inte några övergångsbestämmelser.

Utredningen bedömer att bestämmelserna som rör bedömning av kunskaper för barn som vårdas utanför det egna hemmet kan träda i kraft så snart det är möjligt vilket bedöms vara den 1 november 2025.

Utredningen har inte identifierat något behov av övergångsbestämmelser.

13.6 Förslag som rör kompetenshöjande åtgärder

Förslag: Bestämmelserna som rör kompetenshöjande åtgärder träder i kraft den 1 november 2025.

Det finns behov av övergångsbestämmelser. Bestämmelserna om kompetenskrav som avser föreståndare i stödboende och hem för vård eller boende föreslås tillämpas från och med den 1 november 2027 och bestämmelserna om kompetenskrav som avser övrig personal i stödboende samt hem för vård eller boende föreslås tillämpas från och med den 1 november 2029.

Utredningen föreslår att de författningsförslag som avser höjda krav på kompetens ska träda i kraft den 1 november 2025. För krav på kompetens som avser personal som utreder familjehem och som ger stöd, handledning och utbildning till familjehem ser inte utredningen behov av övergångsbestämmelser eftersom de handläggare inom socialtjänsten och den personal inom enskild verksamhet som utför dylika uppgifter i dag förutsätts ha sådan kompetens.

När det gäller de föreslagna bestämmelserna om skärpta krav på kompetens för föreståndare för hem för vård eller boende och stödboende samt den som i vissa fall huvudmannen satt i föreståndarens ställe för att utföra inskrivning av barn och unga så bedömer utredningen att det krävs övergångsbestämmelser för att verksamheterna ska kunna upprätthålla sin verksamhet. Eftersom det inte är fråga om någon större skillnad jämfört med de krav som finns för föreståndare i dag anser utredningen att det är lämpligt att den som har tillsvidareanställning som föreståndare för stödboende eller hem för vård eller boende behöver uppfylla kraven på utbildning senast den 1 november 2027.

När det gäller övrig personal vid stödboende och HVB så finns i dag endast allmänna råd om utbildningens längd och inriktning. Utredningen bedömer därför att det är lämpligt att personal med tillsvidareanställning vid stödboende eller hem för vård eller boende behöver uppfylla kraven på utbildning senast den 1 november 2029.

13.7 Förslag som avser säkerställande av placerade barn och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård

Förslag: De föreslagna bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om hälsoundersökning och hälso- och sjukvård för barn i samhällsvård om tillgång till hälso- och sjukvård träder i kraft den 1 november 2025.

Det behövs övergångsbestämmelser för tillgången till läkare i de särskilda ungdomshemmen. De ska tillhandahållas i de särskilda ungdomshemmen senast den 1 november 2026.

Utredningens förslag som rör ändrat ansvar regionerna emellan att erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård för placerade barn och unga bedöms inte kräva någon större tid för implementering. När det gäller ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) så följer de i stort den befintliga överenskommelsen som finns och som gäller utomlänsvård. Utredningen ser därför inte några behov av övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag om förtydligat hälso- och sjukvårdsuppdrag för Statens institutionsstyrelse innebär att myndigheten får ett begränsat men förtydligat ansvar i form av huvudmannaskap inom hälso- och sjukvården för de barn och unga som vårdas med stöd av LVU. Myndigheten är redan i dag vårdgivare och har sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal anställd.

För de förändringar i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att regionen ska tillhandahålla läkare i de särskilda ungdomshemmen för viss hälso- och sjukvård finns behov av övergångsbestämmelser. Utredningen föreslår att regionerna ska tillhandahålla läkare i de särskilda ungdomshemmen senast den 1 november 2026.

14 Författningskommentar

14.1 Förslaget till lag (0000:000) om register över familjehem för barn och unga

Lagens syfte

1 § *Syftet med denna lag är att främja socialnämndernas tillgång till uppgifter om familjehem för vård av barn och unga under 21 år och att skydda de registrerades personliga integritet.*

Paragrafen anger de huvudsakliga syftena med registret.

Syftet med lagen är att socialnämnderna ska få tillgång till uppgifter om familjehem för vård av barn och unga under 21 år samtidigt som de registrerades personliga integritet skyddas.

Det primära syftet med lagen är således att upprätthålla ett register över utredda och lämpliga familjehem. Med hjälp av ett tillgängligt register över familjehem kan socialtjänsten hitta lämpliga hem åt barn eller unga upp till 21 år i andra kommuner. Registret ska även bidra med kunskap till socialtjänstens bedömning av om hemmet är lämpligt eller olämpligt för ett barn eller en ung person. Andra tänkbara användningsområden är statistikframställning, lokalt förbättringsarbete, kunskapsutveckling, tillsyn eller forskning.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.1. och 7.6.4.

2 § *Inspektionen för vård och omsorg ska ansvara för registret. Registret ska innehålla uppgifter om familjehem som erhållit tillstånd av socialnämnden. Uppgifter om nätverkshem får inte förekomma i registret.*

Enligt paragrafen ska Inspektionen för vård och omsorg ansvara för registret. Registret ska innehålla uppgifter om familjehem för vård av barn eller unga upp till 21 år utanför det egna hemmet som en socialnämnd bedömer är lämpliga för placering av barn eller unga och därför

ska förekomma i registret. Nätverkshem ska däremot inte finnas i registret eftersom de inte är avsedda att vara tillgängliga för matchning för andra barn och unga än de som ingår i nätverket och för det behövs inte något särskilt register.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.5.

Förhållandet till annan dataskyddsreglering

3 § *Denna lag innehåller bestämmelser som kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning.*

Termer och uttryck i denna lag har samma betydelse som i EU:s dataskyddsförordning.

I första stycket förtydligas att lagen är en kompletterande sektorspecifik särreglering till redan befintlig generell dataskyddslagstiftning kring behandling av personuppgifter för ett nationellt familjehemsregister. De grundläggande bestämmelserna finns i dataskyddsförordningen. Det är alltså dessa bestämmelser som utgör den huvudsakliga dataskyddsrättsliga regleringen vid behandling av personuppgifter i registret. Lagen om register över familjehem för barn och unga kan alltså inte läsas ensamt utan endast tillsammans med dataskyddsförordningen.

De kompletterande bestämmelserna i lagen beskriver under vilka villkor personuppgiftsbehandling i registret är tillåten och vilka skyddsåtgärder som, utöver redan befintliga sådana i dataskyddsförordningen, gäller vid den personuppgiftsbehandling som omfattas av lagen. Hänvisningen till dataskyddsförordningen är dynamisk. Det innebär att den avser den vid varje tidpunkt gällande lydelsen av förordningen.

I andra stycket anges att termer och uttryck i lagen har samma betydelse som i dataskyddsförordningen. I lagen används exempelvis begreppen personuppgifter, behandling och register. Innebörden av dessa begrepp definieras i artikel 4 i dataskyddsförordningen.

Övervägandena behandlas i avsnitt 7.6.7.

4 § *Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.*

I bestämmelsen regleras hur lagen förhåller sig till dataskyddslagen.

Dataskyddslagen är en till dataskyddsförordningen kompletterande central reglering med generella bestämmelser gällande personuppgiftsbehandling. Av paragrafen framgår att dataskyddslagen är subsidiär i förhållande till bestämmelser i lagen om register över familjehem för barn och unga eller föreskrifter som utfärdats i anslutning till lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.7.

Personuppgiftsansvar

5 § *Inspektionen för vård och omsorg är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som sker i registret.*

Personuppgiftsansvaret enligt första stycket omfattar sådan behandling av personuppgifter som

1. en socialnämnd utför när socialnämnden genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande i ett enskilt fall bereder sig tillgång till personuppgifter i registret, och

2. Socialstyrelsen utför när myndigheten genom direktåtkomst bereder sig tillgång till personuppgifter i registret.

Av första stycket framgår att Inspektionen för vård och omsorg är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen i verksamheten med registret. Det är Inspektionen för vård och omsorg som i varje enskild situation ska ta ställning till vilken behandling av uppgifter som ska och kan ske i registret. Att registret är knutet till Inspektionen för vård och omsorg är också något som medför att exempelvis arkivbildning och sekretesskydd hanteras inom en och samma myndighet, vilket underlättar upprätthållandet av dessa intressen.

Av andra stycket framgår att personuppgiftsansvaret enligt första stycket omfattar även sådan behandling av personuppgifter som dels en socialnämnd utför när nämnden genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande i ett enskilt fall bereder sig tillgång till personuppgifter i registret, dels Socialstyrelsen utför när den myndigheten genom direktåtkomst bereder sig tillgång till personuppgifter i registret.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.5.

Ändamål

6 § Personuppgifter får samlas in och i övrigt behandlas i registret för det övergripande ändamålet att tillhandahålla uppgifter som stöd till en socialnämnd för att finna lämpliga familjehem för barn och unga under 21 år som efter beslut om vård eller omedelbart omhändertagande ska vårdas eller vistas utanför hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Bestämmelsen reglerar det primära ändamålet för registret. Personuppgifter ska för det första få samlas in och i övrigt behandlas i registret för det övergripande ändamålet att vara ett stöd för socialtjänsten att hitta lämpliga hem.

Personuppgifterna i registret ska vidare bidra med kunskap till socialtjänstens bedömning av om hemmet är lämpligt eller olämpligt för ett barn eller en vuxen person. Behovet av uppgifter om familjehem finns beskrivet i avsnitt 7.8.1. Det rör sig i huvudsak om adress- och kontaktuppgifter, uppgift om tillstånd att bedriva familjehemsverksamhet, föräldrarnas yrke och ålder, antal biologiska barn, deras ålder och kön och om de är hemmaboende, uppgift om placerade barn, typ av boende, förekomst av husdjur och/eller andra boende i hushållet, föräldrarnas eventuella egna önskemål om placerade barn och beslut om återkallade tillstånd. Se 7 §.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.8.

7 § Personuppgifter i registret får också behandlas för ändamålen

1. tillsyn över socialtjänsten,
2. kunskapsutveckling och epidemiologiska studier,
3. framställning av statistik,
4. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring,
5. forskning inom socialtjänsten, och
6. utlämnande till den som ska använda uppgifterna för ändamål som anges i 1–5 eller i 6 §.

Personuppgifter i registret som har samlats in för ändamålet i 6 § får vidareanvändas för andra, sekundära ändamål. Socialnämnderna får enligt bestämmelsen använda personuppgifterna i registret för sin egen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av verksamhet inom individ- och familjeomsorgen. I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen anges att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. I 12 § första stycket förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten preciseras för vilka ändamål

personuppgifter får behandlas. Bland annat får socialnämnden behandla personuppgifter för ändamålen tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten.

Det gemensamma för dessa ändamål är att de omfattar åtgärder som syftar till att förbättra kvaliteten och därmed bidra till att verksamheten svarar mot målen i gällande lagstiftning.

Det kan röra sig om att följa upp familjehemmets uppgifter i registret genom hembesök och annan regelbunden uppföljning för att säkerställa att de stämmer.

Denna typ av sammanställningar av personuppgifter bör dock begränsas genom tekniska och organisatoriska åtgärder. Ett sammanställningsregister som bygger på uppgifter i registret bör endast vara tillgängligt för ett begränsat antal personer.

Insamlade personuppgifter ska därutöver få behandlas för ändamålen framställning av statistik. Med statistik menas i lagen den siffermässiga beskrivningen av en viss företeelse, till exempel i tabellform. Statistik är en allmänt utredande verksamhet utan anknytning till något särskilt ärende. Statistikframställningen behöver inte nödvändigtvis vara avgränsad till socialtjänst. Det kan röra sig om statistik som framställs för att ge särskilt underlag åt politiker och administratörer, för planering av verksamheten inom socialtjänsten eller för att informera allmänheten om verksamheten. Även Inspektionen för vård och omsorg förfogar över ändamålet framställning av statistik i lagen för sin verksamhet och sina statistikbehov.

Även Inspektionen för vård och omsorg ska få använda det föreslagna registret i sin tillsynsverksamhet av den sociala barn- och ungdomsvården. Det kan fungera som underlag för tematiska eller punktvisa verksamhetstillsyner, men också vid utredningar av missförhållanden eller sammanbrott i familjehemsplaceringar.

Ett nationellt register över familjehem är en viktig källa för forskningsstudier om placeringar och sammanbrott. Det kan också utgöra källa för rekryteringar av familjehemsföräldrar för kvalitativa studier, antalsberäkningar eller som referenskälla. Den föreslagna lagen tillåter vidareanvändning av registrerade uppgifter i registret för ändamålet forskning.

Det föreslagna registret bedöms dessutom utgöra en viktig källa för Socialstyrelsen inte endast som statistikmyndighet utan också som kunskapsmyndighet. Registret kan utgöra en kompletterande källa till Socialstyrelsens register över placerade barn och unga. Ett värde

finns även för Socialstyrelsens regeringsuppdrag inom kunskapsutveckling på socialtjänstens område där ett behov kan uppstå hos myndigheten att få tillgång till uppgifter i registret för uppföljning, utvärdering eller andra undersökningar. Socialstyrelsen har en författningsreglerad direktåtkomst till flertalet av myndighetsregister hos Inspektionen för vård och omsorg. Så även till detta register. Lagen ger Socialstyrelsen en rätt att via direktåtkomst vidareanvända registrerade uppgifter i registret, om uppgifterna behövs hos Socialstyrelsen för kunskapsutveckling, statistikframställning, uppföljning, utvärdering eller epidemiologiska studier. Socialstyrelsen ska vidare kunna ladda ner uppgifter i registret genom direktåtkomst samt begära dem utlämnade av Inspektionen för vård och omsorg på annat sätt. Det finns också en bestämmelse som medger att Inspektionen för vård och omsorg får lämna ut uppgifter i registret till mottagare som ska använda uppgifterna för de primära och sekundära ändamålen.

Fullgörande av uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning ska vara tillåten.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.8.

8 § Personuppgifter i registret får inte behandlas för några andra ändamål än de som anges i 6 och 7 §§.

Ändamålsbestämningarna i lagen ska vara uttömmande på så vis att finalitetsprincipen i artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen inte ska vara tillämplig.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.8.

Den enskildes inställning till personuppgiftsbehandling

9 § Behandling av personuppgifter som är tillåten enligt denna lag får utföras även om den registrerade motsätter sig den.

Av bestämmelsen framgår att den behandling av personuppgifter som är tillåten till följd av lagen får ske även om den registrerade motsätter sig behandlingen.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.9.

Information vid behandling av personuppgifter

10 § *Utöver vad som framgår av artikel 13 i EU:s dataskyddsförordning ska socialnämnden informera den som utreds för att få tillstånd som allmänt familjehem, jourhem eller förstärkt familjehem om vilka uppgifter som får registreras i registret hos IVO och om registreringen är frivillig eller inte.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om information som ska ges till registrerade.

Den som utreds för att få tillstånd som allmänt familjehem, jourhem eller förstärkt familjehem behöver få information om att tillstånd för dessa familjehemskategorier är förenat med att uppgifter om dem registreras i registret hos Inspektionen för vård och omsorg och vilken information som dessa uppgifter ska innehålla.

I artikel 13 i dataskyddsförordningen anges vilken information som ska tillhandahållas om personuppgifterna samlas in från den registrerade. I artikel 14 i dataskyddsförordningen anges vilken information som ska tillhandahållas den registrerade om personuppgifterna samlats in från någon annan än den registrerade, det vill säga den situationen som föreligger hos Inspektionen för vård och omsorg.

I *första stycket* i paragrafen anges att utöver den information som ska tillhandahållas enligt artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen, ska socialnämnden informera den som utreds för att bli familjehem om vilka uppgifter som får registreras i registret hos IVO och om registreringen är frivillig eller inte.

I *andra stycket* finns en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela närmare föreskrifter om information som ska ges till registrerade. Det gäller såväl information som ska lämnas av socialnämnderna som information som ska lämnas av IVO.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.14.

Innehåll

11 § *Registret ska innehålla uppgifter om familjehem som har erhållit tillstånd av nämnden i kategorierna 6 kap. 1 b § 2–4 socialtjänstlagen (2001:453).*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om registrets innehåll.

Bestämmelsen i *första stycket* innebär att registret endast får innehålla de uppgifter som behövs för de ändamål som är tillåtna för registret. Någon närmare beskrivning av uppgifterna framgår inte av bestämmelsen. Det beror på att socialnämndens behov av vissa specifika uppgifter om familjehemsföräldrarna och deras hushåll förutsätts vara föränderlig. Ny kunskap kan förväntas ge upphov till ett behov av ytterligare uppgifter av betydelse för en lyckad matchning.

Av *andra stycket* framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om registrets innehåll med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Registerposter ska framgå av en kompletterande förordning, i vilken regeringen föreskriver med stöd av sin restkompetens de uppgifter som ska omfattas av regleringen. Därigenom främjas ett förenklat förfarande som säkerställer att registret är ständigt förenligt med gällande kunskap inom socialtjänsten. I och med att föreskrifter i förordningsform föreslås omfatta såväl vilka uppgifter som får behandlas som vilka uppgifter som ska finnas i registret har upplysningsbestämmelsen utformats på så sätt att regeringen får meddela närmare föreskrifter om registrets innehåll.

Bestämmelsens utformning är avsedd att garantera att endast relevanta uppgifter samlas in till registret. Bestämmelsens utformning innebär vidare att regeringen inte kan delegera uppgiften till Inspektionen för vård och omsorg att närmare bestämma vilka uppgifter som får förekomma i registret.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.10.

12 § Socialnämnden ska lämna uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg enligt 11 §.

Regeringen får för de ändamål som anges i 6 § meddela ytterligare föreskrifter om vilka uppgifter om familjehem som socialnämnden ska lämna till Inspektionen för vård och omsorg.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om hur socialnämnden ska lämna uppgifter till registret.

Enligt *första stycket* ska socialnämnden lämna uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg.

Genom *andra stycket bemyndigas* regeringen att meddela ytterligare föreskrifter om vilka uppgifter om familjehem som socialnämnden ska lämna till Inspektionen för vård och omsorg. Det krävs emellertid att uppgifterna omfattas av ändamålen i 6 §.

I *tredje stycket* finns en upplysningsbestämmelse om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om hur uppgifter lämnas till registret.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.11.

Känsliga personuppgifter

13 § *Känsliga personuppgifter får inte behandlas i registret.*

Bestämmelsen innebär ett förbud mot registrering av känsliga personuppgifter enligt artikel 9.1 i dataskyddsförordningen. Inspektionen för vård och omsorg ansvarar som personuppgiftsansvarig för att registrering av känsliga personuppgifter inte sker.

Övervägandena finns i 7.6.2.

Uppgifter om lagöverträdelser m.m.

14 § *Uppgifter om lagöverträdelser som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden får behandlas i registret för ändamål som anges i 6 § endast om regeringen medger det.*

Det finns inget behov i nuläget av att samla in uppgifter om lagöverträdelser i det nationella familjehemsregistret.

Det kan dock inte uteslutas i en framtid att sådana uppgifter kan behöva registreras för ett återkallande av ett tillstånd för ett familjehem. Överväganden som kan ligga bakom ett sådant återkallat tillstånd, såsom brott begångna av någon av föräldrarna, kan behöva registreras för viss tid i registret.

Det ska därför vara tillåtet om regeringen i förordning har meddelat föreskrifter om det för registret. Med en sådan ordning säkerställs att det görs en prövning av om registreringen är nödvändig, berättigad och proportionerlig vid en avvägning i förhållande till integritetsintresset samt om de skyddsåtgärder som har fastställts är tillräckliga för att sådan behandling ska vara motiverad.

Övervägandena behandlas i avsnitt 7.6.2.

Direktåtkomst och integritetsskydd

15 § Socialnämnden får ha direktåtkomst till uppgifter i registret. Den som arbetar i en verksamhet i socialnämnden får endast ta del av uppgifter i registret om denne behöver dessa för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter för de ändamål som anges i 6 § och 7 § 3 och 4.

I paragrafen anges att socialnämnden får ha direktåtkomst till registret. Paragrafen innehåller också bestämmelser som innebär att den som arbetar i en verksamhet i socialtjänsten endast får ta del av uppgifter i registret om det behövs för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter för ändamål som är tillåtna enligt lagen. Det handlar om åtkomst till uppgifter för att kunna fatta beslut om vistelse enligt socialtjänstlagen, och kunna framställa statistik samt genomföra uppföljning, utvärdering eller kvalitetssäkring i verksamheten.

Bestämmelsen kompletteras av 16 §.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.12.

16 § Socialnämnden ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter för ändamål som anges i 6 § och 7 § 3 och 4.

Direktåtkomst får inte medges innan Inspektionen för vård och omsorg har försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Enligt första stycket ska socialnämnden ansvara för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra arbetsuppgifter för ändamål som rör placering av barn och unga under 21 år, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering eller kvalitetssäkring. Behörighetsstyrning är en teknisk och organisatorisk åtgärd för att skydda personuppgifter i ett register eller i en verksamhet som hanterar personuppgifter.

Behörighetstilldelningen avser främst anställda vid socialnämnden men även uppdragstagare vid nämnden som är knutna på sådant sätt till nämnden att de tillhör personkretsen enligt 2 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Till skillnad från 15 § anger bestämmelserna här att det lokalt behöver fastställas en behörighetstilldelning. I framtiden, om registret utvecklas, kan socialnämnden dessutom behöva ta ställning till om tillgången till vissa uppgifter ska begränsas bara till vissa befattnings-

havare, såsom i det fallet regeringen skulle tillåta och reglera personuppgifter om lagöverträdelse (se 14 §).

Bestämmelserna i *andra stycket* innebär att Inspektionen för vård och omsorg inte får lämna direktåtkomst utan att först ha försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.12.

17 § *Socialstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter i registret om uppgifterna behövs hos Socialstyrelsen för de ändamål som anges i 7 § 2–4.*

Socialstyrelsen har rätt att ladda ner uppgifter i registret vid direktåtkomst enligt första stycket. Inspektionen för vård och omsorg ska på begäran av Socialstyrelsen lämna ut uppgifter ur registret om uppgifterna behövs hos Socialstyrelsen för de ändamål som anges i 7 § 2–4.

Socialstyrelsen ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Direktåtkomst får inte medges innan Inspektionen för vård och omsorg har försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Paragrafen reglerar Socialstyrelsens tillgång till uppgifter i registret.

Registret utgör en viktig källa för Socialstyrelsen i rollen som både statistikmyndighet och kunskapsmyndighet. Registret utgör en kompletterande källa till Socialstyrelsens register över placerade barn och unga.

I *första stycket* regleras en rätt för Socialstyrelsen att via direktåtkomst vidareanvända registrerade uppgifter i registret, om uppgifterna behövs hos myndigheten för kunskapsutveckling, statistikframställning, uppföljning, utvärdering eller epidemiologiska studier. Direktåtkomsten ska begränsas enbart till sådana uppgifter som Socialstyrelsen behöver för att fullgöra sina uppdrag enligt instruktion, regleringsbrev, regeringsuppdrag och författning.

Av *andra stycket* följer att Socialstyrelsen ska kunna ladda ner uppgifter i registret genom direktåtkomst för angivna ändamål samt begära dem utlämnade av Inspektionen för vård och omsorg på annat sätt.

I *tredje stycket* finns liksom i 16 § bestämmelser om behörighetstilldelning och Inspektionen för vård och omsorgs kontroll av tillfredsställande behörighetstilldelning och säkerhetsåtgärder innan direktåtkomst lämnas till Socialstyrelsen.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.12.

18 § *Den som arbetar i en verksamhet hos Inspektionen för vård och omsorg som bedriver tillsyn över socialtjänsten får ta del av personuppgifter i registret för det ändamål som anges i 7 § 1.*

Inspektionen för vård och omsorg ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet till personuppgifter om registrerade i registret, samt att begränsa åtkomsten till vad som behövs för att den som arbetar vid myndighetens tillsynsverksamhet ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter för ändamål som anges i 7 § 1.

Paragrafen reglerar Inspektionen för vård och omsorgs tillgång till uppgifter i registret för sin tillsynsverksamhet.

Av första stycket framgår att medarbetare inom verksamhet hos Inspektionen för vård och omsorg som arbetar med tillsyn får ta del av uppgifter i registret. Registret kan fungera som underlag för tematiska eller punktvisa verksamhetstillsyner, men också vid utredningar av missförhållanden eller sammanbrott i familjehemsplaceringar.

Enligt andra stycket ska Inspektionen för vård och omsorg bestämma villkor för tilldelning av behörighet till egna medarbetares åtkomst till uppgifter om registrerade i registret och begränsa åtkomsten till vad som behövs för att de som arbetar vid myndighetens tillsynsverksamhet ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter för ändamål som anges i 7 § 4.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.13.

19 § *Den som arbetar i en verksamhet hos Inspektionen för vård och omsorg som förvaltar registret eller framställer statistik får ta del av personuppgifter i registret bara om det är nödvändigt för support, underhåll, felsökning eller för ändamål som anges i 7 § 3 och 5.*

Bestämmelsen reglerar begränsningar av Inspektionen för vård och omsorgs tillgång till personuppgifter i registret, det vill säga den inre sekretessen.

Den som arbetar i en verksamhet hos Inspektionen för vård och omsorg som förvaltar registret får ta del av personuppgifter i registret bara om det är nödvändigt för support, underhåll, felsökning och framställning av statistik. Vidare får medarbetare i den verksamhet som förvaltar registret, liksom medarbetare som arbetar med statistikframställning vid myndigheten, ta del av uppgifter i registret för framställning av statistik och utlämnande av uppgifter till forskning.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.13.

20 § *Inspektionen för vård och omsorg ska se till att alla former av elektronisk åtkomst till personuppgifter dokumenteras och kan kontrolleras.*

Inspektionen för vård och omsorg ska göra systematiska och återkommande kontroller av den i första stycket upprättade dokumentationen i syfte att kontrollera om någon obehörigen kommit åt personuppgifter i registret.

Paragrafen reglerar dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst.

Enligt *första stycket* ska Inspektionen för vård och omsorg se till att elektronisk åtkomst till personuppgifter dokumenteras och kan kontrolleras. Det innebär att det ska finnas behandlingshistorik och loggning avseende åtkomst till personuppgifter i registret.

I *andra stycket* anges att den personuppgiftsansvarige ska göra systematiska och återkommande kontroller av den i första stycket upprättade dokumentationen i syfte att kontrollera om någon obehörigen kommit åt personuppgifter i registret. Det är alltså inte tillräckligt med kontroller endast då obehörig åtkomst misstänks ha förekommit i ett konkret fall.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.15.

Sökbegrepp

21 § *De uppgifter som finns i registret får vara sökbara.*

Sökbegränsningar utgör en skyddsåtgärd enligt dataskyddsförordningen. Bestämmelser om skyddsåtgärder är tillåtna enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen när det gäller behandling som grundar sig på en rättslig förpliktelse eller en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 c eller e i dataskyddsförordningen.

Socialnämnderna behöver kunna söka efter uppgifter om familjehem i strukturerad form. Av det skälet innehåller lagen inte några sökbegränsningar. Sådana uppgifter som får registreras i registret enligt 11 § får således socialnämnderna använda som sökbegrepp.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.2.

Bevarande och gallring

22 § *Uppgifter ska omedelbart gallras när ett Inspektionen för vård och omsorg fått kännedom om att familjehem inte längre vill stå till nämndens förfogande eller när de inte längre behövs för det ändamål som anges i 6 §.*

Uppgift om beslut om ett återkallat tillstånd för familjehem ska gallras fem år efter att beslutet fattades.

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om bevarande och gallring i registret för ändamål som anges i 6 och 7 §§.

Av första stycket framgår att uppgifter i registret ska gallras av Inspektionen för vård och omsorg när de inte längre behövs för de primära ändamålen för behandlingen av personuppgifter i registret. En sådan situation föreligger när ett familjehem inte längre vill stå till socialnämndens förfogande för familjehemsplaceringar.

Enligt andra stycket ska uppgift om beslut om ett återkallat tillstånd gallras fem år efter att beslut om återkallelse fattades. Uppgiften om det återkallade tillståndet ska bevaras i fem år från dagen för beslutet och därefter gallras.

I tredje stycket ges en upplysning om att regeringen med stöd av den så kallade restkompetensen enligt regeringsformen kan meddela föreskrifter om bevarande och gallring i registret av uppgifter som behöver bevaras längre tid än vad som är behövligt för de primära ändamålen. Förutom beslutet om en återkallelse av ett utfärdat tillstånd bör även uppgift om namn, personnummer och beslutande kommun bevaras i registret motsvarande tidsrymd. Uppgift om det återkallade tillståndet är en uppgift i registret som familjehemsföräldrarna inte kan påverka. Bevarande av uppgift om beslut om återkallade tillstånd för familjehem ska dock regleras i lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.18.

Sekretess

23 § I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) finns bestämmelser om begränsningar i rätten att lämna ut personuppgifter.

Paragrafen erinrar om att det finns särskilda bestämmelser om sekretess som omfattar verksamhet både hos Inspektionen för vård och omsorg och socialnämnderna som avser registret.

Sekretessbestämmelser behandlas i avsnitt 7.6.19.

14.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

6 a §

Särskilda bestämmelser om skyldighet att erbjuda undersökning utöver vad som följer av denna lag finns lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård.

Paragrafen är ny och erinrar om att det finns bestämmelser som rör tandvård i lagen med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. En motsvarande upplysningsbestämmelse föreslås införas i 8 kap. 10 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

6 b §

Regionen ska utöver det som anges i 6 § erbjuda god tandvård åt barn och unga under 21 år som vistas inom regionen, som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, och som omfattas av en annan regions ansvar för tandvård.

Den region där barnet eller den unge är bosatt svarar för kostnaderna för tandvård som patienten ges med stöd av första stycket.

Paragrafen är ny. Första stycket anger att den region där barn och unga under 21 år vistas i Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem ansvarar för att erbjuda tandvård. I andra stycket bestäms att den region där barnet eller den unge är bosatt svarar för kostnaderna för den tandvård som ges enligt första stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 9.5.2.

9 a §

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om tandvård för barn och unga under 21 år som vårdas enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller socialtjänstlagen (2001:453). Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa barn och unga eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Paragrafen är ny. I *första stycket* anges att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen i fråga om tandvård för barn och unga som vårdas enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga eller socialtjänstlagen. De som vårdas med stöd av bestämmelser i lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård eller i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall omfattas följaktligen inte av kravet, men det kan finnas skäl för att även inkludera dessa målgrupper i överenskommelser och denna bestämmelse är inte avsedd att utgöra hinder för det. Bestämmelsen har utformats med 7 kap. 9 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 6 § samt 5 kap. 1 d § socialtjänstlagen (2001:453) som förebilder. I överenskommelserna kan insatser för att få behövlig tandvård utförd anges, exempelvis upplåtelse av lokaler eller transport.

Övervägandena finns i avsnitt 9.5.3.

14.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

1 §

Insatser inom socialtjänsten för barn och ungdom ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453). Insatserna ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet.

Den som är under 18 år ska dock beredas vård enligt denna lag, om någon av de situationer som anges i 2 eller 3 § föreligger och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv.

Vård med stöd av 3 § får även beredas den som har fyllt 18 men inte 20 år, om sådan vård med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än någon annan vård och det kan antas att behövlig vård inte kan ges med den unges samtycke.

Vissa andra åtgärder får vidtas utan samtycke enligt 11 a, 22, 24, 31 a, 32 a och 32 b §§.

Vid beslut enligt denna lag ska vad som är bäst för den unge vara avgörande.

Paragrafens fjärde stycke har justerats så till vida att de särskilda villkor för vård i den unges egna hem har tagits med i uppräknningen av åtgärder som får vidtas utan samtycke.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.5.

10 §

Vården *ska* anses påbörjad när den unge på grund av ett beslut om omedelbart omhändertagande eller om vård har placerats.

För vårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och föreskrifterna i 11–20 §§.

I första stycket har bestämmelsen om när vården ska anses påbörjad ändrats på så sätt att kravet på placering utanför den unges eget hem har tagits bort. Liksom tidigare har den unge placerats när beslutet har verkställts vilket kan ske vid ett omedelbart omhändertagande eller efter beslut om vård. Ingen annan ändring är avsedd än att vården kan inledas i det egna hemmet. Har den unge avvikit i samband med beslut om omedelbart omhändertagande eller vård så har vården inte verkställts innan den unge återvänt, oavsett om vården verkställs i eller utanför det egna hemmet. Ändringen är en följd av förslaget om ändring av 11 § som innebär att vården inte behöver påbörjas utanför den unges hem.

Övervägandena finns i avsnitt. 5.5.5.

11 §

Socialnämnden bestämmer hur vården av den unge *ska* ordnas och var han eller hon *ska* vistas under vårdtiden. I fråga om den som vårdas i ett hem som avses i 12 § första eller andra stycket får dock Statens institutionsstyrelse i samband med att den unge transporteras besluta att han eller hon tillfälligt skall vistas i ett annat sådant hem.

Nämnden får *bestämma* att den unge vistas i sitt eget hem, om *det* kan antas *att den unges behov av vård bäst kan tillgodoses där*. Om nämndens beslut enligt första stycket inte kan avvaktas, får ordföranden eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat besluta i frågan. Beslutet *ska* anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Nämnden eller den åt vilken nämnden har uppdragit vården *ska* ha uppsikt över den unge och *bestämma om den unges personliga förhållanden i den utsträckning det behövs för att genomföra vården*. *Det innefattar att verka för att den unge får den utbildning, tandvård och hälso- och sjukvård som den unge behöver*.

Nämnden har under vårdtiden samma ansvar som vårdnadshavaren *annars har* för att den unges grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken tillgodoses.

I *andra stycket* har bestämmelsen som anger att vården alltid ska inledas utanför den unges hem tagits bort. Det har också preciserats att det utöver de bedömningar som ska göras vid vistelsebeslut enligt de föreslagna bestämmelserna i 6 kap. 5 a § socialtjänstlagen (2001:453) även behöver antas att den unges behov av vård bäst kan tillgodoses i det egna hemmet. Det *fjärde stycket* innehåller en bestämmelse om nämndens skyldighet att bestämma över den unges personliga förhållanden. Bestämmelsen har ändrats på så sätt att det tydliggörs att nämndens skyldighet att bestämma om den unges personliga förhållanden i den utsträckning det behövs för att genomföra vården innefattar att verka för att den unge får den utbildning, tandvård och hälso- och sjukvård som den unge behöver. Bestämmelsen om nämndens ansvar enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken finns i det *femte stycket*. Bestämmelsen har ändrats på så sätt att nämnden under vårdtiden har ansvar för att den unges grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken tillgodoses. Till skillnad från nu gällande bestämmelse där nämnden har samma ansvar som vårdnadshavarna så framgår att nämnden har det ansvar som vårdnadshavarna annars har.

Även om nämndens ansvar och befogenheter att bestämma över den unges personliga förhållanden i fjärde och femte stycket förtydligas så gäller alltså insatser inom socialtjänsten för barn och ungdom ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) (se 1 § LVU). Övriga ändringar i paragrafen är endast språkliga.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.5.

11 a §

För unga som vårdas med stöd av 3 § får socialnämnden besluta om särskilda villkor som förutsättning för att få vårdas i det egna hemmet. De särskilda villkoren får avse

1. *skyldighet att ta emot vissa andra insatser inom socialtjänsten, och*
2. *att den unge ska lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv-, svett- eller hårprov.*

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om särskilda villkor för den som med stöd av 3 § vårdas i det egna hemmet. Att det är frågan om särskilda villkor innebär att det är frågan om något som går utöver det som kan finnas i vårdplan och genomförandeplan enligt 11 kap. 3 § socialtjänstlagen även om de bör beskrivas i dessa. Vill-

koren hör samman med möjligheten att vårdas i det egna hemmet, inte med vården i stort. Det är en möjlighet och inte en skyldighet för nämnden att besluta om särskilda villkor. Villkoren kan beslutas i anslutning till att vården inleds eller under pågående vård. Nämnden får besluta om ett eller flera särskilda villkor. I *första punkten* anges skyldighet att ta emot vissa andra insatser inom socialtjänsten, som kan ges med stöd av 4 kap. 1 § men inte i sig ges med tvång. Konsekvensen av att inte ta emot föreslagna insatser kan då bli placering utanför det egna hemmet. I *andra punkten* finns en befogenhet för socialnämnden att besluta om att uppmana den unge att lämna sådana prov som avses i 32 a §. Beslut om villkor och omfattas av förbud mot delegation till annat än särskild avdelning genom tillägg i 10 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453). Besluten om villkor föreslås bli överklagbara genom ett tillägg i 41 §.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.5.

13 §

Har den unge beretts vård med stöd av 2 §, ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga

1. om behovet av vård har förändrats, och

2. om barnets eller den unges behov av vård och stöd tillgodoses.

Vid övervägandet ska nämnden beakta den unges inställning till vården.

Har den unge beretts vård med stöd av 3 §, ska socialnämnden inom sex månader från dagen för verkställighet av vårdbeslutet pröva om vård med stöd av lagen ska upphöra och om den unges behov av vård tillgodoses. Denna fråga ska därefter prövas fortlöpande inom sex månader från senaste prövning. Vid prövningen ska nämnden beakta den unges inställning till vården.

Vid det första övervägandet respektive den första prövningen efter att vård har inletts ska nämnden följa upp om en hälsoundersökning enligt lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård har erbjudits samt om en bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen (2010:800) har utförts.

Det första stycket har justerats på så sätt att övervägande om vårdens inriktning och omfattning har tagits bort och ersatts av övervägande av om behovet av vård har förändrats, och om barnets eller den unges behov av vård och stöd tillgodoses. Övervägande av om den unges behov av vård och stöd tillgodoses ska även ske för unga som vårdas med stöd av 3 vilket anges i *andra stycket*. Vid såväl överväganden som omprövningar ska den unges inställning till vården beaktas. Det

tredje stycket är nytt anger att nämnden vid det första övervägandet respektive den första prövningen också följa upp förekomst av erbjudanden om hälsoundersökning enligt den särskilda lagen om hälsoundersökningar och bedömningar enligt 3 kap. 12 k § skollagen. Det kan finnas anledning att följa upp det även vid senare överväganden även om det inte är obligatoriskt enligt denna bestämmelse. Att nämnden ska följa upp vissa aktiviteter särskilt innebär inte att annat inte behöver följas upp vid dessa tillfällen. Motsvarande bestämmelser föreslås införas i 6 kap. 8 § socialtjänstlagen.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.9.

13 a §

Socialnämnden ska noga följa vården av de barn och unga som får vård med stöd av denna lag i syfte att bedöma om den unges behov av vård tillgodoses.

Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa, utbildning, utveckling, beteende, sociala relationer samt eventuell utsatthet för våld.

Vården ska följas främst genom

1. enskilda samtal med barnet eller den unge,

2. samtal med vårdnadshavarna och den eller de som utför vården, och

3. personliga besök i det hem eller boende där barnet eller den unge vistas.

Vid behov ska information från skolan, tandvården och hälso- och sjukvården hämtas in.

Paragrafen innehåller bestämmelser för socialnämndens ansvar för att noga följa vården. Tidigare angavs tillvägagångssätt för att noga följa vården i *första stycket*. Nu föreslås en bestämmelse i första stycket som anger ett övergripande syfte för denna uppföljning, nämligen att kunna bedöma om behovet av vård tillgodoses. Det *andra stycket* föreslås omfatta det som nämnden särskilt ska uppmärksamma. Utöver det som tidigare skulle uppmärksammas har även sociala relationer och eventuell utsatthet för våld lagts till. Med sociala relationer menas en vidare krets av sociala relationer som barnet eller den unge kan ha, till anhöriga, närstående eller personal. Med att nämnden särskilt ska uppmärksamma eventuell utsatthet för våld avses att nämnden behöver vara uppmärksam på tecken på olika former av våld, exempelvis fysiskt, psykiskt och sexuellt. Det kan vara så att den som noga följer vården behöver ställa frågor för att kunna få en uppfattning av eventuell utsatthet för våld och vilka frågor som då är lämpliga att ställa behöver den professionella handläggaren anpassa

utifrån barnet eller den unges ålder och mognad. En justering har också gjorts utifrån att jourhem är en form av familjehem. I *tredje stycket* anges hur nämnden ska följa vården och uppmärksammas det som anges i andra stycket. Det *fyärde stycket* innefattar en skyldighet att hämta in information från skolan och hälso- och sjukvården. Skolväsendet och hälso- och sjukvården föreslås också omfattas av en uppgiftsskyldighet i 29 kap. 13 § skollagen (2010:800) respektive 5 kap. 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som omfattar uppgifter som behövs för genomförande och uppföljning av vård.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.6.

17 §

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får, om det behövs, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas vid ankomst till hemmet för kontroll av att han eller hon inte bär på sig något som enligt 16 § inte får innehas. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom ska påträffas hos honom eller henne.

En kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning ska genomföras i närvaro av ett vittne om inte den unge avstår från den rätten.

Kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen får endast genomföras eller bevittnas av någon av samma kön om inte den unge har andra önskemål. Den unge ska också tillfrågas om någon särskild person ur personalen ska genomföra eller bevittna åtgärden. Den unges önskemål ska så långt det är möjligt tillgodoses.

All den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas vid kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Paragrafens *tredje stycke* har justerats så till vida att kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning endast får utföras eller bevittnas av någon av samma kön som den unge om inte den unge har andra önskemål. Bestämmelsen anger en presumtion för vilket kön den som utför de aktuella åtgärderna ska ha men också att det är den unges önskemål som avgör. Att det är den unges önskemål som är avgörande är viktigt inte minst med tanke på att det juridiska eller medicinska könet inte nödvändigtvis överensstämmer med den könsidentitet som den unge har. Det är naturligtvis inte möjligt att kringgå bestämmelsen genom att personal tillfälligtvis uppger sig ha en annan könsidentitet. I övrigt har endast en språklig justering gjorts.

Övervägandena finns i avsnitt 8.9.3.

32 §

I ett ärende enligt denna lag *ska* socialnämnden besluta om läkarundersökning av den unge *om det finns anledning att anta att sådan undersökning är behövlig för bedömning av om det finns hinder för vård eller för att på annat sätt särskilt beakta hälsotillståndet inför beslutet om vård. Nämnden får utse läkare för undersökningen. Om undersökningen inte lämpligen kan genomföras i den unges hem, får nämnden bestämma någon annan plats för den. I ett mål enligt denna lag har rätten samma befogenhet.*

I paragrafens *första stycke* har socialnämndens skyldighet att genomföra en läkarundersökning ersatts med en befogenhet för nämnden att besluta om läkarundersökning i de fall där det kan antas vara behövligt för bedömning av om det finns hinder för vård eller för att på annat sätt särskilt beakta hälsotillståndet inför beslut om vård. Hinder för vården kan föreligga om den unge behöver få sjukhusvård för akuta medicinska eller psykiatriska tillstånd eller omedelbart genomgå en undersökning på sjukhus. Särskilda överväganden av hälsotillstånd som kan behövas kan avse läkemedelsbehandling som inte får avbrytas samt kronisk sjukdom, allvarlig allergi eller funktionsnedsättning som behöver beaktas i den miljö där den unge placeras. Liksom tidigare får nämnden också utse läkare för undersökningen. Domstolens befogenhet att besluta om läkarundersökning kvarstår oförändrad. Det andra stycket som innehållit ett absolut krav på läkarundersökning inför ansökan om vård enligt 4 § har tagits bort.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.1.

41 §

Socialnämndens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, när nämnden har

1. beslutat om var vården av den unge ska inledas eller beslutat i fråga om att flytta den unge från det hem där han eller hon vistas,
2. *beslutat i fråga om särskilda villkor enligt 11 a §,*
3. beslutat i fråga om fortsatt vård med stöd av lagen,
4. med stöd av 14 § beslutat i fråga om umgänge eller beslutat att den unges vistelseort inte ska röjas,
5. fattat beslut enligt 22 § eller prövat om ett sådant beslut ska upphöra att gälla,
6. med stöd av 31 § beslutat i fråga om umgänge,
7. beslutat i fråga om fortsatt flyttningsförbud,
8. beslutat i fråga om upphörande av ett fortsatt omhändertagande för tillfällig vård,

9. beslutat i fråga om fortsatt utreseförbud, eller

10. beslutat i fråga om tillfälligt undantag från ett utreseförbud.

Andra beslut av nämnden enligt denna lag får inte överklagas.

Rättens beslut enligt 8 och 31 f §§ i fråga om förlängd ansökningstid och enligt 32 § om läkarundersökning får inte överklagas.

Första stycket andra punkten har justerats på sätt som medför att beslut med stöd av den föreslagna 11 a § om särskilda villkor vid vård i den unges egna hem är överklagbara. I övrigt är endast den numrerade listan justerad utifrån att överklagbarhet för särskilda villkor lagts in som en egen punkt 2.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.5.

14.4 Förslaget till lag om ändring i föräldraledighetslagen (1995:584)

1 §

En arbetstagare har som förälder rätt till ledighet från sin anställning enligt denna lag. I vissa fall har även en annan arbetstagare rätt till ledighet.

Med förälder likställs följande personer:

1. förälders make som stadigvarande sammanbor med föräldern,

2. förälders sambo,

3. särskilt förordnad vårdnadshavare som har vård om barnet,

4. den som efter socialnämndens medgivande har tagit emot ett barn för stadigvarande vård och fostran i syfte att adoptera barnet (blivande adoptivförälder), och

5. den som har tagit emot ett barn för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör någon av barnets föräldrar eller någon annan som har vårdnaden om barnet *samt den som i annat fall tagit emot ett barn i sitt hem på uppdrag av socialnämnden* (familjehemsförälder).

Bestämmelser om förbud mot missgynnande behandling av arbetssökande och arbetstagare finns i 16 §.

Ett tillägg i *andra stycket femte punkten* medför att alla som på uppdrag av socialnämnden har tagit emot ett barn i sitt hem omfattas av den krets som likställs med förälder. För den som tar emot barn i sitt hem på uppdrag av socialnämnden finns det inte något krav på att uppdraget ska vara stadigvarande vilket innebär att även jourhem omfattas.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.28.

14.5 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

8 §

En plan i enlighet med bestämmelserna i 7 § ska upprättas för den som vårdas vid särskilda ungdomshem med stöd av denna lag eller med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga om Statens institutionsstyrelse bedömer att den behövs för att barnet eller den unge ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till det. Kommunen ska då upprätta planen tillsammans med regionen och Statens institutionsstyrelse.

Paragrafen är ny och innebär att Statens institutionsstyrelse kan ta samma initiativ till samordning av en individuell plan, ofta benämnd SIP, i situationer när barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem med stöd av 4 kap. 1 § eller med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga har behov av stöd från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och en sådan plan behövs för att den som är placerad ska få sina behov tillgodosedda. En motsvarande bestämmelse föreslås införas i 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.7.

2 a kap.

4 a §

Den kommun som beslutat om placering av ett barn ansvarar för att ge stöd enligt 6 kap. 8 d §.

Paragrafen är ny och innebär att det är den kommun som beslutat om placering som ansvarar för att ge barn och vårdnadshavare stöd för det särskilda behov som uppstår när barnet återförenas med den eller dem som har vårdnaden efter att vård har upphört.

Övervägandena finns i avsnitt 11.6.4.

3 kap.

3 a §

Socialnämnden ska se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och unga.

Socialnämnden ska använda handläggare som har avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av sådana uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar

1. bedömning av om utredning ska inledas,
2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder,
3. uppföljning av beslutade insatser, *eller*
4. *utredning av tillstånd för familjehem.*

Socialnämnden ansvarar för att den handläggare som självständigt utför arbetsuppgifter som avses i andra stycket har tillräcklig erfarenhet för uppgiften.

I paragrafens *andra stycke* föreslås en ny fjärde punkt som innebär att behörighetskraven för socialtjänstens handläggare för utförande av uppgifter rörande barn och unga även ska innefatta utredningar som rör tillstånd till att bli familjehem.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.25.

3 c §

För utförande av de uppgifter som anges i 3 a § andra stycket och 3 f §, får socialnämnden även använda handläggare som har annan utländsk utbildning än sådan som avses i 3 b §, om utbildningen ensam eller tillsammans med yrkeslivserfarenhet motsvarar svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan.

Den myndighet som regeringen bestämmer får i enskilda fall bedöma om kraven enligt första stycket är uppfyllda.

I paragrafens *första stycke* har en hänvisning till den föreslagna 3 kap. 3 f § lagts in vilket innebär att även personal hos socialnämnden som ger stöd, handledning och utbildning till familjehem omfattas av bestämmelserna om annan utländsk utbildning.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.25.

3 e §

Föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år ska ha avlagt relevant examen på minst grundnivå i högskolan. Föreståndare ska också ha sådan kunskap om målgruppens behov, och personlig lämplighet som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

Paragrafen är ny och innehåller krav på kompetens för föreståndare vid stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga under 21 år.

Övervägandena finns i avsnitt 8.7.1.

3 f §

Personal som ger stöd, handledning och utbildning till familjehem ska ha avlagt relevant examen på minst grundnivå i högskolan och personlig lämplighet för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.

Paragrafen är ny och anger ett behörighetskrav för den som ger stöd, utbildning och handledning till familjehem. Bestämmelserna gäller för verksamhet i såväl kommunal som enskild regi.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.25.

4 kap.

1 d §

För barn och unga som fått samhällsvård ska det från 16 års ålder ingå i en skälig levnadsnivå att upp till 25 års ålder få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård efter att samhällsvården avslutats.

Paragrafen är ny. Förslaget innebär att alla som är under 25 år och har varit placerade utanför det egna hemmet ska ha rätt att få känslomässigt stöd samt stöd med frågor som rör boende, utbildning, arbete, ekonomi, tandvård och hälso- och sjukvård. Det kan bland annat innebära stöd med personliga angelägenheter som rör bostad, utbildnings- och försörjningsmöjligheter samt vårdkontakter men även fritidsaktiviteter. Det innebär inte att socialnämnden ska utföra eller bekosta det som räknas upp i bestämmelsen utan det handlar om att ge den enskilde stöd till att själv ta del av det precis som alla andra.

Stödet kan exempelvis ges som boendestöd, kontaktperson, eller andra former av råd och stöd. Eftersom stödet ges när den enskilde inte längre vistas i familjehem, HVB eller stödboende så är det vistelsekommunen som ansvarar för att ge stödet, se 2 a kap. 1 § SoL. Det är emellertid den placerande kommunen som ansvarar för att informera om rätten till stödet, se den föreslagna 6 kap. 8 c § SoL och 2 a kap. 4 § SoL.

Övervägandena finns i avsnitt 11.6.2.

5 kap.

1 d §

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om barn och unga i *samhällsvård*. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa barn och unga eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Paragrafen har justerats på så sätt att barn och unga i samhällsvård ersätter uttryckssättet barn och unga utanför det egna hemmet. Det innebär att barn och unga som vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) omfattas av bestämmelsen.

Övervägandena finns i avsnitt 4.4.1.

6 kap. Vård utanför det egna hemmet *m.m.*

1 a §

Med samhällsvård avses i denna lag vård av barn eller unga under 21 år som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av 4 kap. 1 § eller med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Sådan vård ges i

– familjehem,

– stödboende,

– hem för vård eller boende,

– vård i enskilt hem enligt 6 kap. 6 § fjärde stycket, eller

– det egna hemmet med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Paragrafen är ny och anger en definition av samhällsvård. I *andra stycket* preciseras var sådan vård ges. Kapitelrubriken har ändrats så att det framgår att 6 kap. även handlar om annat än vård utanför det egna hemmet. Så är det redan i dag i och med att exempelvis bestämmelser som handlar om internationell adoption finns i 6 kap. I och med att flera bestämmelser som nu föreslås är avsedda att tillämpas även när vård ges i det egna hemmet med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga tillkommer ytterligare förhållanden som inte handlar om vård utanför det egna hemmet. Dessutom kommer ett flertal bestämmelser i kapitlet att omfatta vård i det egna hemmet med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Övervägandena finns i avsnitt 4.4.1.

1 b §

Familjehem för barn och unga under 21 år finns i familjehemskategorierna

- 1. nätverkshem,*
- 2. allmänt familjehem*
- 3. förstärkt familjehem, och*
- 4. jourhem.*

Paragrafen är ny och anger de olika kategorier av familjehem som det går att få tillstånd för. I 3 kap. 2 a § socialtjänstförordningen (2001:937) finns definitioner av dessa kategorier. I *första punkten* finns nätverkshem. Nätverkshem är hem där barnet eller den unge sedan tidigare känner den som beviljats tillstånd. En person eller en familj i barnet eller den unges nätverk kan till exempel vara en släkting eller annan närstående till barnet eller den unge. Det kan vara någon av föräldrarna i ett familjehem där barnet eller den unge har bott. Liksom ett allmänt familjehem kan ett nätverkshem yrkesarbeta vid sidan om uppdraget, men kan ersättas för förlorad arbetsinkomst om de behöver ta ledigt från arbetet i tidsavgränsade perioder för att kunna ta hand om barnet eller den unge, till exempel vid placeringens inledande eller vid behov. Inga särskilda krav ställs på ett nätverkshem om utbildning eller tidigare erfarenhet av uppdraget.

Nätverkshem ska ha likvärdiga förutsättningar för uppdraget som allmänna familjehem, men ingår inte i det nationella familjehemsregistret. Socialnämnden kan även anpassa den grundutbildning som

familjehem ska genomgå för att få tillstånd så att den särskilt passar det uppdrag som nätverkshem har.

Allmänt familjehem i *andra punkten* är en person eller en familj som inte känner barnet eller den unge. Ett allmänt familjehem kan yrkesarbeta vid sidan om uppdraget, men kan ersättas för förlorad arbetsinkomst om de behöver ta ledigt från arbetet för att kunna ta hand om barnet eller den unge, till exempel vid placeringens inledande eller vid behov. Inga särskilda krav ställs på ett allmänt familjehem om utbildning eller tidigare erfarenhet av uppdraget.

I *tredje punkten* finns förstärkt familjehem. De tar emot barn och unga som har särskilda vårdbehov. Förstärkta familjehem ska ha särskilt goda förutsättningar att ta hand om barn och unga med särskilda vårdbehov. Det kan antingen handla om relevant utbildning, relevant yrkeserfarenhet eller långvarig erfarenhet som familjehem. Relevant utbildning kan till exempel vara utbildningar inom pedagogik, psykologi, socialt arbete eller liknande. Relevant yrkeserfarenhet är yrken inom liknande områden som för utbildningen. Att socialnämnden ska tillgodose de särskilda behov av utbildning, stöd, handledning och annan hjälp som förstärkta familjehem behöver för att kunna utföra vården framgår av förslagen i 6 kap. 6 c §.

Jourhem finns i *fjärde punkten* och är en person eller en familj som inte är släkt med eller sedan tidigare har en relation till barnet eller den unge och som har lämplig utbildning, lämplig yrkeserfarenhet, erfarenhet som familjehem eller annan särskild lämplighet för att kunna ta emot barn eller unga tillfälligt och med kort varsel. Ett jourhem tar emot barn och unga tillfälligt och med kort varsel tills en varaktig placering har ordnats eller tills barnet eller den unge flyttar hem. Jourhem ska ha särskilt goda förutsättningar att kunna hantera barn i kris. Jourhem ska i likhet med förstärkta familjehem ha särskilt goda förutsättningar för uppdraget. Det kan handla om att de antingen har relevant utbildning, relevant yrkeserfarenhet eller långvarig erfarenhet som familjehem. Relevant utbildning är till exempel utbildningar inom pedagogik, psykologi, socialt arbete eller liknande. Relevant yrkeserfarenhet är yrken inom liknande områden som för utbildningen. Minst en av familjehemsföräldrarna ska regelmässigt kunna få ersättning för att vara hemma på heltid under delar av eller hela uppdraget om barnet eller den unge har behov av det.

Att socialnämnden ska tillgodose de särskilda behov av utbildning, stöd, handledning och annan hjälp som jourhem behöver för att kunna utföra vården framgår av förslagen i 6 kap. 6 c §.

Definitioner av kategorierna finns i den föreslagna 3 kap. 2 a § socialtjänstförordningen (2001:937).

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.3.

Särskilda bestämmelser om mottagande av barn och om barn och unga i samhällsvård

5 §

Socialnämnden ska besluta om var barn och unga under 21 år ska vistas under vårdtiden.

Om beslutet om vistelse behöver ändras ska socialnämnden noga förbereda barnets eller den unges flyttning. Omedelbar förändring av barnets eller den unges vistelse får endast ske om det finns särskilda skäl för det.

Rubriken i 6 kap. närmast före 5 § har ändrats för att bättre motsvara vilka bestämmelser som följer under den. De nya paragraferna som reglerar familjehemsvård för barn kommer att gälla för barn och unga under 21 år, likaså kommer bestämmelser om uppföljning med mera att avse den gruppen. Det kommer alltså finnas bestämmelser som rör mottagande av barn utan koppling till uppdrag från socialnämnden vilket medför att den skrivningen ändå föreslås vara kvar.

Bestämmelsen om att i första hand överväga om barn som placeras kan tas emot av någon anhörig eller närstående har ändrats så att även unga under 21 år omfattas och flyttats till 6 kap. 5 b §. Den tidigare hänvisningen till 1 kap. 2 § har tagits bort.

Bestämmelsen i *första stycket* innebär att nämnden alltid ska fatta ett särskilt beslut om var barnet eller den unge under 21 år ska vistas under vårdtiden. Bestämmelsen har utformats utifrån 11 § LVU och avser beslut om i vilket hem eller i vilket boende som barnet eller den unge ska vårdas, men omfattar inte situationer där exempelvis ett familjehem företar en resa.

Den skyldighet för socialnämnden som beskrivs i *andra stycket* att noga förbereda barnets eller den unges flyttning innebär bland annat att bestämmelserna om barnets rätt till information och att få sina åsikter beaktade i förhållande till ålder och mognad i 11 kap. 10 § aktualiseras. Även unga mellan 18 och 21 år behöver naturligtvis få

möjlighet att förbereda flyttningen. Att det finns en skola som kan ta emot och att eventuella nödvändiga arrangemang för att ta sig till skolan, exempelvis skolskjuts, är ordnade är också en del av en sådan förberedelse. Det anges även att omedelbar förändring av vistelsen endast får ske om det finns särskilda skäl för det. Exempel på sådana skäl är när barnet eller den unge vanvårdas eller utsätts för övergrepp där de vistas eller att familjehemmet eller att hemmet för vård eller boende inte längre vårdar barnet, på grund av sjukdom eller för att de frånsäger sig uppdraget och det uppstått ett akut behov av vård som inte tillgodoses. Ett annat exempel är när en enskild verksamhet oplanerat upphör. Bestämmelsen avser inte tillfälliga vistelser som exempelvis resor. Beslut om vård är liksom tidigare ett beslut om bistånd med stöd av 4 kap. 1 §.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.4.

5 a §

Inför ett beslut om var barn och unga under 21 år ska vistas ska socialnämnden bedöma om barnets eller den unges behov av vård kan tillgodoses där. Nämnden ska då särskilt beakta barnets eller den unges

- 1. inställning till vården och var den ska utföras,*
- 2. relation till vårdnadshavare, förälder, syskon, familjehemmet eller annan omsorgsgivare,*
- 3. förankring i förskola eller skola och i den sociala miljön,*
- 4. särskilda behov, pågående behandling eller annan insats, och*
- 5. behov av kontinuitet i etnisk, religiös, kulturell och språklig bakgrund.*

Paragrafen är ny och anger att bedömning ska göras av om ett visst hem eller boende har förutsättningar för att tillgodose barnets eller den unges behov av vård samt vad som ska beaktas inför en ny eller förändrad vistelse för den som vårdas. I och med att bestämmelserna omfattar barn och unga i samhällsvård så gäller de även för beslut enligt 11 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Bestämmelsen om att bedöma förutsättningar för att tillgodose behov kan till viss del sägas motsvara 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende. Utöver det som ska beaktas enligt paragrafen så gäller bestämmelserna i 1 kap. 2 § utan att det behöver regleras särskilt.

I *första punkten* anges barnets eller den unges inställning till vården och var den ska utföras som något som ska beaktas särskilt. Att beakta inställningen innebär inte att den ska vara avgörande. Någon en formell inställning måste inte lämnas men barnet eller den unge behöver ges möjlighet att ge uttryck för sin åsikt. Bestämmelser om att barnets respektive den unges bästa ska vara avgörande vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser finns i 1 kap. 2 § denna lag respektive 1 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

I *andra punkten* anges att behov av kontinuitet i relationer med omsorgspersoner, föräldrar och syskon ska beaktas särskilt. Omsorgspersoner kan exempelvis vara tidigare eller nuvarande familjehemsföräldrar eller personal i HVB som barnet eller den unge har en bra eller dålig relation till. Den *tredje punkten* avser förankring i förskola, skola och fritidsaktiviteter. Med det avses även sociala relationer till lärare och vänner med flera. Förutsättningar för att till exempel på bästa sätt avsluta en skoltermin eller en utbildning helt eller delvis är något som kan bli aktuellt att beakta särskilt, likaså möjligheter att kunna fortsätta med fritidsaktivitet.

Att särskilda behov samt behandling eller annan insats också ska beaktas anges i *fjärde punkten*. Här behöver nämnden exempelvis beakta förutsättningarna för att pågående kompletterande insatser ska kunna fortsätta eller påbörjas.

Att behoven av kontinuitet i etnisk, religiös, kulturell och språklig bakgrund särskilt ska beaktas vilket anges i *femte punkten* innebär att nämnden behöver beakta om barnet eller den unges behov av det kan tillgodoses vid placeringen och på vilket sätt. Bestämmelsen har utformats utifrån artikel 20.3 i barnkonventionen men gäller även för unga upp till 21 år.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.4.

5 b §

Inför samhällsvård ska socialnämnden undersöka om barnet eller den unge kan vårdas hos någon i sitt nätverk.

Om det kan antas att barnets eller den unges behov av vård kan tillgodoses i ett nätverks hem ska samhällsvården ske där.

Paragrafen är ny. Bestämmelsen i *första stycket* innebär att socialnämnden ska ta reda på om det finns någon i nätverket som kan komma i fråga för utredning om tillstånd för att vara nätverkshem när barn eller unga under 21 år ska placeras utanför det egna hemmet. Alla hem i nätverket är inte per automatik lämpliga och risker för alla former av våld, även hedersrelaterat, behöver uppmärksammas. Bestämmelsen i *andra stycket* motsvarar delvis första meningen i nuvarande 6 kap. 5 § men omfattar nu också unga under 21 år och har ändrats på så sätt att nätverksplacering inte bara ska övervägas utan att det är i nätverkshem som placering ska ske om det kan antas att behovet av vård kan tillgodoses där. Bestämmelsen utgör således en stark presumtion för placering i nätverk. Bestämmelsen preciserar också att det är barnets eller den unges behov och inte tillgång till hem som är avgörande för val av placering.

Bestämmelsen i 5 kap. 5 § om att vad som är bäst för barnet enligt 1 kap. 2 § dock alltid ska beaktas har inte flyttats över till denna nya bestämmelse. Enligt 1 kap. 2 § gäller att vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas och att vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. 1 kap. 2 § ska alltid tillämpas vid alla beslut eller andra åtgärder som rör barn. De föreslagna bestämmelserna ligger helt i linje med 1 kap. 2 §. En mer allmänt hållen upplysningsbestämmelse med hänvisning till 1 kap. 2 § framstår därför inte heller som nödvändig.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.23.

5 c §

Socialnämnden får endast placera barn och unga under 21 år i ett hem för vård eller boende om det kan antas att barnets eller den unges behov av vård kan tillgodoses där.

Paragrafen är ny och innebär att barn och unga endast får placeras i ett hem för vård eller boende om en sådan placering kan antas att bäst tillgodose det enskilda barnets eller unga personens behov av vård. Det kan exempelvis handla om situationer när barnet eller den unge behöver vistas i en avskild miljö med ständig tillgång till professionellt stöd för att en akut situation ska stabiliseras, vård- och

stödbehoven ska kunna utredas närmare eller en viss behandling ska kunna påbörjas och ibland även slutföras.

Övervägandena finns i avsnitt 8.5.2

6 §

Ett barn får inte utan socialnämndens medgivande tas emot för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller någon annan som har vårdnaden om honom eller henne.

Socialnämnden får inte lämna medgivande om vård utan att förhållandena i det enskilda hemmet och förutsättningarna för vård i hemmet är utredda av socialnämnd.

Socialnämnden får endast placera barn eller unga för samhällsvård i familjehem som har beviljats tillstånd.

Barn och unga i samhällsvård får endast vårdas i ett enskilt hem som inte har tillstånd för att vara familjehem i sammanlagt sex månader efter att vården har inletts om det finns särskilda skäl för det.

Paragrafen reglerar sedan tidigare förutsättningarna för att ta emot barn för vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör föräldrarna eller någon annan som har vårdnaden om barnet, inte enbart vård och fostran på uppdrag av socialnämnden. Det *första stycket* och det *andra stycket* har justerats på så sätt att bestämmelserna inte längre omfattar beslut om vård eftersom förutsättningarna för tillåtelse att ta emot barn och unga under 21 år för samhällsvård i familjehem bestäms i det *tredje stycket* som nu innehåller bestämmelser som klargör att barn och unga i samhällsvård inte får tas emot för vård i familjehem utan att familjehemmet har beviljats tillstånd. Att bestämmelsen omfattar samhällsvård innebär vård i familjehem efter beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § eller vård i familjehem med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Barn som tagits emot för stadigvarande vård och fostran som så kallade privatplaceringar faller utanför tillämpningsområdet för tillstånd. Insatsen familjehem enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade omfattas inte heller av bestämmelsen. Bestämmelsen omfattar alla kategorier av familjehem som definieras i den förelagda 6 kap. 1 a § och därmed även jourhem.

Fjärde stycket har ändrats på sätt som innebär att den inte avser utredning av jourhem utan avser en begränsad möjlighet att vårda barn och unga under 21 år i enskilt hem utan beslut om tillstånd i sammanlagt sex månader efter att vården inletts om det finns särskilda

skäl för det. Bestämmelsen omfattar såväl hem som ansökt om tillstånd om att bli familjehem som tillfälliga placeringar i nätverk. Att det är frågan om en sammanlagd tid om sex månader innebär att det inte är möjligt att förlänga sexmånadersperioden genom att flytta barnet eller den unge till ett annat enskilt hem som inte har tillstånd. Det är fortfarande så att socialnämnden inte får fatta beslut om vård i hemmet utan att förhållandena i det enskilda hemmet och förutsättningarna för vård i hemmet är utredda av socialnämnd, se andra stycket. En sådan utredning är inte av samma slag som en utredning som syftar till att utmyнна i ett beslut om tillstånd.

Att det är fråga om att vårdas hos någon innebär att det endast är fråga om vård som ges med stöd av socialtjänstlagen eller med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Särskilda skäl för tillfällig vård i hem utan tillstånd kan vara att det tilltänkta hemmet bedöms vara bäst för barnet eller den unge exempelvis på grund av att barnet redan känner de tilltänkta familjehemsföräldrarna eller har önskat ett specifikt hem, för att hålla samman en syskonskara eller för att undvika en längre flyttning som till exempel skulle innebära skolbyte.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.9. och 6.6.10.

6 a §

Om socialnämndens prövning gäller ett barn och medgivande eller beslut om vård *eller vistelse* enligt 5 eller 6 §§ och avser ett tilltänkt enskilt hem i en annan kommun, ska nämnden informera och samråda med den kommunen innan den fattar sitt beslut. Om det finns någon i det enskilda hemmet som vistas där efter beslut av en annan kommun, ska nämnden informera och samråda även med den kommunen.

I paragrafen, som reglerar samråd med andra kommuner vid placering har en hänvisning till paragrafen som rör vistelsebeslut lagts till.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.4.

6 b §

Socialnämnden ska i samband med beslut om placering i ett familjehem ingå avtal med dem som nämnden avser att anlita som familjehem. Nämndens och familjehemmets åtaganden som avser barnets behov av stöd och skydd under placeringen ska framgå av avtalet.

Socialnämnden ska betala ut all ersättning för samhällsvård av barn och unga i familjehem eller enskilda hem som tagit emot barn eller unga enligt 6 kap. 6 § fjärde stycket direkt till det familjehem eller det hem som vårdar dem.

Det *andra stycket* är nytt och klargör att all ersättning ska betalas ut av socialnämnden direkt till den som vårdar barn eller unga under 21 år vid vård i familjehem eller i enskilda hem som tar emot barn och unga utan tillstånd med stöd av 6 kap. 6 § fjärde stycket. Det gäller såväl arvode som omkostnadsersättning och eventuella tillägg till dessa.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.27.

6 c §

Socialnämnden ska ge familjehem för barn och unga i samhällsvård utbildning, handledning, stöd och annan hjälp som är anpassat till deras uppdrag. Sådana insatser ska ges särskilt intensivt under det första året av varje placering.

Stöd ska finnas tillgängligt dagtid under vardagar, samt under kvällar och helger.

Insatser enligt första stycket ska under hela vårdtiden vara mer kvalificerade och ges särskilt intensivt till förstärkta familjehem och jourhem.

Insatserna ska också vid behov ges till enskilda hem som tar emot barn eller unga under 21 år enligt 6 kap. 6 § fjärde stycket.

I *första stycket*, som tidigare enbart beskrev en skyldighet för socialnämnden att tillhandahålla utbildning, har också bestämmelserna i 6 kap. 7 a § om skyldighet att tillhandahålla övrigt stöd lagts in med skillnaderna att stödet endast ska ges till familjehem, inte till personal i HVB eller stödboende samt att det anges att handledning ska ges i stället för råd. Att ge råd omfattas av skyldigheten att ge stöd och annan hjälp. Det förtydligas också att de insatser som ges ska vara anpassade till familjehemmets uppdrag. Att stödet ska ges särskilt intensivt under det första året innebär att det ska ges i större omfattning och i syfte att uppmärksamma de behov av stöd som finns. Det utesluter inte att behov av intensivt stöd kan behöva ges under andra perioder. *Andra stycket* är nytt och innebär att stöd inte enbart ska finnas tillgängligt för familjehem under så kallad kontorstid utan även under kvällar och helger. Kravet innefattar inte någon skyldighet att ge tillgång till stöd dygnet runt. *Tredje stycket* är nytt och innebär att insatser enligt första stycket ska under hela vårdtiden vara mer kvalificerade och ges särskilt intensivt till förstärkta familjehem och jourhem. Med det menas exempelvis att stödet ges oftare

och att den som ger stödet kan ha mer utbildning och erfarenhet inom området eller att familjehemmet får vidareutbildning inom särskilda områden som kan krävas för den målgrupp de har som till exempel traumamedveten omsorg, NPF, hedersproblematik med mera. Bestämmelsen utesluter inte att andra familjehems-kategorier kan ha behov av stöd i särskild omfattning. *Fjärde stycket* är nytt och innebär att även hem utan tillstånd som tagit emot ett barn eller en ung person har rätt till insatserna i första stycket vid behov.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.24.

6 d §

Tillstånd att vara familjehem i en eller flera familjehems-kategorier ges av socialnämnden om hemmet har förutsättningar för att medverka till socialnämndens ansvar för att ge god vård till barn och unga i samhällsvård.

Ett tillstånd i kategorin nätverks-hem upphör att gälla när det inte längre finns någon placering i hemmet. Tillstånd att vara familjehem i övriga kategorier gäller tills vidare, men upphör att gälla efter tre år om ingen placerats i hemmet eller tre år efter det att den senaste placeringen i hemmet har upphört.

Paragrafen är ny. Bestämmelserna i *första stycket* innebär att det enbart är personer som har förutsättningar för att medverka till socialnämndens ansvar för att ge god vård till barn och unga i samhällsvård och som har genomgått socialnämndens familjehemsutbildning som får beviljas tillstånd att vara familjehem. Socialnämndens ansvar för att ge god vård för barn i samhällsvård preciseras i förslaget till 6 kap. 7 §. Bestämmelserna omfattar alla kategorier av familjehem som definieras i den föreslagna 6 kap. 1 a § och därmed även kategorin jourhem. Beslut om tillstånd omfattas av begränsningar av nämndens möjligheter att delegera beslut genom den föreslagna ändringen av 10 kap. 4 §. Genom den föreslagna ändringen i 16 kap. 3 § ska beslut om tillstånd få överklagas enligt denna lag.

Bestämmelserna i *andra stycket* innebär att beslut om tillstånd gäller tills vidare men upphör att gälla efter tre år om inte hemmet tagit emot ett barn eller en ung person under 21 år för vård i familjehem eller tre år efter det att den senaste placeringen har upphört. Tillståndet upphör då att gälla utan särskilt beslut. Eftersom tillståndet gäller tills vidare ska socialnämnden inte tidsbegränsa beslutet. Om en situation där en socialnämnd avslutar placering på grund av att hemmet är generellt olämpligt men där det finns pågående placer-

ingar från andra kommuner så finns alltså möjligheten för Inspektionen för vård och omsorg att besluta om att återkalla tillståndet. Det andra stycket innehåller också en bestämmelse som innebär att beslut om tillstånd att vara nätverkshem upphör utan särskilt beslut när det inte längre finns någon pågående placering. För såväl nätverkshem som för andra kategorier av familjehem gäller i övrigt bestämmelserna om ändring av beslut utifrån bestämmelserna i 37–39 §§ FL under tid som tillståndet gäller.

Övervägandena finns i avsnitt och 6.6.11 och 6.6.13.

6 e §

Tillstånd att vara familjehem ges av socialnämnden i den kommun som avser att placera barn eller unga under 21 år i det enskilda hemmet. I annat fall ges tillstånd av socialnämnden i samma kommun som enligt 2 a kap. ansvarar för att tillgodose behov av stöd och hjälp till den som avser att bli familjehem.

Paragrafen är ny och reglerar vilken kommun som ansvarar för att besluta om tillstånd för att vara familjehem. Bestämmelserna har delvis utformats utifrån 6 kap. 12 a § om upphörande av medgivanden av att ta emot ett barn med hemvist utomlands i adoptionssyfte. Bestämmelserna innebär att det är socialnämnden i den kommun som ska placera ett barn eller en ung person upp till 21 år hos någon för första gången som ska bevilja tillstånd till det tilltänkta familjehemmet. Det gäller oavsett om den som avser att bli familjehem är bosatt i den placerande kommunen eller inte. När en enskild ansöker om att bli familjehem och det inte redan finns ett barn eller en ung person som ska placeras där så är det socialnämnden i samma kommun som enligt 2 a kap. ansvarar för att tillgodose den eller de sökandes behov av stöd och hjälp som utreder och beslutar om tillstånd. Att beslut om att inleda utredning eller inte ska fattas skyndsamt och att utredning som rör tillstånd för att vara familjehem ska vara slutförd inom sex månader framgår av den föreslagna 11 kap. 1 b §. Tillstånd för fler kategorier kan beviljas samtidigt och vid det första tillfället som tillstånd ges till någon. Det kan inträffa att familjehem som har tillstånd för en viss kategori anmäler intresse för att bli godkänd för en eller flera ytterligare kategorier än den eller de som socialnämnden tidigare beslutat om. Det är då socialnämnden i den kommun som

redan har lämnat tillstånd till någon om att vara familjehem som kan besluta om tillstånd för ytterligare kategorier av familjehem.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.11.

6 f §

Familjehem ska underrätta socialnämnden om deras förutsättningar för att utföra uppdrag som familjehem ändras väsentligt.

Paragrafen är ny och innebär att den som blivit godkänd som familjehem ska meddela socialnämnden om omständigheter som påverkar deras förutsättningar att vara familjehem väsentligt. Exempel på sådana omständigheter kan vara flyttning till en annan bostad, skilsmässa, förändring i arbetssituationen, sjukdom eller annat som har betydelse för att kunna ta emot och fortsatt ha barn och unga boende hos sig i familjehemsvård i den kategori som tillståndet gäller. Exemplifieringen är inte avsedd att vara uttömmande och avser även sådant som skadligt bruk och beroende, kriminalitet och förekomst av våld.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.19.

6 g §

Inspektionen för vård och omsorg ska återkalla tillstånd att vara familjehem om förutsättningarna för tillståndet inte längre finns.

Paragrafen är ny och anger att Inspektionen för vård och omsorg ska återkalla tillstånd om förutsättningarna för tillståndet inte längre finns. De grundläggande förutsättningarna för att beviljas tillstånd framgår av 6 kap. 6 e §. Bedömningen vid beslut om återkallelse utgår följaktligen från om hemmet har förutsättningar för att erbjuda barn och unga god vård med omtanke och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden. Det kan handla om omständigheter som har funnits sedan länge men som inte tidigare har kommit till nämndens kännedom. Det kan också handla om till exempel misshandel mot barn, annan grov brottslighet eller missbruk. Om bedömningen är att barn eller unga far illa eller riskerar att fara illa i hemmet så ska tillståndet återkallas. I 16 kap. 4 § föreslås ett tillägg om att inspektionens beslut om återkallelse får överklagas. En återkallelse innebär att socialnämnden inte längre får placera barn och unga upp till 21 år

i hemmet och att de barn och unga som eventuellt redan vårdas i hemmet ska omplaceras.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.17.

6 b §

För barn och unga i samhällsvård ska socialnämnden pröva behov av fortsatt sådan vård inför att ett barn fyller 18 år. Vid prövningen ska en sammantagen bedömning av barnets egen inställning till fortsatt vård och förmåga att leva ett självständigt liv vara avgörande.

Paragrafen är ny och innebär att socialnämnden utöver annan skyldighet att pröva behov av fortsatt vård i familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende samt vård i det egna hemmet med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, särskilt ska överväga behov av fortsatt sådan vård inför att barnet fyller 18 år. Utöver de bestämmelser om barnets eller den unges bästa som finns i barnkonventionen, 1 kap. 2 §, respektive 1 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga så ska en sammantagen bedömning av barnets egen inställning till fortsatt vård och förmåga att klara ett självständigt liv vara avgörande. Den sammantagna bedömningen behöver därför göras inför det föreslagna övervägandet. Förslaget innebär att vården inte automatiskt behöver upphöra på 18-årsdagen när ett barn vårdas med stöd av 2 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Vården kan fortsätta med stöd av 4 kap. 1 § om barnet önskar detta och behov av vården finns. Förslaget innebär att en sammantagen bedömning av barnets inställning och förmåga att klara ett självständigt liv ska vara avgörande vid den bedömning som görs enligt 4 kap. 1 § av möjligheter att tillgodose behov och av att kunna få dem tillgodosedda på annat sätt. För det fall att barnet vårdats med stöd av 2 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och så innebär det att ett nytt beslut om vård som gäller från och med 18-årsdagen behöver fattas enligt 4 kap. 1 § om behovsbedömningen efter övervägandet visar att fortsatt vård ska ges. Hur lång tid beslut om vård ska gälla efter det föreslagna övervägandet bestäms utifrån en bedömning i varje enskilt fall.

Övervägandena finns i avsnitt 11.6.1.

6 i §

Barn och unga under 21 år får vårdas i jourhem i högst sex månader efter det att vården inletts om det inte finns särskilda skäl för annat.

Paragrafen är ny. Bestämmelsen innebär att det inte är möjligt att placera barnet tillfälligt i jourhem längre än sex månader om det inte finns särskilda skäl för annat. Exempel på sådana skäl kan vara att socialnämnden har hittat ett lämpligt familjehem eller HVB, men att de behöver lite tid för att avsluta en annan placering innan det går att ta emot barnet eller den unge, att barnet ska återförenas med sin vårdnadshavare, men att denne behöver en kortare tid på sig att förbereda sig för barnet eller den unges hemflyttning eller att barnet eller den unge behöver få möjlighet att avsluta en skoltermin.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.6.

6 j §

Fler än tre barn eller unga under 21 år får inte vårdas samtidigt i samma familjehem om det inte finns särskilda skäl för det.

Paragrafen är ny. Bestämmelsen innebär att ett familjehem oavsett kategori får ta emot högst tre barn eller unga under 21 år samtidigt om det inte finns särskilda skäl för det. Särskilda skäl kan exempelvis vara att hålla ihop en syskonskara eller i en kortare övergångsperiod då ett annat barn eller ung person i samhällsvård ska flytta ut från familjehemmet. Begränsningen gäller generellt och därmed även om familjehemmet har tillstånd för att vara familjehem i flera kategorier.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.7.

7 §

Socialnämndens ansvar för att barn och unga i samhällsvård och de barn som vårdas i annat enskilt hem får god vård innefattar

- 1. att vården utförs med omtanke under gynnsamma uppväxtförhållanden,*
- 2. att ge barnet eller den unge råd, stöd och hjälp utöver det som ges genom placeringen,*
- 3. att också så långt möjligt tillgodose barnets eller den unges behov av stöd i kontakt och umgänge med föräldrar, syskon och andra närstående,*

4. att verka för att barnet eller den unge får utbildning och ansvara för att de ges det stöd till utbildning som de behöver, och

5. att verka för att barnet eller den unge får den hälso- och sjukvård samt tandvård som de behöver.

Paragrafen rör socialnämndens övergripande ansvar under en placering. Den föreslås nu precisera vad god vård för barn och unga i samhällsvård och barn som vårdas i annat enskilt hem handlar om och har dels utvidgats från att enbart omfatta barn till att omfatta även unga under 21 år, dels modifierats något i fråga av vad nämnden ska ansvara och verka för. Den nu gällande fjärde punkten om stöd till vårdnadshavare och föräldrar föreslås flyttas till den föreslagna 6 kap. 7 d §. Enligt den *första punkten* innefattar god vård här omtanke och gynnsamma uppväxtförhållanden. Omtanke kan ses som ett sammanfattande uttryck för vänlighet, lyhördhet, tillit, stöd och uppmuntran. Med gynnsamma uppväxtförhållanden avses att vården ska utformas och genomföras så att den kompenserar för ojämlika förutsättningar för barnet eller den unge, bland annat avseende trygghet, sociala relationer, utbildning och hälsa. *Andra punkten* anger ett ansvar för att barnen får råd, stöd och annan hjälp som de behöver utöver det de får av placeringen. *Tredje punkten* anger ett tydligt ansvar för att deras behov av stöd i kontakt och umgänge med föräldrar, syskon och andra närstående så långt möjligt tillgodoses. Att nämnden ska verka för att placerade barn och unga får utbildning anges i den *fjärde punkten*. Ordet lämplig har tagits bort eftersom nämnden inte har kompetens att avgöra vad som är lämplig utbildning och ordet i sig antyder att placerade barn och unga ska få någon annan utbildning än andra barn och unga. Bestämmelsen har också förstärkts med att nämnden även har ett ansvar för att barnet eller den unge får det stöd till utbildning som de behöver och som vårdnadshavaren annars dagligen svarar för. Det ansvaret kan till exempel avse stöd med att läsa läxor, förbereda sig inför prov, komma till skolan i tid och närvara vid möten med skolan. I den *femte punkten* har ansvar för att verka för tillgång till tandvård lagts till.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.2.

7 a §

Barn och unga i samhällsvård ska få en särskilt utsedd barn- och ungdomshandläggare. Barn och ungdomshandläggaren ska ansvara för att barnet eller den unge ges möjlighet att vara delaktig i utformandet av vården och får information om sina rättigheter, samt för att noga följa vården.

Paragrafens tidigare innehåll om stöd till dem som vårdar barn i familjehem, stödboende och hem för vård eller boende har i den del som rör dem som vårdar barn i familjehem flyttats till 6 kap. 6 c § där allt stöd till familjehem finns. Socialnämndens ansvar för stöd till dem som vårdar barn i HVB och stödboende har dock tagits bort. Paragrafens innehåll motsvarar delvis nuvarande 6 kap. 7 c §.

I stället för en särskilt utsedd socialsekreterare så benämns tjänstepersonen nu som barn- och ungdomshandläggare. Det syftar till att tydliggöra att handläggaren omfattas av bestämmelserna om behörighetskrav i 3 kap. 3 a § och att rollen ska finnas för alla barn och unga oavsett ålder eller placeringsform. Ansvarsuppgifterna ändras från att avse kontakterna med barnet eller den unge till att ge barnet eller den unge möjlighet att vara delaktig i utformandet av vården och få information om sina rättigheter. Den särskilt utsedde barn- och ungdomshandläggaren ska också ansvara för att noga följa vården.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.3.

7 b §

Socialnämnden ska noga följa vården av barn och unga i samhällsvård i syfte att bedöma om barnets eller den unges behov av vård tillgodoses.

Socialnämnden ska då särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa, utbildning, utveckling, beteende, sociala relationer samt eventuell utsatthet för våld.

Paragrafen reglerar socialnämndens skyldighet att noga följa vården. Första stycket justerats utifrån definitionen av samhällsvård i 6 kap. 1 a § och kompletterats med ett syfte. Tidigare angavs också tillvägagångssätt för att noga följa vården i första stycket.

Andra stycket omfattar liksom i dag det som nämnden särskilt ska uppmärksamma när den noga följer vården. Utöver det som i dag ska uppmärksammas har även sociala relationer och eventuell utsatthet för våld lagts till. Med sociala relationer menas en vidare krets av

sociala relationer som barnet eller den unge kan ha, till exempel föräldrar, syskon, andra närstående, omsorgspersoner, skolpersonal.

Med våld avses alla former av våld, exempelvis fysiskt, psykiskt och sexuellt. Barn och unga kan utsättas för våld i olika miljöer och av olika personer. Det kan ske i familjehemmet, stödboendet hemmet för vård eller boende, i skolan eller under fritidsaktiviteter. Våldet kan utövas av omsorgspersoner eller av andra. Den som noga följer vården behöver ställa frågor om våld på ett sätt som är anpassat utifrån barnet eller den unges ålder och mognad.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.6.

7 c §

När socialnämnden noga följer vården ska barnet eller den unge erbjudas personlig kontakt i den omfattning som är lämplig med hänsyn till barnets eller den unges behov och önskemål, men minst en gång per månad under första året av varje placering.

Nämnden ska noga följa vården genom att besöka barnet eller den unge i det hem eller boende där vården utförs och erbjuda enskilda samtal med barnet eller den unge i den omfattning som är lämplig med hänsyn till barnets eller den unges behov och önskemål men minst en gång var sjätte månad.

Nämnden ska också noga följa vården genom samtal med vårdnadshavarna och den eller dem som utför vården.

Vid behov ska information hämtas in från skolan, tandvården och hälso- och sjukvården när nämnden noga följer vården.

Paragrafen innehöll tidigare bestämmelser om en särskilt utsedd socialsekreterare. Dessa bestämmelser motsvaras delvis av de föreslagna bestämmelserna i 6 kap. 7 a §. I stället föreslås att paragrafens innehåll ska avse tillvägagångssättet för uppföljning. I första stycket som delvis motsvarar bestämmelserna i 6 kap. 7 b § första stycket andra punkten anges frekvensen för socialnämndens kontakt med barnet eller den unge. Enskilda samtal ska erbjudas i den omfattning som är lämplig med hänsyn till barnets eller den unges behov och önskemål men minst en gång var sjätte månad. Under det första året av varje placering ska nämnden erbjuda barnet eller den unge kontakt minst en gång per månad. Vad som avses är just kontakt vilket inte nödvändigtvis behöver bestå i personliga besök vid varje tillfälle. Hur kontakterna ska ske bör så långt möjligt anpassas efter barnets eller den unges behov och önskemål. Om barnet eller den unge avvisar försök till kontakt behöver handläggaren följa vården på annat sätt.

I *andra stycket* finns bestämmelser som innebär att utöver de enskilda samtal och andra kontakter som nämnden har med barnet eller den unge så ska nämnden även följa vården genom samtal med vårdnadshavarna och den eller de som utför vården, samt genom personliga besök i det hem eller boende där barnet eller den unge vistas i den omfattning som är lämplig med hänsyn till barnets eller den unges behov och önskemål men minst en gång var sjätte månad. Det *tredje stycket* innehåller en bestämmelse om samtal med vårdnadshavarna och den eller dem som utför vården. Bestämmelserna motsvarar delvis de som finns i nuvarande 6 kap. 7 b § första stycket första, tredje och fjärde punkterna med den skillnaden att samtal ska ske med den eller de som utför vården vilket bland annat också omfattar personal vid stödboende och hem för vård eller boende. *Fjärde stycket* innefattar en skyldighet att hämta in information från skolan och hälso- och sjukvården vid behov. Skolväsendet och hälso- och sjukvården föreslås också omfattas av en uppgiftsskyldighet i 29 kap. 13 § skollagen (2010:800) respektive 5 kap. 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som omfattar uppgifter som behövs för genomförande och uppföljning av vård.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.6.

7 d §

Socialnämnden ska i fråga om de barn i samhällsvård lämna vårdnadshavarna och föräldrarna råd, stöd och annan hjälp som de behöver, främst för att främja kontakten och umgänget med barnet.

När samhällsvård av ett barn inleds för första gången ska socialnämnden i minst två år verka för att vårdnadshavarna får stöd utifrån de skäl som föranledde vården.

Paragrafen är ny. *Första stycket* handlar om socialnämndens stöd till vårdnadshavare och föräldrar och motsvarar delvis nuvarande 6 kap. 7 § 4. Det tydliggörs i den nya bestämmelsen att stödet främst syftar till att främja kontakten och umgänget med barnet eller den unge. Bestämmelsen utesluter dock inte att även stöd för annat syfte kan ges. Bestämmelsen i *andra stycket* om stöd med de skäl som föranledde vården kan handla om såväl barnets som föräldrarnas problematik. Det utesluter inte att intensivare stöd kan behövas även vid andra kritiska perioder.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.8.

8 §

För barn och unga i samhällsvård och barn som vårdas i annat enskilt hem med stöd av denna lag, ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga

- 1. om behovet av vård har förändrats och*
- 2. om barnets eller den unges behov av vård och stöd tillgodoses.*

Vid övervägandet ska nämnden beakta barnet eller den unges inställning till vården.

Vid det första övervägandet efter att vård har inletts ska nämnden också följa upp om en hälsoundersökning enligt lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård har erbjudits samt om en bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen (2010:800) har utförts.

Vården ska upphöra när den inte längre behövs eller när samtycke till den inte längre finns.

Paragrafen innehåller bestämmelser om socialnämndens skyldighet att utan att formellt pröva om vården fortfarande behövs ändå överväga vården. *Första stycket* har ändrats så sätt att det tydligt framgår av lagen vad nämnden ska överväga och att barnets eller den unges inställning till vården ska beaktas vid övervägandet. Det anges också uttryckligen att barn som vårdas i annat enskilt hem omfattas av bestämmelsen. Barn som placerats på privat initiativ, så kallade privatplaceringar, som socialnämnden lämnar medgivande till omfattas av bestämmelsen om övervägande av vården i dag och ingen ändring är avsedd. Det står nämnden fritt att besluta om regelbundna mer frekventa överväganden. Avsikten är att skapa de förutsättningar för den insyn i vården som nämnden behöver för att ta sitt ansvar för vårdens kvalitet och barnets eller den unges behov. Det anges också att barnets eller den unges inställning till vården ska beaktas vid övervägandet. För att kunna beakta det behöver barnets eller den unges inställning inhämtas. Att nämnden ska överväga vissa faktorer särskilt utesluter inte att det finns annat som behöver följas upp vid dessa tillfällen.

Andra stycket anger vad ska följas upp vid det första övervägandet. Det kan finnas behov av fortsatt uppföljning av förekomst av erbjudanden om hälsoundersökning enligt den särskilda lagen om hälsoundersökningar och bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen även vid senare överväganden även om det inte är obligatoriskt enligt denna bestämmelse. *Det tredje stycket* är nytt och innehåller bestämmelser om när samhällsvård med stöd av denna lag ska upphöra. Bestämmel-

ser om när vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska upphöra finns i den lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.9.

8 c §

Inför att samhällsvård av barn och unga upphör ska socialnämnden informera den enskilde om rätten till insatser enligt 4 kap. 1 d §.

Paragrafen är ny och innebär att socialnämnden inför att samhällsvården upphör ska informera barn och unga om rätten att få stödinsatser enligt 4 kap. 1 d §. Informationen kan behöva ges på olika sätt och i olika faser i den unges liv, socialnämnden i den kommun som har placerat barnet kan behöva ge information om det inför och vid avslut av vård där barnet kommer att flytta till eget boende. Avsikten är att den som varit placerad och har rätt till stödet ska veta vilket stöd han eller hon har rätt till när vården upphört.

Övervägandena finns i avsnitt 11.6.3.

8 d §

När samhällsvård upphör ska socialnämnden erbjuda barn och vårdnadshavare råd och stöd för det särskilda behov som uppstår när barnet återförenas med den eller dem som har vårdnaden om barnet.

Paragrafen är ny. Bestämmelsen innebär en ny skyldighet att erbjuda barn och vårdnadshavare råd och stöd i syfte att tillgodose det särskilda behov som uppstår efter att vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller vård utanför det egna hemmet med stöd av denna lag upphört. Råd och stöd kan ges på olika sätt efter lokala förutsättningar och behov. Syftet är att åstadkomma trygghet och stabilitet för barnet vid återföreningen med vårdnadshavarna. Stödet bör utgå från den problematik som föranledde vården och utgår från barnets behov. Det kan till exempel handla om att stötta vårdnadshavarna i den praktiska omsorgen om barnet, ge stöd som barnet behöver i och med hemflyttningen och att återupprätta och förbättra relationen mellan barnet och vårdnadshavarna. Utöver det erbjudande som aktivt ska ges enligt den föreslagna paragrafen har nämnden en mer allmänt hållen skyldighet enligt 5 kap. 1 § 10 att

i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört eller sedan verkställighet av sluten ungdomsvård upphört.

Övervägandena finns i avsnitt 11.6.4.

10 kap.

4 §

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden enligt 6 kap. 6, 6 d, 8–8 b och 11 a–13 §§ denna lag, 4, 6 och 6 a §§, 11 § första och andra styckena, 11 a §, 13, 13 b och 13 c §§, 14 § tredje stycket, 21, 22, 24, 26, 27, 31 b, 31 d, 31 i, 32 a, 32 b och 43 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 11 och 13 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Första stycket gäller även i ärenden enligt 6 kap. 14 § om samtycke vägras och beslut enligt 9 kap. 3 § om att föra talan om återkrav enligt 9 kap. 1 §.

Första stycket har justerats i och med att bestämmelserna om begränsning av möjligheterna att delegera beslutanderätt ska omfatta beslut enligt 6 kap. 6 d § om tillstånd att vara familjehem i alla kategorier, och beslut om särskilda villkor vid vård i det egna hemmet enligt 11 a § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Övervägandena finns i avsnitten 6.6.12 och 5.5.5.

11 kap.

1 b §

När en anmälan om intresse för att vara familjehem har kommit in till socialnämnden ska beslut om att inleda eller inte inleda utredning om tillstånd fattas skyndsamt. Ett sådant beslut behöver inte fattas om en sådan utredning redan pågår. Nämnden ska alltid inleda utredning om någon har anmält intresse för att få tillstånd till att bli nätverksbarn.

En utredning enligt första stycket ska vara slutförd senast inom sex månader. Paragrafen är ny och reglerar socialnämndens handläggning av ärenden som rör utredning och tillstånd för att vara familjehem. Första stycket anger ett övergripande mål för hanteringen av anmälningar av intresse för att vara familjehem. Det anges också att sådant beslut inte behöver fattas om en sådan utredning redan pågår. Det är inte meningen att flera kommuner ska utreda samma personer för till-

stånd samtidigt. En sådan situation skulle exempelvis kunna uppstå om ett enskilt hem har ansökt om att få tillstånd som familjehem i kommunen de bor i samtidigt som socialnämnden i en annan kommun utreder dem för att den avser att placera ett barn eller en ung person hos dem. De föreslagna bestämmelserna om tidsfrister för inledning av utredning av intresseanmälningar torde motverka att sådana situationer uppstår. Om situationen ändå skulle uppstå så behöver den nämnd som senast börjat handlägga intresseanmälan avskrivna ärendet så fort den får kännedom om att utredning av samma fråga redan pågår. De tilltänkta familjehemsföräldrarna känner förstås till om det är så att sådan utredning om tillstånd för dem redan pågår. En fråga om det bör inledningsvis kunna ställas till dem så att risken för parallella utredningar avstyrs. Det anges också att nämnden alltid ska inleda utredning om någon har anmält intresse för att få tillstånd till att bli nätverkshem. *Andra stycket* anger en tidsfrist för utredningar om tillstånd för att vara familjehem.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.14.

3 §

När någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende, familjehem *eller i annat enskilt hem*, ska en plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna (vårdplan).

Vårdplanen ska vid denna tidpunkt, om det inte möter särskilda hinder, särskilt avse barnets långsiktiga boende. Därefter ska vårdplanen revideras vid behov.

En vårdplan som gäller ett barn ska revideras senast när barnet har varit placerat i två år.

För barn och unga *i samhällsvård* ska en plan upprättas över hur vården ska genomföras (genomförandeplan).

Vård- och genomförandeplanen ska även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för.

Paragrafens *första stycke* och *fjärde stycke* har justerats så att även vård i det egna hemmet med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och de undantagsvisa situationer där barnen vistas i familjehem som utreds för att få tillstånd omfattas av bestämmelserna om vårdplan och genomförandeplan.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.10.

3 a §

För barn och unga i samhällsvård ska socialnämnden, om det inte är uppenbart obehövt, i anslutning till att vård inleds underrätta regionen om att barnet eller den unge ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård.

Underrättelseskyldigheten ska nu även omfatta barn och unga som vårdas i det egna hemmet med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Bestämmelsen har också justerats på så sätt att underrättelse ska göras om det inte är uppenbart obehövt. En hälsoundersökning kan anses vara uppenbart obehövt om barnet eller den unge det senaste året har genomgått en sådan hälsoundersökning som ska erbjudas enligt lagen med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. Det handlar därmed inte om att göra någon egentlig bedömning av behov av hälsoundersökning utan mer om ett konstaterande av om hälsoundersökning nyligen har genomförts.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.1.

3 b §

För barn och unga i samhällsvård ska socialnämnden snarast men senast inom en vecka från det att vården inletts, underrätta ansvarig nämnd som fullgör uppgifter enligt skollagen (2010:800) om att en elev som omfattas av skolplikt enligt 7 kap. skollagen har behov av utbildningsplats. Underrättelse behöver inte ske om sådan är uppenbart obehövt.

Socialnämnden ska också, om det inte är uppenbart obehövt, underrätta rektor om behov av bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen.

Paragrafen är ny. Första stycket innehåller bestämmelser om skyldighet för socialnämnden att underrätta ansvarig nämnd som fullgör uppgifter enligt skollagen om att en elev som omfattas av skolplikten har behov av utbildningsplats. Underrättelse behöver inte ske om den är uppenbart obehövt, exempelvis om barnet inte behöver byta skola eller om det står klart för socialnämnden att utbildningsplats är ordnad. Bestämmelsen är sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Andra stycket innehåller bestämmelser om skyldighet för socialnämnden att underrätta rektor om att en elev ska erbjudas en bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen, om

det inte är uppenbart obehövligt. Det kan exempelvis vara uppenbart obehövligt att underrätta rektor i situationer när socialnämnden har kännedom om att extra anpassningar enligt 3 kap. 5 § skollagen eller särskilt stöd enligt 3 kap. 7 § skollagen redan pågår eller om en bedömning enligt 3 kap. 12 k § nyligen har gjorts. Uppgiftsskyldigheten är enbart sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen i förhållande till myndigheter.

Övervägandena finns i avsnitt 10.5.3.

12 kap.

11 §

Om en socialnämnd får kännedom om något som skulle kunna föranleda återkallelse av ett tillstånd att vara familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende ska nämnden genast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om skyldighet för en socialnämnd att anmäla om den får kännedom om något som skulle kunna föranleda återkallelse av ett tillstånd att vara familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende till Inspektionen för vård och omsorg. Det kan exempelvis vara frågan om att nämnden har placerat någon i hemmet eller boendet och vid uppföljning uppmärksammat att de som har tillstånd inte är lämpliga utifrån förekomst av våld, övergrepp, försummelse eller annat. De uppgifter som genast ska lämnas är uppgifter som objektivt sett skulle kunna föranleda återkallelse av tillståndet. Inspektionen kan behöva få kännedom om vilka personer det är fråga om, kontaktuppgifter till dessa och om det finns ett händelseförlopp eller liknande. Det är således inte frågan om att endast lämna en blank anmälan om att frågan om återkallelse behöver utredas. Det är däremot inte meningen att nämnden ska göra någon egen utredning om det finns anledning att återkalla tillståndet. Bestämmelsen är sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Inspektionen för vård och omsorg har också möjlighet att begära komplettering genom att nämnden lämnar ytterligare befintliga uppgifter som redan finns hos nämnden samt från familjehemmet, stödboendet eller hemmet för vård eller boende enligt bestämmelserna i 13 kap. 1, 5 och 6 §§.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.10.

13 kap.**12 §**

Inspektionen för vård och omsorg ska genast underrätta socialnämnden i de kommuner som har uppdrag i det familjehem som berörs av beslut om återkallelse samt beslut om att inleda utredning om återkallelse av tillstånd enligt 6 kap. 6 g §.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om skyldighet för Inspektionen för vård och omsorg att meddela socialnämnden i de kommuner som har uppdrag i ett familjehem som berörs av beslut om återkallelse och att inleda utredning om återkallelse av tillstånd.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.20.

16 kap.**3 §**

Socialnämndens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om nämnden har meddelat beslut i fråga om

- ansökan enligt 2 a kap. 8 §,
- bistånd enligt 4 kap. 1 §,
- vägran eller nedsättning av fortsatt försörjningsstöd enligt 4 kap. 5 §,
- förbud eller begränsning enligt 5 kap. 2 §,
- *vistelse enligt 6 kap. 5 §,*
- medgivande enligt 6 kap. 6 §,
- *tillstånd enligt 6 kap. 6 d §,*
- medgivande enligt 6 kap. 12 §,
- återkallelse av medgivande enligt 6 kap. 13 §,
- samtycke enligt 6 kap. 14 §, eller
- avgifter eller förbehållsbelopp enligt 8 kap. 4–9 §§.

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart. En förvaltningsrätt eller kammarrätt får dock förordna att dess beslut ska verkställas först sedan det har vunnit laga kraft.

På begäran av sökanden får verkställandet av beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § senareläggas om verkställandet sker inom ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Första stycket har justerats så att beslut om vistelse enligt 6 kap. 5 § och tillstånd enligt 6 kap. 6 d § har lagts till i uppräkningsdelen av socialnämndens beslut som får överklagas enligt paragrafen.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.4 och 6.6.15.

4 §

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol i ärenden om

1. tillstånd enligt 7 kap. 1 §,
2. omhändertagande av personakt enligt 7 kap. 5 §,
3. föreläggande enligt 13 kap. 5 och 8 §§,
4. återkallelse av tillstånd enligt 6 kap. 6 g §, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 13 kap. 9–11 §§, samt
5. överflyttning av ärende enligt 2 a kap. 11 §.

I fråga om överklagande av Inspektionen för vård och omsorgs beslut enligt 7 kap. 4 § gäller i tillämpliga delar 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Beslut av Socialstyrelsen enligt 16 kap. 6 § andra stycket får inte överklagas.

Beslut av Inspektionen för vård och omsorg och domstol i fråga som avses i första stycket 2, 3 och 4 gäller omedelbart.

Paragrafen har justerats på så sätt att möjlighet att överklaga beslut om återkallelse av tillstånd enligt 6 kap. 6 g § har lagts till i *fjärde punkten*.

Övervägandena finns i avsnitt 6.6.18.

14.6 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

26 kap.

Nationellt familjehemsregister

1 b §

Sekretess gäller i verksamhet som avser förande av eller uttag ur register enligt lagen (0000:000) om register över familjehem för barn och unga för uppgift som avser en enskilds personliga förhållanden och som kan hänföras till den enskilde.

För uppgifter som används för ändamålen i 7 § 5 lagen om register över familjehem för barn och unga gäller dock sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men.

Paragrafen är ny och finns under en ny rubrik. Enligt *första stycket* ska sekretess gälla i verksamhet hos Inspektionen för vård och omsorg som avser förande av eller uttag ur det nationella familjehemsregistret enligt lagen om register över familjehem för barn och unga. I bestämmelsen anges inget skaderekvisit, vilket innebär att sekretessen är absolut.

Genom att den absoluta sekretessen får råda hos Inspektionen för vård och omsorg säkerställs ett godtagbart skydd av familjehemsföräldrarnas uppgifter som är av privat, och därmed av ömtålig natur. Uppgifterna hos den inrapporterande socialnämnden omfattas av socialtjänstsekretessen enligt 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Även om registret kommer att utgöra en viktig del i socialtjänstens handläggning av ärenden som rör barn och unga i samhällsvård, inte minst för att höja rättssäkerheten och kvaliteten, så innebär uppgifter om familjehemmen i registret att uppgifterna lämnar socialnämndens myndighetsfär.

Eftersom sekretess enligt 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen primärt gäller i socialnämndens verksamhet följer det av undantagsbestämmelsen i 11 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen att den primära sekretessbestämmelsen har företräde framför den överförda sekretessen. Den primära sekretessen blir också tillämplig på sådana uppgifter som socialnämnden tar del av hos Inspektionen för vård och omsorg och som förs in i ärenden om placering av barn och unga. Den överförda sekretessen kommer att tillämpas på övriga uppgifter som är potentiellt tekniskt tillgängliga för socialnämnden.

I *andra stycket* anges ett undantag från huvudregeln om absolut sekretess. För uppgifter som används för ändamålen i 7 § 5 lagen (0000:000) om register över familjehem för barn och unga, forskning inom socialtjänsten, gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. För vissa myndigheter finns sekretessbrytande bestämmelser i 9 e §.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.19.

9 e §

Sekretess enligt 1 b § hindrar inte att uppgift lämnas ut i den utsträckning som framgår av lagen (0000:000) om register över familjehem för barn och unga.

Paragrafen är ny. Av paragrafen framgår att den absoluta sekretessen enligt 26 kap. 1 b § offentlighets- och sekretesslagen, som också är en ny bestämmelse, inte hindrar att uppgift lämnas ut i den utsträckning som framgår av lagen om register över familjehem för barn och unga, det vill säga utlämnande av uppgifter om familjehem till behörig medarbetare inom socialnämnden genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Detta tillgodoser då socialnämndens behov av att dels kunna hitta lämpliga hem för att få till stånd en så lyckad matchning som möjligt med utgångspunkt från barnets individuella behov och familjens förutsättningar, dels använda uppgifterna i registret för socialtjänstens lokala förbättringsarbete och statistikframställning. Bestämmelsen tillgodoser också Socialstyrelsens respektive Inspektionen för vård och omsorgs tillgång till uppgifter i registret för vidareanvändning enligt lagens bestämmelser, bland annat statistik inom och tillsyn av socialtjänsten. Bestämmelsen säkerställer även forskningens behov av uppgifter i registret.

Det är däremot angeläget att upprätthålla sekretessen i förhållande till andra myndigheter. Därför är den absoluta sekretessen undantagen från tillämpningsområdet för generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen som anger att en sekretessbelagd uppgift får lämnas till en myndighet om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen ska skydda. Bestämmelsen omfattas av nuvarande ordalydelse om undantag i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen och kräver ingen lagändring.

Däremot ska sekretessen kunna brytas i andra fall som anges i 10 kap. offentlighets- och sekretesslagen, bland annat när det är fråga om misstankar om allvarigare brott.

Personuppgifter i registret kan därutöver lämnas ut om det följer av en särskilt föreskriven uppgiftsskyldighet som exempelvis avses i 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen. Ett exempel på ett sådant utlämnande är att uppgifter lämnas ut enligt artikel 58.1 a i dataskyddsförordningen i samband med Integritetsskyddsmyndighetens tillsyn över personuppgiftsbehandlingen i registret.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.19.

15 §

Den tystnadsplikt som följer av 1 a, 1 b, 5, 13 och 14 a §§ inskränker rätten enligt 1 kap. 1 och 7 §§ tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 1 och 10 §§ yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter.

Den tystnadsplikt som följer av 1, 3, 4, 6 och 10 a §§ inskränker rätten att meddela och offentliggöra uppgifter, när det är fråga om uppgift om annat än verkställigheten av beslut om omhändertagande, beslut om vård utan samtycke eller beslut om sluten ungdomsvård.

Paragrafen reglerar när tystnadsplikt enligt vissa bestämmelser i 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen inskränker rätten att meddela och offentliggöra uppgifter (den s.k. meddelarfriheten).

I *första stycket* görs ett tillägg. Genom ändringen inskränks rätten att meddela och offentliggöra uppgifter som omfattas av sekretess enligt bestämmelsen i 1 b §. Det rör sig om en absolut sekretess hos Inspektionen för vård och omsorg i den verksamhet som avser förande av eller uttag ur det nationella registret enligt lagen om register över familjehem för barn och unga.

Övervägandena finns i avsnitt 7.6.19.

14.7 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

2 kap.

16 §

Med familjehemsförälder avses i denna balk den som har tagit emot ett barn för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör någon av barnets föräldrar eller någon annan som har vårdnaden om barnet *samt den som i annat fall tagit emot ett barn i sitt hem på uppdrag av socialnämnden*.

Paragrafen innehåller en definition av vad som i socialförsäkringsbalken avses med familjehemsförälder. Ett tillägg har gjorts som medför att alla som på uppdrag av socialnämnden har tagit emot ett barn i sitt hem omfattas av definitionen av familjehemsförälder. För den som tar emot barn i sitt hem på uppdrag av socialnämnden finns det inte något krav på att uppdraget ska vara stadigvarande vilket innebär att även jourhem omfattas.

Övervägandena finns i avsnitt. 6.6.28.

14.8 Förslaget till lag om ändring i skollagen (2010:800)

2 kap.

27 a §

Utöver vad som anges i 27 § ska hälsobesök erbjudas vid behov i samband med att vård av barn och unga under 21 år inleds med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller när vård inleds utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen är ny och anger en särskild frekvens som avser elevhälsans hälsobesök för barn och unga i samhällsvård. Att hälsobesöken utöver vad som anges i 27 § ska erbjudas vid behov när samhällsvården inleds innebär att det inte är nödvändigt att erbjuda ett besök om det finns dokumenterade uppgifter om att sådant besök nyligen genomförts och inget annat tyder på att det finns behov av ytterligare hälsobesök. Eftersom det inte finns andra hälsoundersökningar som helt kan sägas motsvara elevhälsans hälsobesök så innebär inte annan genomförd hälsoundersökning att behov av hälsobesök har tillgodosetts.

Övervägandena finns i avsnitt 10.5.4.

3 kap.

4 a §

Ansvarig förskollärare eller lärare ska samråda med personal med specialpedagogisk kompetens vid

1. en särskild bedömning enligt 4 §,
2. planering av stöd som anges i 5 § när det i förskoleklassen eller lågstadiet upptäcks att sådant stöd behöver ges i svenska, svenska som andraspråk eller matematik,
3. uppföljning enligt 4 b § och
4. en särskild kunskapsbedömning enligt 12 k §.

Sådant samråd behöver inte genomföras om den ansvariga förskolläraren eller läraren har specialpedagogisk kompetens.

I paragrafens *första stycke* har en punkt lagts till. Förändringen innebär att bestämmelserna om specialpedagogisk kompetens även omfattar de särskilda kunskapsbedömningar som görs enligt 3 kap. 12 k §.

Övervägandena finns i avsnitt 10.5.2.

12 k §

Det ska göras en särskild kunskapsbedömning i samband med att vård av barn och unga under 21 år inleds med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller när vård inleds utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453). En sådan bedömning ska också göras för dessa barn och unga i samband med att skolplikten inträder och vid byte av skolenhet. Detta gäller elever i samtliga skolformer. Bedömningen ska dokumenteras.

Om det efter en sådan bedömning kan befaras att eleven inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas, ska det skyndsamt planeras sådant stöd som anges i 5 § eller göras en anmälan till rektorn enligt 7 §.

Det behöver inte göras någon särskild bedömning om förutsättningarna i 5 eller 7 § redan är uppfyllda. Det ska i så fall skyndsamt planeras sådant stöd som anges i 5 § eller göras en anmälan till rektorn enligt 7 §.

Paragrafen är ny. Bestämmelserna i *första stycket* innebär att en särskild kunskapsbedömning ska göras i samtliga skolformer för alla elever i samhällsvård när vården inleds, när skolplikten inträder och vid byte av skolenhet. Utredningen anser att garantin för tidiga stödinsatser i förskoleklassen och lågstadiet för alla elever inte är tillräcklig för elever i samhällsvård eftersom den endast innefattar bedömningar i svenska och matematik och är begränsad till vissa årskurser. Den särskilda kunskapsbedömningen ska dokumenteras. Finns inget behov av stöd eller utredning så räcker det med att ett konstaterande om det dokumenteras. Av *andra stycket* framgår att den särskilda kunskapsbedömningen genomförs för att elever i samhällsvård så fort som möjligt ska ges sådant stöd som anges i 5 eller 7 §§. I *tredje stycket* anges när den särskilda kunskapsbedömningen inte behöver göras.

Övervägandena finns i avsnitt 10.5.2.

29 kap.

13 §

Huvudmannen för verksamhet som avses i denna lag och den som är anställd i sådan verksamhet, ska på socialnämndens initiativ i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 14 § och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Huvudmannen för verksamhet som avses i denna lag och den som är anställd i sådan verksamhet ska lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för att genomföra eller följa upp vård av barn och unga under 21 år som vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453).

Tredje stycket är nytt och innehåller bestämmelser om skyldighet att lämna sådana uppgifter till socialnämnden som behövs för att genomföra eller följa upp vård av barn eller unga under 21 år som vårdas med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga eller som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen. Motsvarande bestämmelser föreslås för hälso- och sjukvården i 5 kap. 8 a § hälso- och sjukvårdslagen.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.6.

14.9 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

5 kap.

8 a §

De som är verksamma inom myndighet eller yrkesmässigt bedrivna enskild verksamhet och fullgör uppgifter som berör barn och unga inom hälso- och sjukvården ska lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för att genomföra eller följa upp vård av barn eller unga under 21 år som vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om skyldighet att lämna sådana uppgifter till socialnämnden som behövs för att genomföra eller följa upp vård av barn eller unga under 21 år som vårdas med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga eller som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen. Motsvarande bestämmelser föreslås för skolväsendet i 29 kap. 13 § skollagen (2010:800).

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.6.

7 kap.

10 §

Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 6 § lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård. Sådana läkarresurser ska tillhandahållas i de särskilda ungdomshemmen.

Resurserna bör omfatta läkare med specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller i allmän psykiatri och läkare med kompetens avseende skadligt bruk och beroende.

Paragrafen är ny och anger att regionen ska avsätta läkarresurser som ska tillhandahållas i Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem.

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.5.

8 kap.

4 a §

Regionen ska utöver det som anges i 3 och 4 §§ erbjuda hälso- och sjukvård åt barn och unga under 21 år som vistas inom regionen, som vårdas med stöd av lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, eller som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Den region där barnet eller den unge är bosatt svarar för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket.

Paragrafen är ny och anger vilken kommun som har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga som vistas i Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem. I *första stycket* klargörs att det är den region där barn och unga vistas som har ansvar för att erbjuda även sådan hälso- och sjukvård som inte utgör öppenvård eller omedelbar vård. Enligt *andra stycket* ska den kommun där barnet eller den unge är bosatt stå för kostnaderna för den erbjudna hälso- och sjukvården.

Övervägandena finns i avsnitt 9.5.1.

10 §

Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga *tillstånd och i lagen (2017:209) med särskilda bestämmelser om åtgärder som avser hälsa för barn och unga i samhällsvård.*

Paragrafen innehåller upplysningsbestämmelser om regionernas ansvar i hälso- och sjukvårdsfrågor utöver vad som framgår av hälso- och sjukvårdslagen och där har en upplysning om att det finns skyldighet att erbjuda hälsoundersökning lagts till. En motsvarande bestämmelse föreslås också införas i 6 a § tandvårdslagen (1985:125).

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

16 kap.

3 §

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
3. barn och unga *som vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453).*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

I första stycket har *tredje punkten* justerats på så sätt att det är barn och unga i samhällsvård som omfattas och inte barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Det innebär till skillnad från tidigare att också barn och unga som vårdas i det egna hemmet med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga omfattas.

Övervägandena finns i avsnitt 4.4.1.

5 §

En plan i enlighet med bestämmelserna i 4 § ska upprättas för den som vårdas vid särskilda ungdomshem med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) eller med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga om Statens institutionsstyrelse bedömer att den behövs för att barnet eller den unge ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till det. Regionen ska då upprätta planen tillsammans med kommunen och Statens institutionsstyrelse.

Paragrafen är ny och innebär att Statens institutionsstyrelse kan ta samma initiativ till samordning av en individuell plan, ofta benämnd SIP, i situationer när barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem med stöd av socialtjänstlagen eller med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga har behov av stöd från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och en sådan plan behövs för att den som är placerad ska få sina behov tillgodosedda. En motsvarande bestämmelse föreslås införas i 2 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453).

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.7.

14.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Inledande bestämmelser

1 §

I denna lag finns bestämmelser om hälsoundersökning och hälso- och sjukvård utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) för barn och unga under 21 år som vårdas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen innehöll tidigare bestämmelser om regionernas ansvar för hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och har kompletterats i och med att lagen även innehåller särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällsvård.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

2 §

De föreskrifter som gäller för sådan vård som ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) ska tillämpas även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

Paragrafen innehöll tidigare bestämmelser om bemyndigande som nu återfinns i 9 §. I paragrafen anges nu att hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagens bestämmelser ska gälla för sådan vård som ges enligt denna lag.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

3 §

Med region avses i denna lag även en kommun som inte ingår i en region.

Paragrafen är ny och säkerställer att för såväl hälsoundersökningar som för hälso- och sjukvård som ges med stöd av lagen så ska även en kommun som inte ingår i en region omfattas av regionens skyldigheter enligt lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

Hälsoundersökning

4 §

Den region där barnet eller den unge vistas ska, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), på initiativ av socialnämnden eller Statens institutionsstyrelse, erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård enligt 1 § inleds.

Läkare respektive tandläkare ska ansvara för hälsoundersökningen.

Paragrafen är ny och motsvarar delvis nuvarande 1 §. I första stycket förtydligas vilken region som ansvarar för att erbjuda en hälsoundersökning och upplyser om att initiativ till hälsoundersökningen kan komma från socialnämnden eller från Statens institutionsstyrelse. I andra stycket finns en ny bestämmelse som anger att läkare respektive tandläkare ska ansvara för hälsoundersökningen. Läkaren och tandläkaren behöver inte utföra hälsoundersökningen utan ska delta på ett sådant sätt att det är möjligt att ansvara för den.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

5 §

Statens institutionsstyrelse ska underrätta regionen om behov av hälsoundersökning enligt 4 § för barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem om socialnämnden inte har underrättat regionen. Statens institutionsstyrelse ska informera socialnämnden när sådan underrättelse lämnas.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om skyldighet för Statens institutionsstyrelse att underrätta regionen om behov av hälsoundersökning för barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem i de fall socialnämnden inte underrättat regionen. Bestämmelsen är sekretessbrytande enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2.

Viss hälso- och sjukvård som tillhandahålls i särskilda ungdomshem

6 §

Barn och unga som vårdas vid särskilda ungdomshem enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska erbjudas viss hälso- och sjukvård i de särskilda ungdomshemmen. Denna hälso- och sjukvård ska omfatta

- 1. hälsofrämjande och förebyggande åtgärder,*
- 2. bedömning av psykiskt och fysiskt hälsotillstånd, och*
- 3. ordination och hantering av läkemedel.*

Åtgärdena i första stycket får inte kräva andra kontakter med hälso- och sjukvården, men bör identifiera behovet av sådana kontakter och bidra till att sådana kontakter kommer till stånd.

Paragrafen är ny. Första stycket innehåller bestämmelser om vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas barn och unga i särskilda ungdomshem. Att hälso- och sjukvården ska erbjudas i de särskilda ungdomshemmen innebär att den ska tillhandahållas på plats. Andra stycket preciserar området och syftet med den hälso- och sjukvård som ska erbjudas i första stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2 och 9.7.5.

7 §

För hälso- och sjukvård som avses i 6 § ansvarar Statens institutionsstyrelse för att erbjuda den hälso- och sjukvård som ges av sjuksköterska och psykolog. Regionen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård i övrigt enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Bestämmelser om regionens ansvar att tillhandahålla läkare i särskilda ungdomshem finns i 7 kap. 10 § hälso- och sjukvårdslagen.

Paragrafen är ny. I första stycket reglerar regionens respektive Statens institutionsstyrelses ansvar för att erbjuda den hälso- och sjukvård som anges i 6 § och förtydligar att regionen har hela ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård utöver det som anges i 6 §. I andra stycket finns en upplysningsbestämmelse om att ansvaret för att tillhandahålla läkare i särskilda ungdomshem finns i 7 kap. 10 hälso- och sjukvårdslagen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2 och 9.7.5.

8 §

Regionen och Statens institutionsstyrelse ska ingå överenskommelser om samarbete i fråga om hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga som är inskrivna vid särskilda ungdomshem.

Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om överenskommelser mellan regionen och Statens institutionsstyrelse i fråga om samarbete om hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga som är inskrivna vid särskilda ungdomshem.

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.6.

Övriga bestämmelser

Närmast före 9 §, som tidigare betecknades som 2 §, införs en rubrik.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.2 2.

10 §

Regeringen får meddela föreskrifter om vårdavgifter enligt denna lag.

Bestämmelsen är ny och innehåller ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vårdavgifter.

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.5.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av tillförordnade experter i utredningen Cecilia Sjölander och Rikard Tordön

Angående utredningens förslag om en väl fungerande skolgång

Av direktiven till utredningen framgår att utredningen ska analysera vad som krävs för att placerade barn och unga ska få en väl fungerande skolgång och föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga. Utredningens betänkande visar att det finns stora brister i Sveriges arbete med att säkerställa placerade barn och ungas rätt till utbildning. Det finns emellertid undantag, exempelvis har flera kommuner i Sverige tagit initiativ till att arbeta enligt modellen Skolfam.

Vi anser att utredningen kommit fram till fel slutsatser och lämnar otillräckliga eller för oprecisa förslag relaterat till de problemområden som den arbetsmodellen adresserar och lämnar därför ett särskilt yttrande avseende följande rubriker i utredningens betänkande:

10.5.2 Obligatorisk kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård,

10.5.3 Skyldighet för socialnämnden att underrätta rektor om behov av bedömning,

10.5.7 Överenskommelse med SKR för att testa och sprida arbetsätt för att förbättra barn och unga i samhällets vård.

Skolfam startade som ett projekt kring skolgången för familjehemsplacerade barn i socialförvaltningen tillsammans med skol- och fritidsförvaltningen i Helsingborg.¹ I början av 2000-talet såg den dåvarande enhetschefen för familjehemsvården Gunilla Nilsson, ett stort behov av att göra något åt de placerade barnens stöd för sin skolgång. Forskning under 1990-talet hade påvisat stora risker för familjehemsplacerade barn att få låga utbildningsresultat. Därmed startade

¹ Skolfam Lägesrapport Helsingborg 2022.

ett forskarstött utvecklingsprojekt med stöd av kommunstyrelsen i Helsingborg utifrån grundidén att det är de vuxnas ansvar att se till att familjehemsplacerade barn ska ha en god hälsa och klara sin skolgång utifrån sina förutsättningar. Projektet följdes och utvärderades vetenskapligt av bland annat Bo Vinnerljung och Eva Tideman. Efter projektiden beslutade Helsingborgs stad 2008 att Skolfam skulle permanentas. År 2011 publicerades den första utvärderingen i en vetenskapligt granskad artikel.² Den visade goda resultat för barnen som ingick i Skolfam, både kunskaps- och utvecklingsmässiga, redan efter de två första åren av insatsen.

Resultaten från Skolfam i Helsingborg spreds i olika forum och Skolfam spred sig till fler kommuner. Norrköpings kommun replikerade 2008–2011 projektet från Helsingborg med ”Skolfam 2”, som också beskrevs i vetenskaplig litteratur³, med liknande positiva resultat som i Helsingborg. Från 2010 började Skolfam spridas till allt fler kommuner.

Den nationella samordningen av Skolfam, dess kvalitetsuppföljning samt utveckling leds och finansieras av Stiftelsen Allmänna Barnhuset sedan år 2013.

Skolfam har prövats någon gång mellan åren 2005–2023 i 33 kommuner. I dag finns Skolfam som en permanent verksamhet i 20 kommuner med 42 team.

Regeringen har, precis som utredningen beskriver, understött samordningen och spridningen av Skolfam i Sverige med ett anslag under 2014, vilket resulterade i tio nya kommuner med 19 team under åren 2014–2016. Regeringens satsning då, gav definitivt resultat. Under 2013–2014 fick Skolfam också stöd via SKR’s projekt ”Psynk” för att skapa en digital grundutbildning vilket var avgörande för att kunna implementera Skolfam i de nya kommuner som anslöt under dessa år.

Under 2016 fick Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för metodutveckling inriktat mot barns delaktighet, samt fortsatt samordning. År 2021 fick Stiftelsen Allmänna Barnhuset regeringsmedel för att sprida information till alla kommuner om Skolfam och andra metoder för att stärka samhällsvårdade barns skolresultat.

² Tideman, E., Vinnerljung, B., Hintze, K., & Aldenius Isaksson, A. (2011). Improving Foster Children’s School Achievements: Promising Results from a Swedish Intensive Study. *Adoption & Fostering*, 35(1), 44–56. <https://doi.org/10.1177/030857591103500106>.

³ Tordön, R., Vinnerljung, B., & Axelsson, U. (2014). Improving foster children’s school performance: a replication of the Helsingborg study [Article]. *Adoption & Fostering*, 38(1), 37–48. <https://doi.org/10.1177/0308575913518003>.

Skolfams samordning har, tillsammans med redan befintliga kommuner i Skolfams nätverk, vilat på Stiftelsen Allmänna Barnhusets ansvar. Tio kommuner har lagt ner Skolfam sedan 2017, medan sex nya kommuner har startat. De implementeringsproblem som utredaren nämner är inte relaterade till metoden eller resultaten. Snarare krass kommunalpolitisk prioritering.

Andel gymnasiebehöriga skolelever (313 år 2022) av de som genomgått och avslutat hela insatsen Skolfam (414 år 2022) är 76 procent, jämfört med 55 procent som var referensen för alla barn i familjehem enligt Socialstyrelsens *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2016*. Detta referensvärde har sjunkit ytterligare till 52 procent i Socialstyrelsens rapport från 2023 *Instabilitet bland barn och unga placerade i heldygnsvård enligt SoL och LVU*. Vi menar att 76 procent behöriga i Skolfam mot 55 eller 52 procent utan Skolfam är ett statistiskt faktum.

Därför menar vi att inriktningen på det utvecklingsarbete som föreslås, bör vara att fler barn ska få tillgång till Skolfam, oavsett vilken kommun de placerats av, snarare än fokus på nyutveckling av metodik utan vetenskapligt stöd.

Skolfam är en förebyggande och manualstödd arbetsmodell för familjehemsplacerade barn i grundskolan. Arbetet bygger på tvärprofessionell samverkan, förebyggande insatser och uppföljning där barns delaktighet står i centrum. Ett Skolfamteam består av psykolog, specialpedagog och ansvarig familjehemshandläggare samt barnhandläggare. De olika kompetenserna skapar en helhetsbild av barnet, dess styrkor och behov för att nå optimala resultat. Barnet sätts i fokus och arbetssättet är salutogent där Skolfamteamerna följer en gemensam arbetsgång i fyra steg:

1. Barnets styrkor och behov kartläggs genom psykologiska och pedagogiska tester tillsammans med socialt och skolmässigt inriktade bakgrundsintervjuer och dokumenterad historik.
2. Resultaten analyseras.
3. Återkoppling av resultat till barn, familjehem och skola.
4. En Skolfamplan upprättas med en beskrivning av aktuell situation med konkreta mål och stödsatser som barnet är i behov av för att nå sin potential.

Skolfamplanen följs upp regelbundet en till två gånger/termin, eller oftare vid behov. Efter två till tre år sker en andra kartläggning för att utvärdera kognitiv och kunskapsmässig utveckling.

Varje år sedan starten av Stiftelsen Allmänna Barnhusets samordning 2013, genomförs en resultat- och kvalitetsenkät till alla kommuner som ingår i nätverket. Resultaten från den enkäten analyseras ingående och ligger till grund för Skolfams årliga rapport, som alltid innehåller ett resultat av hur många barn som inkluderats i arbetet, hur många som avbryter insatsen i förtid och hur stor andel som slutar grundskolan med minst behörighet till gymnasiets nationella yrkesprogram. Resultat i form av kognitiv- och skolämnemässig utveckling har också visat signifikant positiv utveckling i en sammanställning av 475 kartläggningar⁴ av Skolfambarn mellan 2005 och 2018.

Mot bakgrund av att forskning⁵ visar att familjehemsplacerade barn löper en större risk att få svaga skolresultat, en mer ogynnsam livsutveckling såsom missbruk, kriminalitet anser vi att samhället ska göra sitt yttersta att säkra en lyckad skolgång. Enligt barnkonventionens artikel 4 ska varje konventionsstat

vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i denna konvention. I fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska konventionsstaterna till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att vidta sådana åtgärder.

Utredningen går i motsatt riktning då den övervägt ett breddinförande av Skolfam, men ändå bedömer att Skolfam skulle vara en för omfattande insats som kräver stora resurser från såväl skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen har haft i uppdrag att föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga men vi anser att utredningen inte tillräckligt har föreslagit åtgärder eller författningsändringar för att möta direktiven till utredningen.

Det finns utmaningar att övervinna även för Skolfam, inte minst gällande otydlig lagstiftning och därmed möjlighet för kommuners och regioners organiserade samverkan att ta gemensamt ansvar för

⁴ Tordön, R., Bladh, M., Sydsjö, G., & Svedin, C. G. (2020). Improved Intelligence, Literacy and Mathematic Skills Following School-Based Intervention for Children in Foster Care. *Front Psychol*, 11, 718. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00718>.

⁵ Berlin, M., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2011). School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review*, 33(12), 2489–2497. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.08.024>.

samhällsvårdade barn och ungas skolresultat och hälsa. Men resultaten visar tydligt att metodiken fungerar bra, den är vetenskapligt utvärderad, den är öppen, licensfri och transparent, med potential att förbättra utsikterna för barn i familjehem. Att avstå från att föreslå ett breddinförande är därför inget vi kan stå bakom. Tvärtom är det den lägst hängande frukten som har störst potential att förbättra skolförutsättningarna för barn i familjehem, som finns att tillgå i dag.

Vi anser att varje placerat barn ska ges likvärdiga möjligheter, oavsett placeringskommun, att nå sin potential i skolan med målsättningen att gå ut nionde klass med behörighet att söka till ett nationellt gymnasieprogram. I nedanstående förslag från utredningen redovisar vi vår syn på vad som brister i förslagen och vad som i stället borde genomföras.

10.5.2 Obligatorisk kunskapsbedömning av barn och unga i samhällsvård

Utredningen föreslår att en bestämmelse införs i 3 kap. 12 § skollagen. Bestämmelsen reglerar att det ska göras en särskild kunskapsbedömning i samband med att vård av barn och unga under 21 år inleds med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, eller när vård inleds utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453). En sådan bedömning ska också göras för dessa barn och unga i samband med att skolplikten inträder och vid byte av skolenhet.

Bedömningen ska dokumenteras. Om det efter en sådan bedömning kan befaras att eleven inte kommer att uppfylla de kriterier för bedömning av kunskaper som gäller för den aktuella skolformen, ska det skyndsamt planeras sådant stöd som anges i 5 § eller göras en anmälan till rektorn enligt 7 §.

Det behöver inte göras någon särskild bedömning om förutsättningarna i 5 eller 7 § redan är uppfyllda. Det ska i så fall skyndsamt planeras sådant stöd som anges i 5 § eller göras en anmälan till rektorn enligt 7 §. Samråd med personal med specialpedagogisk kompetens ska ske vid den särskilda kunskapsbedömningen. Det ska framgå av 3 kap. 4 a § skollagen. Skolverket och SPSM bör ges i uppdrag av regeringen att ta fram allmänna råd och stödmaterial för en sådan bedömning.

Vi anser att utredningen gör ett principiellt felslut när den föreslår en kartläggning *enbart* utifrån en kunskapsbedömning, samt relaterat till en allmän norm för skolformen, i stället för att med beaktande av flera aspekter utgå från barnets egna behov och förutsättningar. Erfarenheter från 18 år med Skolfam har lärt oss att ett framgångsrikt förebyggande arbete utgår från barnets individuella kognitiva, sociala och pedagogiska förutsättningar för att med dessa som grund för en triangulering, bedöma barnets potential och vilket stöd som behövs att nå denna. Det är omöjligt att göra utan triangulering av fler perspektiv än det strikt kunskapsmässiga.

Vi anser att utredningen har förväxlat skolans förebyggande kompensatoriska uppdrag, med ansvaret för att ge stöd vid redan konstaterade farhågor om att inte nå betygskriterier i läroplanen. Enkelt uttryckt, en elev med potential för ett "A" ska få stöd till betyget "A", redan innan behoven blir uppenbara i den dagliga undervisningen.

10.5.3 Skyldighet för socialnämnden att underrätta rektor om behov av bedömning

En bestämmelse om att socialnämnden ska, när vård utanför hemmet inleds eller när skolplikten träder in för barnet eller den unge, underrätta rektor om att ett barn ska erbjudas en bedömning enligt 3 kap. 12 k § skollagen. 11 kap. 3 b § SoL. Underrättelse till enskilda verksamheter får ske med hänsyn till bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Vi anser att detta förslag är för vagt, inte främst avseende författningsförslaget i 11 kap. 3 b § socialtjänstlagen att socialtjänsten ska underrätta rektor i samband med att ett barn som placeras ska få en bedömning av stödbehov, men formuleringen *om det inte är obehövt* lämnar ett onödigt utrymme för godtycke, som riskerar att elever i samhällsvård går miste om sin rätt att få individuellt anpassat stöd för att nå sin lärandepotential. Rätten till en bedömning av förutsättningar ska vara konsekvent för alla barn i samhällsvård och vid behov återkommande.

Författningsförslaget i 3 kap. 12 k § skollagen bedömer vi ha mer allvarliga brister och bör omformuleras i sin helhet. I utformandet av denna lagtext anser vi att följande utgångspunkter ska beaktas:

1. Bedömningen av elevens förutsättningar för goda skolresultat ska baseras på såväl kunskaper som kognitiva och psykosociala eller andra förutsättningar, i en samlad bedömning.
2. Bedömningen ska ha en preventiv ansats, där syftet är att i fortsatt undervisning kunna tillvarata elevens styrkor och förmågor och ge stöd att övervinna kunskapsluckor och försvårande omständigheter. Den ska inte relateras till en acceptabel lägstanivå enligt en allmän norm, utan i stället utgå från individens egna förutsättningar, oavsett nivå. Bedömningen ska komplettera de regler som redan existerar för alla elever som bedöms ha behov av anpassningar, särskilt stöd eller åtgärdsprogram för att nå läroplanens mål.
3. Bedömningen ska genomföras om den inte uppenbart är obehövlig på grund av att en bedömning nyligen har genomförts eller att skolgången kommer avslutas innan insatser hinner genomföras.

10.5.7 Överenskommelse med SKR för att testa och sprida arbetsätt för att förbättra barn och unga i samhällets vård

Regeringen bör enligt utredningens förslag ingå en överenskommelse med SKR om ett utvecklingsarbete i kommunerna för att testa och sprida arbetsätt som leder till att förbättra barn och unga i samhällsvårds skolresultat.

Vi anser att det i första hand behöver prövas sätt att bygga vidare på det arbete som påvisat lovande eller validerat positiva resultat, men där implementering eller spridning har stött på problem av olika slag, som behöver analyseras och tydligt beskrivas. En överenskommelse med SKR kan säkerligen vara gynnsam för detta syfte, men ansvaret för att implementeringen ges rätt förutsättningar vilar ytterst på den lagstiftande församlingen. Det är genom att identifiera legala hinder för implementering av arbetsätt och i legal reglering som dessa arbetsätt med potential att förbättra samhällsvårdade barns skolresultat kan spridas. Efter mer än ett decenniums strävanden att sprida Skolfam, delar vi inte utredningens förhoppning om att alla kommuner och regioner av eget intresse skulle investera i något som går att välja bort. Barn i samhällsvård har tyvärr inte den prioritet i de flesta kommuner och regioner som skulle behövas, för att med självklarhet prioriteras upp i förhållande till annan viktig verksamhet.

En överenskommelse mellan regeringen, SKR och Stiftelsen Allmänna Barnhuset kan leda till gynnsamma resultat för att förbättra skolresultat för barn och unga i samhällets vård, men då främst inriktat mot att implementera den metodik som redan finns och har visat goda resultat till fler barn i samhällsvård, snarare än nyutveckling av metodik. Ett sådant samarbete som beskrivs ovan kan leda till att identifiera samverkans- och organisatoriska hinder, samt utveckla modeller för att kunna undanröja dessa på ett rationellt sätt som får fler kommuner och regioner att vilja samverka och ta långsiktigt ansvar för samhällsvårdade barns skolresultat och hälsa.

Vår förhoppning är att en mer uttalad och tydlig ambition från lagstiftaren rörande skolgång för barn och unga i samhällets vård utarbetas i den fortsatta beredningen av reformen.

Angående utredningens förslag om samhällsvårdade barn och ungas tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård

Barn i samhällets vård är inte en homogen grupp utan barn som bär på olika förutsättningar. En gemensam nämnare är att de generellt sett har en betydligt sämre somatisk-, psykisk- och tandhälsa än andra barn.

Det är mot denna bakgrund som det ligger i utredningens uppdrag att analysera vad som behövs för att säkerställa samhällsvårdade barns och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård. Vidare ska utredningen analysera om det krävs förtydliganden i SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag och ta ställning till om SiS bör ges möjlighet att initiera en samordnad individuell plan. Det är på grund av utredningens förslag att ge SiS ett särskilt huvudmannaskap för viss hälso- och sjukvård som vi lämnar detta yttrande.

Utredningen sätter fingret på flera luckor i möjligheterna för HVB placerade barn att få tillgång till den hälso- och sjukvård de har rätt till och landar i ett flertal väl avvägda förslag. Till exempel förslagen om nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) om att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård samt tandvård också till barn och unga under 21 år som vistas inom regionen på grund av att de vårdas utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser för vård av unga. Även förslagen om att förstärka och tydliggöra bestämmelserna om läkar- och hälsoundersökning för barn i samhällsvård, med syfte att säker-

ställa att en undersökning genomförs och att den genomförs av läkare respektive tandläkare är viktiga reformer.

Vi ställer oss däremot inte bakom utredningens förslag under 9.7.5 om ett *särskilt huvudmannaskap* för SiS i förhållande till det arbete som utförs av sjuksköterskor och psykologer gällande hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, bedömning av fysiskt och psykiskt hälsotillstånd, och ordination av och hantering av läkemedel, ett arbete som benämns som *basnivån*. Vi anser att förslaget är behäftat med risker dels vad gäller vård, journalföring och uppföljning, dels vad gäller oberoende och transparens.

Utredningen beskriver i avsnittet de två huvudalternativ som övervägs:

Alternativ A innebär ett särskilt ansvar för *regionerna* att erbjuda hälso- och sjukvård på plats i särskilda ungdomshem, alltså att sjuksköterskor och de psykologer som ger behandling skulle vara anställda av regionen och att regionen är huvudman för hälso- och sjukvård på ungdomshemmen.

Alternativ B innebär ett *hälso- och sjukvårdsansvar* för SiS, alltså att sjuksköterskor och behandlande psykologer skulle anställas av SiS, som också skulle vara huvudman för den hälso- och sjukvård som bedöms ligga på basnivå.

Utredningen tar därefter ställning för alternativ B som föreslås och blir vägledande för de mer detaljerade förslag om uppdrag och regeländringar som behövs för att förverkliga detta.

När vi genomför samma bedömning kommer vi däremot fram till att huvudalternativ A sammantaget är det som fortsatt borde vägleda utredningen och de förslag som följer av den inriktningen. *I vår sammanvägning är ett mer uttalat och sammanhållet regionalt ansvar för hälso- och sjukvården vid SiS ungdomshem, det som ger mest nytta och minst risk för skada. Till stöd för detta anför vi följande argument för att komplettera de argument som utredningen själv redogör för:*

- Barn och ungdomar på SiS ungdomshem har en mer omfattande och mer komplex hälsoproblematik än andra, som ofta får förgreningar i vårdkedjan utöver basnivån. Dessa behov behöver den regionala sjukvårdens fulla bredd och samlade bemötande med exempelvis tillgång till samma journaluppgifter, vilket försvåras av skilda huvudmän.

- Den personal som tillhandahåller basnivån av hälso- och sjukvård behöver tillgång till professionskollegors stöd, fortbildning, nära tillgång till konsultation och handledning. Det blir svårare att organisera på ett ungdomshem, där kollegorna inom SiS arbetar på andra ungdomshem utan influenser från mer specialiserad vård.
- Den särskilda socialmedicinska erfarenhet och kompetens som byggs upp av denna personal som tjänstgör dagligen på ungdomshemmen är värdefull och ”svår vunnen”. Den behöver effektiva kanaler för att kunna spridas till övrig regional hälso- och sjukvård, som i dag lider stor brist på praktisknära socialmedicinsk kunskap. Det blir svårare med ett separat huvudmannaskap, utan samma tillgång till de inomregionala nätverken.
- En mer förtrolig kanal för de barn och ungdomar som vistas på ungdomshemmen. Att ha tillgång till sjuksköterska och psykolog som inte lyder under samma institutionschef som övrig personal på ungdomshemmet, kan fylla en livsviktig trygghetsskapande ventilfunktion.

Uppgifter om missförhållanden, våld och övergrepp på SiS särskilda ungdomshem har framkommit i rapporter och granskningar under lång tid. Brister i SiS hantering av klagomål från barn och unga lyfts i rapporter från både Statskontoret och IVO.⁶ Av en rapport från Barnrättsbyrån som publicerades tidigare i år framgår att det är svårt för barn på SiS särskilda ungdomshem att få gehör hos myndigheter för sina upplevelser av sexuella kränkningar och våld från personal och att övergreppen i många fall inte når rättsväsendet.⁷ Av en tidigare rapport från organisationen framgår att även om det finns en process på de särskilda ungdomshemmen för hur barn kan lämna klagomål till institutionerna så finns ingen oberoende granskning av de klagomål som barn lämnar till SiS även om de kan innehålla allvarlig information om våld och missförhållanden. Barn blir hänvisade till fel instans, får inte hjälp att polisanmäla våld och barns klagomål lämnas till SiS att utreda sig själva, med bristande eller uteblivna

⁶ Statskontoret (2022), SiS vård av barn och unga enligt LVU – förutsättningar för en trygg och ändamålsenlig vård, 2022:4; IVO (2021). Föreläggande att säkerställa att tvångsåtgärder har stöd i lag och står i proportion till syftet med åtgärderna vid Statens institutionsstyrelses (SiS) ungdomshem Folåsa, dnr 3.7.1-45220/2021-1.

⁷ Barnrättsbyrån och World Childhood Foundation, 2023. Vem ska tro på mig? En granskning av sexuella övergrepp på de statliga ungdomshemmen.

insatser som följd.⁸ Det pågår ett arbete med att inrätta en fristående klagomålsfunktion centralt inom SiS.

För oss är det tydligt att hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på SiS behöver vara helt oberoende för att till fullo kunna utföra sitt uppdrag och för att barn och unga som möter dem ska kunna känna förtroende. Om SiS får ett särskilt huvudmannaskap i förhållande till viss hälso- och sjukvård finns det en risk att en jävsituation uppstår eller att barn och unga uppfattar att en lojalitetskonflikt finns. Detta gäller oavsett om placerade barn och unga har tillgång till en fristående klagomålsfunktion eller inte.

Barn och unga som vårdas på särskilda ungdomshem är en grupp barn som ofta har komplexa hälsoproblem. Kompensatoriskt, utöver de reformer som utredningen presenterar, och för att kunna möta dessa barns behov av hälso- och sjukvård, behöver de bemötas av team där olika discipliner samverkar kring barnet och av läkare med specialistkompetens. Detta kräver särskilt avsatta medel, en organisation som bygger på tätare samverkan med socialtjänst, hälso- och sjukvård, inklusive barn och ungdomspsykiatri och hemmet där barnet är placerat, samt regelbundna utvärderingar. Vi är övertygade om att denna reform samt de reformer som utredningen föreslår för att säkerställa placerade barns rätt till en god hälsa kommer att vara lättare att genomföra om all vård av dessa barn ligger i regionens ansvar och försorg.

Vår förhoppning är att ett mer uttalat och tydligt ansvar för regionerna angående de samhällsvårdade barn och unga som vistas i regionen utarbetas i den fortsatta beredningen av reformen.

⁸ Barnrättsbyrån, 2021. "... Och jag kunde inte andas" En granskning av våld mot barn på de särskilda ungdomshemmen.

Referenser

Offentligt tryck

Regeringens propositioner

- Prop. 1902:30 *angående uppfostran åt vanartade och i sedligt afseende försummade barn.*
- Prop. 1902:56 *med förslag till förordning om fosterbarns vård.*
- Prop. 1919:371 *med förslag till lag om ändrad lydelse av 14, 15 och 23 §§ i lagen den 13 juni 1902 angående uppfostran åt vanartade och i sedligt avseende försummade barn.*
- Prop. 1924:150 *med förslag till lag om samhällets barnavård, m.m.*
- Prop. 1960:10 *med förslag till lag om samhällets vård av barn och ungdom (barnavårdsvårdslag) m.m.*
- Prop. 1975/76:133 *om utbyggnad av föräldraförsäkringen m.m.*
- Prop. 1979/80:1 *om socialtjänsten.*
- Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*
- Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*
- Prop. 1981/82:168 *om vårdnad och umgänge m.m.*
- Prop. 1985/86:10 *om ny skollag m.m.*
- Prop. 1988/89:67 *om sekretessfrågor inom undervisningsväsendet m.m.*
- Prop. 1989/90:28 *om vård i vissa fall av barn och ungdomar.*
- Prop. 1990/91:60 *om offentlighet, integritet och ADB.*
- Prop. 1992/93:61 *om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.*
- Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Prop. 1994/95:224. *Barns rätt att komma till tals.*
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

- Prop. 1996/97:91. *Internationella adoptionsfrågor.*
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 1997/98:9. *Skydd för förföljda personer, samordningsnummer, m.m.*
- Prop. 1997/98:44. *Personuppgiftslag.*
- Prop. 1998/99:72. *Rättspsykiatriskt forskningsregister.*
- Prop. 1999/2000:39. *Registrering av fastighetsrättsliga förhållanden m.m.*
- Prop. 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.*
- Prop. 2001/02:72. *Ändringar i regeringsformen – samarbetet i EU m.m.*
- Prop. 2002/03:36. *Behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.*
- Prop. 2002/03:53. *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*
- Prop. 2004/05:164. *Tullverkets brottsbekämpning – Effektivare uppgiftsbehandling.*
- Prop. 2006/07:37. *Registerkontroll av personal vid sådana hem för vård eller boende som tar emot barn.*
- Prop. 2006/07:129. *Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m.*
- Prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*
- Prop. 2008/09:150. *Offentlighets- och sekretesslag.*
- Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrirågor m.m.*
- Prop. 2009/10:131. *Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.*
- Prop. 2008/09:160. *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.*
- Prop. 2009/10:80. *En reformerad grundlag.*
- Prop. 2010/11:49. *Ansvarsfördelning mellan bosättningskommun och vistelsekommun.*
- Prop. 2011/12:53. *Barns möjligheter att få vård.*
- Prop. 2012/13:10. *Stärkt skydd för barn och unga.*
- Prop. 2013/14:160. *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram.*
- Prop. 2014/15:1. *Budgetpropositionen för 2014.*
- Prop. 2014/15:43. *Utbildning för elever i samhällsvård och på sjukhus.*

- Prop. 2015/16:43. *Stödboende – en ny placeringsform för barn och unga.*
- Prop. 2015/16:136. *Arbetslöshet och ekonomiskt bistånd.*
- Prop. 2016/17:59. *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*
- Prop. 2016/17:180. *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*
- Prop. 2017/18:105. *Ny dataskyddslag.*
- Prop. 2017/18:171. *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*
- Prop. 2017/18:186. *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*
- Prop. 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälspolitik.*
- Prop. 2019/20:164. *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
- Prop. 2019/20:188. *Sveriges genomförande av Agenda 2030.*
- Prop. 2021/22:177. *Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation.*

Regeringens skrivelser

- Skr 2020/21:215. *Vård av unga vid Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 1956:61. *Ny barnavårdslag.* Betänkande av barnavårds kommittén.
- SOU 1959:25. *Verksamheten vid ungdomsvårdsskolorna.* Betänkande av kommittén för ungdomsvårdsskolorna.
- SOU 1974:7. *Barn- och ungdomsvård.* Ett betänkande av Fosterbarnsutredningen.
- SOU 1974:39. *Socialvården – Mål och medel.* Principbetänkande av Socialutredningen.

- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv*. Socialutredningens slutbetänkande.
- SOU 1992:18. *Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll*. Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten.
- SOU 1993:40. *Fri- och rättighetsfrågor. Del A Regeringsformen*. Delbetänkande av Fri- och rättighetskommittén.
- SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1997:8. *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa*. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.
- SOU 1997:39. *Integritet, offentlighet, informationsteknik*. Betänkande av Datalagskommittén.
- SOU 1997:116. *Barnets bästa i främsta rummet – FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige*. FN:s Barnkommitténs huvudbetänkande.
- SOU 1998:3. *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.
- SOU 1999:97. *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen.
- SOU 2000:77. *Omhändertagen – Samhällets ansvar för utsatta barn och unga*. Betänkande av LVU-utredningen.
- SOU 2005:81. *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*. Betänkande av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Betänkande av Barnskyddsutredningen.
- SOU 2010:70. *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter*. Slutbetänkande av Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige.

- SOU 2011:9. *Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården.* Betänkande av Upprättelseutredningen.
- SOU 2011:61. *Vanvård i social barnavård – slutrapport.* Slutbetänkande av Utredningen om vanvård i den sociala barnavården.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende.* Slutbetänkande av Missbruksutredningen.
- SOU 2012:17. *Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.* Betänkande av Psykiatrilagsutredningen.
- SOU 2012:90. *Överskottsinformation vid direktåtkomst.* Delbetänkande av Informationshanteringsutredningen.
- SOU 2014:3. *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga.* Delbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga.
- SOU 2014:67. *Inbyggd integritet inom Inspektionen för socialförsäkringen.* Betänkande av Utredningen om personuppgiftsbehandlingen vid ISF.
- SOU 2015:39. *Myndighetsdatalag.* Slutbetänkande av Informationshanteringsutredningen.
- SOU 2015:71. *Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU.* Slutbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga.
- SOU 2017:39. *Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.* Betänkande av Dataskyddsutredningen.
- SOU 2017:66. *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde: en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.* Betänkande av Socialdataskyddsutredningen.
- SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.* Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.
- SOU 2021:11. *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning.* Slutbetänkande av Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.

- SOU 2021:34. *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.* Delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.
- SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.* Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.
- SOU 2022:41 *Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.* Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.
- SOU 2022:70. *En uppväxt fri från våld – En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn.* Betänkande av Utredningen En uppväxt fri från våld.
- SOU 2023:5. *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.* Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.
- SOU 2023:30. *Ett trygghetssystem för alla – Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst.* Betänkande av Utredningen om Ett trygghetssystem för alla – översyn av regelverket för sjukpenninggrundande inkomst.
- SOU 2023:40. *Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen.* Betänkande av Utredningen om barns möjligheter att utkräva sina rättigheter.

Departementsserien

- Ds S 1981:17. *Det förstärkta familjehemmet.* Betänkande av Utredningen om familjevård för missbrukare.
- Ds 2002:13. *Utövandet av barns rättigheter i familjerättsprocesser.*
- Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
- Ds 2022:4. *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.*

Kommittédirektiv

- Dir. 2021:84. Regeringen, Socialdepartementet. *Barn och unga i samhällets vård*. 2021-10-07.
- Dir. 2021:90. Regeringen, Socialdepartementet. *Översyn av regelverket för sjukpenninggrundande inkomst för ökad trygghet och förutsebarhet*. 2021-10-20.
- Dir. 2022:30. Regeringen, Socialdepartementet. *Tilläggsdirektiv till utredningen om en översyn av regelverket för sjukpenninggrundande inkomst för ökad trygghet och förutsebarhet (S 2021:07)*. 2022-04-22.
- Dir. 2023:41. Regeringen, Socialdepartementet. *Tilläggsdirektiv till utredningen Ett trygghetssystem för alla – översyn av regelverket för sjukpenninggrundande inkomst (S 2021:07)*. 2023-03-23.
- Dir. 2023:7. *Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården*.

Riksdagstryck

- Betänkande och Förslag afgifna af den af Kongl. Maj:t den 16 Oktober 1896 tillsatta komitén för utredning af frågan om åtgärder för beredande af lämplig uppfostran dels åt minderåriga förbrytare dels ock åt vanartade och i sedligt afseende försummade barn*. I Bihang till riksdagens protokoll vid lagtima riksdagen i Stockholm år 1902, Samling 2, Afd. 2, Komitébetänkanden m. m., Bd 1.
- Konstitutionsutskottets beräkande bet.1990/91:KU11.
Offentlighet, integritet och ADB.
- Konstitutionsutskottets beräkande bet.1997/98:KU18.
Personuppgiftslag.
- Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU15 *Vård i vissa fall av barn och ungdomar*.
- Socialutskottets betänkande 1990/91 SoU14 *Statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård m.m.*
- Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU18 *Ändring i socialtjänstlagen*.

- Socialutskottet (2022). *Hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård – en utvärdering. Rapport från riksdagen 2021/22:RFR11.*
- Socialutskottet (2022). *Barnets bästa vid fortsatt vård enligt LVU. Utredning som ett led i socialutskottets beredning av fråga om ändring i LVU [av Anders Hagsgård]. Dnr 1416-2021/22.*

Föreskrifter och allmänna råd från statliga myndigheter

- MYHFS 2019:1 *Myndigheten för yrkeshögskolans föreskrifter om utbildningar inom yrkeshögskolan med inriktning och bemanning stödpedagog inom funktionshinderområdet.*
- SISFS 2022:1 *Statens institutionsstyrelsens föreskrifter om vårdavgifter för ungdomar som vistas vid särskilda ungdomshem med stöd av 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) m.m.*
- SOSFS 1997:15 *Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.*
- SOSFS 1997:15 *Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (upphävda).*
- SOSFS 2003:15 *Socialstyrelsens föreskrifter om socialnämndens skyldighet att föra förteckning över barn som vistas i familjehem eller annat enskilt hem.*
- SOSFS 2011:5 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.*
- SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
- SOSFS 2012:11 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende.*
- SOSFS 2013:1 *Socialstyrelsens allmänna råd om ekonomiskt bistånd.*
- SOSFS 2014:5 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.*

- HSLF-FS 2016:55 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.*
- HSLF-FS 2016:56 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende.*
- HSLF-FS 2017:37 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.*
- HSLF-FS 2018:2 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården.*
- HSLF-FS 2019:19 *Hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

Andra publikationer från statliga myndigheter

- Barnombudsmannen (2010). *I'm sorry – Röster från särskilda ungdomshem. Om barn som vistas eller har vistats på särskilda ungdomshem. Årsrapport 2010.*
- Barnombudsmannen (2011). *Bakom fasaden – Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar. Årsrapport 2011.*
- Barnombudsmannen (2019). *Vem bryr sig – när samhället blir förälder. Barns röster om att växa upp i den sociala barnvården. Årsrapport 2019.*
- Datainspektionen (2021). *Nationella kvalitetsregister. Datainspektionens rapport 2002:1.*
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård. En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna.*
- Forte (2015). *Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård. Av Bo Vinnerljung och Tore Andreassen.*
- Försäkringskassan (2022). *Barnbidrag. Vägledning 2002:10, version 15.*
- Försäkringskassan (2023). *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Vägledning 2015:1, version 15.*
- Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2021). *Placerade barn och socialförsäkringen. En granskning av hur socialförsäkringsförmåner påverkas när barn placeras i annat hem än i sitt föräldrahem. Rapport 2021:6.*

- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2013a). *En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning?*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2013b). *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2017). *Barns rätt till familjehemsvård av god kvalitet – Granskning av socialtjänstens myndighetsutövning rörande familjehemsplacerade barn.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2018). ”Samhället sviker unga med självmordstankar.” Debattartikel publicerad i *Svenska Dagbladet* 2018-05-17.
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2020). *Sociala barn och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården S2019/01922/FST.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2021a). *Analys av regelverket för tillståndsprövning – Slutrapport av regeringsuppdrag.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2021b). *Nationellt register över HVB och stödboenden för barn och unga samt särskilda ungdomshem. Delredovisning av IVO.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2022a). *Vad har IVO sett 2021? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2022b). *Årsredovisning 2021.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO, (2022c). *Nationellt register över HVB och stödboenden för barn och unga samt särskilda ungdomshem. Slutrapport av regeringsuppdrag.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2023a). *Många barn görs inte delaktiga när socialtjänsten beslutar om omplacering eller hemflytt. Iakttagelser i korthet.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2023b). *Årsredovisning 2022.*
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2023c). *Tillsyn av socialtjänstens handläggning av ärenden som rör barn och unga Redovisning av regeringsuppdrag S2020/08835.*

- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2023d). *Tillsyn av SiS särskilda ungdomshem 2021–2022. Redovisning av regeringsuppdrag S2021/03345.*
- Konkurrensverket (2017). *Marknaden för hem för vård eller boende för ensamkommande barn och unga.* KKV rapport 2017:8.
- Länsstyrelsen i Stockholm (2018). *De kan alltid hitta mig – studie om människohandel och utsatta barngruppers livsvillkor.* Rapport 2018:3.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga.* Rapport 2016:5.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga.* Rapport 2018:9.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Lika läge för alla? – om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården.* Rapport 2018:10.
- Riksrevisionen (2021). *Öppna jämförelser i socialtjänsten – begränsat bidrag till god kvalitet.* RiR 2021:17.
- Skolinspektionen (2017). *HVB-placerade elevers utbildning i kommunala grundskolor.*
- Skolinspektionen (2021). *Skola inom statlig tvångsvård: Kvalitet och kontinuitet i utbildningen vid Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem.*
- Skolverket (2020). *Slutredovisning av regeringsuppdrag Att ta fram och tillgängliggöra en utbildning för brobyggare med romsk språk- och kulturkompetens (Ku2016/00995/DISK).*
- Socialstyrelsen (1990). *Vård utom hemmet.* SoS-rapport 1990:4.
- Socialstyrelsen (1994). *Barn- och ungdomsinstitutioner (utom de s.k. § 12-hemmen): hur påverkas vården av kommunernas ekonomiska situation och nya ekonomiska styrsystem?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:10.
- Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS (2009). *Bedömningsmetoder vid rekrytering av familjehem. En systematisk kunskapsöversikt.*

- Socialstyrelsen (2012). *Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn.*
- Socialstyrelsen (2013a). *Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet.*
- Socialstyrelsen (2013b). *Gränsdragning mellan olika placeringsformer för barn och unga.*
- Socialstyrelsen (2013c). *Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning.*
- Socialstyrelsen (2014a). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel.*
- Socialstyrelsen (2014b). *Manual till BRA-fam – En standardiserad bedömningsmetod för rekrytering av familjehem.*
- Socialstyrelsen (2014c). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar.*
- Socialstyrelsen och Skolverket (2016). *Vägledning för elevhälsan.*
- Socialstyrelsen (2018a). *Grundbok i BBIC.*
- Socialstyrelsen (2018b). *Kompetens för arbete på HVB för barn och unga.*
- Socialstyrelsen (2018c). *SAMS – Samverkan socialtjänst skola – obruten skolgång för placerade barn och unga.*
- Socialstyrelsen (2019a). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.*
- Socialstyrelsen (2019b). *Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete – kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga.*
- Socialstyrelsen (2019c). *Uppföljning och utvärdering av stödboende för barn och unga 16–20 år.*
- Socialstyrelsen (2019d). *Sammanställning av remissvar avseende förslag om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19). Dnr 4.1-13129/2018.*

- Socialstyrelsen (2019e). *Framställan avseende ändring av förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken.*
- Socialstyrelsen (2020a). *Placerade barn och unga. Handbok för socialtjänsten.*
- Socialstyrelsen (2020b). *LVU – handbok för socialtjänsten.*
- Socialstyrelsen (2020c). *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*
- Socialstyrelsen (2020d). *Manual till Familjehemsvinjetter – En standardiserad bedömningsmetod för utredning av familjehem.*
- Socialstyrelsen (2021a). *Öppna jämförelser 2020 – placerade barns utbildning och hälsa.*
- Socialstyrelsen (2021b). *Situationen för nationella minoriteter inom den sociala barn- och ungdomsvården.*
- Socialstyrelsen (2021c). *Förstudie i regeringsuppdrag: Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och obruten skolgång. Dnr 5.7-34156/2020.*
- Socialstyrelsen (2021d). *Fler öppna jämförelser inom socialtjänstlagen. Möjligheter och former för fler öppna jämförelser för HVB.*
- Socialstyrelsen (2021e). *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*
- Socialstyrelsen (2021f). *Insatser för att förebygga fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år.*
- Socialstyrelsen (2021g). *Ett hem att växa i. Studiehandledning för familjehemsutbildare.*
- Socialstyrelsen (2021h). *Fler öppna jämförelser inom socialtjänstlagen Möjligheter och former för fler öppna jämförelser för HVB.*
- Socialstyrelsen (2021i). *Socialstyrelsens roll för stöd till kompetensförsörjning inom socialtjänsten. Strategisk analys.*
- Socialstyrelsen (2021j). *Öppna insatser utan samtycke – Rapport till regeringen uppdrag S2019/0472/FST.*
- Socialstyrelsen (2021k). *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*

- Socialstyrelsen (2022a). *Förstudie om socialtjänstens behov av stöd i arbetet med att förbereda unga placerade i övergången till självständigt boende*. Dnr 9896/2020-31.
- Socialstyrelsen (2022b). *Kunskapsläget kring förekomst och konsekvenser av språkstörning för normalbegåvade unga och vuxna i ett livsperspektiv* (dnr 5.7-38505/2019).
- Socialstyrelsen (2023a). *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2023*.
- Socialstyrelsen (2023b). *Instabilitet bland barn och unga placerade i heldygnsvård enligt SoL och LVU. Placeringsmönster t.o.m. år 2020 bland barn och unga födda 1990–2004*.
- Socialstyrelsen (2023c). *Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem. Delrapport 2023*.
- Socialstyrelsen (2023d). *LVU i det egna hemmet Kartläggning och analys av hur socialtjänsten tillämpar 11 § andra stycket lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga*.
- Socialstyrelsen (2023e). *Förstudie kartläggning/kunskapsstöd HVB för barn och unga – internt underlag*. Dnr 26582/2022-9.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2016). *Placering i släktinghem respektive vanliga familjehem – Vad gynnar barnen? Sammanfattning och granskning av en systematisk översikt av 102 jämförande studier*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2017). *Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familje-hemplacerade barn*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2018a). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2018b). *Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem eller på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2020). *Stöd till unga som ska flytta från placering i social dygnsvård. En systematisk översikt*.

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2023). *Förstudie avseende alternativa metoder till tvångsåtgärder. Rapport till Socialdepartementet.*
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2012). *Utvärdering av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution.*
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2013–2023). *SiS i kortbet. En samling statistiska uppgifter om SiS* [för respektive år 2012–2022].
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2018a). *SiS årsredovisning 2017.*
- Statens institutionsstyrelse, SiS. (2018b). *Redovisning av utvecklingsarbete avseende sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.* Dnr 1.1.1-3973-2018.
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2020). *Särskilda vård- och resursbehov. En kartläggning av särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter som vårdats inom SiS åren 2018 och 2019.* Institutionsvård i fokus 2020:6.
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2022a). *Vårdavgifter år 2023 för ungdomar som vårdas med stöd av 2 § LVU eller SoL (frivillig vård), m.m.*
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2022b). *Utvärdering av de särskilt förstärkta avdelningarna, SFA. En deltidsvärdering av implementering och vårdutfall vid SiS fem särskilt förstärkta vårdavdelningar.* Dnr 1.1.4-6462-2022.
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2023a). *Statens institutionsstyrelse – Budgetunderlag 2024–2026.* Dnr 1.1.3-7276-2022.
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2023b). *Årsredovisning 2022.*
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2023c). *Delrapport 1: Integrerad vård inom SiS. Uppföljning av integrerad vård 2022.*
- Statens institutionsstyrelse, SiS (2023d). *Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022.*
- Statskontoret (2016). *Utvärdering av brobyggarsatsningen inom strategin för romsk inkludering.* Rapport 2016:3.
- Statskontoret (2022). *SiS vård av barn och unga enligt LVU – förutsättningar för en trygg och ändamålsenlig vård.* Rapport 2022:4.

Övrigt offentligt tryck

- Kommittén för barnets rättigheter (2023). *Sammanfattande slutsatser och rekommendationer om Sveriges kombinerade sjätte och sjunde periodiska rapport CRC/C/SWE/CO/6–7*.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2023). *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
- Utrikesdepartementet (2008). *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. New York den 13 december 2006. SÖ 2008:26.

Övrig litteratur

- Alexandersson, P. (2018). *Socialtjänstens värdegrunder. Etik i förarbeten och lagar om fattigvård, socialvård och socialtjänst*, Ersta Sköndal Bräcke högskola.
- Alkin, M. C. och King, J. A. (2016). The historical development of evaluation use. *The American Journal of Evaluation*, 37 (4), 568–579.
- Anglin, J. (2004). Creating "Well-Functioning" Residential Care and Defining Its Place in a System of Care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175–192.
- Andersson, P. (2021). *Hot, våld och emotionellt arbete på de särskilda ungdomshemmen. Personalens berättelser*. Stockholms universitet.
- Andersson Vogel, M. (2020). *Disciplinering, femininitet och tvångsvård: tjejers vardag vid särskilda ungdomshem*.
- Ankestyrelsen, Danmark (2018). *Pædagogisk praksis på de sikrede døgninstitutioner*.
- Barne- og familiedepartementet, Norge (2021). *Et trygt hjem for alle – Regjeringens fosterhjemsstrategi*.
- Barnrättsbyrån och World Childhood Foundation (2023). *Vem ska tro på mig? En granskning av sexuella övergrepp på de särskilda ungdomshemmen*.

- Berlin, M., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2011). School Performance in Primary School and Psychosocial Problems in Young Adulthood Among Care Leavers from Long Term Foster Care. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(12):2489–97. DOI: 10.1016/j.chidyouth.2011.08.024.
- Berättelse til rikens högloflige ständer om den förordnade barnhus- och hospitals-deputationens giöromål, sedan sidsta riksdag (1761).
- Björne, P. & Ingrid Runesson, I. (2021). *Att lära av det som fungerar. En studie av rapporter om avvikelser från förväntad kvalitet*. FoU-rapport 2021:1, Malmö stad.
- Blome, W.W. (1997). What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth and a matched group of non-foster care youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14, 41–53.
- Buřdirektoratet och Deloitte (2019). *Kartlegging av institusjons-tilbud i Norge og utvalgte europeiske land Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*. 20. desember 2019 – Endelig rapport.
- Børne- og Socialministeriet, Danmark (2017). *Udmøntrning af satspuljen for 2018–2021 – Delaftale for børne- og socialområdet*.
- Council of Europe, Committee of Ministers (1977). *Resolution (77)33 on the Placement of Children*.
- Civil Rights Defenders (2022). *Frihetsberövade brottsoffers rättigheter i svensk tvångsvård*.
- Council of Europe Committee of Ministers (1987). *Recommendation No R(87)6 on Foster Families living in residential institutions*.
- Council of Europe Committee of Ministers (2005). *Recommendation Rec(2005)5 on the rights of children living in residential institutions*.
- Danelius, H. (2012). *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis. En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*.
- Degner, J. (2022). Att driva en människobehandlande verksamhet – med fokus på åtta forskningsbaserade områden och ett klientfall. I Giselsson, E., Degner J. och Wassberg A (2022). *HVB-hem i praktiken – från forskningsresultat till (be)handling*.

- Deloitte (2017). *Efterværn og den gode overgang til voksenlivet: Undersøgelse af efterværnsområdet i Danmark*. Tillgänglig via Social- och Boligstyrelsen:
<https://sbst.dk/udgivelser/2017/eftervaern-og-den-gode-overgang-til-voksenlivet-undersogelse-af-eftervaernsomraadet-i-danmark>.
- Det Kongelige Barne- og familjdepartementet, Norge (2021). *Prop. 133 L (202–2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven*.
- Elmund, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B. och Hjern, A. (2007). Intercountry adoptees in out-of-home care – a national cohort study. *Acta Paediatrica*, 96, 437–442.
- Ellström P-E. & Kock H. (2008). Competence development in the workplace: Concepts strategies and effects. Seoul: *Asia Pacific Education Review* 2008:9(1): 5–20.
- Engler, A. D. et al. (2022). A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care. *Trauma Violence Abuse*. 2022 Jan;23(1):255–264.doi: 10.1177/1524838020941197.
- Erman, M. (2003). *Barnet och familjehemmet. En handbok om socialnämndens ansvar*. Svenska kommunförbundet.
- European Commission (2021). *Peer Review on "Furthering quality and accessibility of Foster Care service"*.
- Forsman H. och Vinnerljung B. (2012). Interventions Aiming to Improve School Achievements of Children in Out-of home Care: A Scoping Review. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(6):1084–91. DOI: 10.1016/j.childyouth.2012.01.037.
- Hollander, A. (1985). *Ombändertagande av barn. En studie av barnavårdsrättsmål vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*. Umeå universitet: Rättsvetenskapliga Institutionen.

- Höjer, I. & Sjöblom, Y. (2011). Procedures when young people leave care – Views of 111 Swedish social services managers. I *Children and Youth Services Review*, Volume 33 December 2011.
- Jackson, S. (1994). Educating children in residential and foster care. *Oxford Review of Education*, 20, 267–279.
- Johansson, S. (2017). Social omsorg i socialt arbete – en introduktion. I *Social omsorg i socialt arbete: Grunder och fördjupningar*, red. Stina Johansson.
- Kalland, M., & Sinkkonen, J. (2001). Finnish children in foster care: Evaluating the breakdown of long-term placements. *Child Welfare*, 80(5), 513–527.
- Kazemi, B. och From, S. (2021). *Placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård i Stockholms län*. FoU Nordväst Stockholms län.
- Kling, S., Vinnerljung, B. och Hjern, A. (2016). Somatic Assessments of 120 Swedish Children Taken into Care Reveal Large Unmet Health and Dental Care Needs. *Acta Paediatrica*, International Journal of Paediatrics. 2016; DOI: 10.1111/apa.13304.
- Kääriälä, A. och Hiilamo, H. (2017). Children in out-of-home care as young adults: A Systematic Review of Outcomes in the Nordic Countries. *Children and Youth Services Review*. 2017 Aug 1;79:107–14. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2017.05.030.
- Köhler, M., Emmelin, M., Hjern, A. och Rosvall, M. (2015). Children in Family Foster Care Have Greater Health Risks and Less Involvement in Child Health Services. *Acta Paediatrica*. 2015;104(5):508–13. DOI: 10.1111/apa.12901.
- Lagerlöf, H. (2012). *Sambällsvård och välfärdsresurser. En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och institutioner*. Stockholms universitet.
- Lindqvist E. (2014). *Kontraktetsproblem vid institutionsvård: Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:8.
- Lundström, T. (1993). *Tvångsombändertagande av barn: en studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. Rapport i socialt arbete, Stockholms universitet.

- Lundström, T. & Sallnäs, M. (2019). HVB för barn och unga. En evig vinstmaskin. *Socialpolitik*, (2): 22–23.
- Lundström, T., Sallnäs, M. & Shanks, E. (2020). Stability and change in the field of residential care for children. On ownership structure, treatment ideas and institutional logics. *Nordic Social Work Research*, 10:1, 39–50, DOI:10.1080/2156857X.2018.1541016.
- Lundström, T. & Shanks, E. Att arbeta åt staten, kapitalet eller civilsamhället Om föreståndare vid HVB för barn och unga. *Societvetenskaplig tidskrift* 2021:3.
- MacAlister, J. (2022). *The independent review of children's social care. Final report.*
- Maskrosbarn (2016). *Jag är bara en påse med pengar.*
- Mattsson, T. (2002). *Barnet och rättsprocessen – rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård.*
- Mattsson, T. & Vinnerljung, B. (2016). *Barn i familjehem. Förslag på åtgärder som skulle göra skillnad för samhällets mest utsatta.* SNS Förlag.
- Miller, L., Randle, M. & Dolnicar, S. (2019). Carer Factors Associated with Foster-Placement Success and Breakdown. *The British Journal of Social Work*, 49(2), 503–522. doi:10.1093/bjsw/bcy059.
- Nolbeck, K. (2022). *Confinement and Caring On sociomaterial practices in secured institutions for youths*, Göteborgs universitet.
- Nordens välfärdscenter (2015) *Nordens barn-fokus på barn i fosterhem. Ungas röster.*
- Norges offentlige utredninger NOU 2023:7. *Trygg barndom, sikker fremtid. Gjennomgang av rettssikkerheten for barn og foreldre i barnevernet Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 19. mars 2021. Avgitt til Barne- og familie-departementet 20. mars 2023.*
- O’Gorman, S. (2013). Towards a second-order view of child protection placement-related decision-making. *Child and Family Social Work*, 18(4), 403–416. doi:10.1111/j.1365-2206.2012.00859.

- Olsson, M., Egelund, T., & Høst, A. (2012). Breakdown of teenage placements in Danish out-of-home care. *Child & Family Social Work*, 17(1), 13–22.
- Norsk fosterhjemforening (2023). *Hva skal Norge gjøre uten fosterhjemmene? – en rapport basert på funnene i Fosterhjemundersøkelsen*.
- Paulsen, V., Wendelborg, C., Riis, A., Berg, B., Tøssebro, J. og Caspersen, J. (2020). *Ettervern – en god overgang til voksenlivet? Helhetlig oppfølging av ungdom med barnevernerfaring*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU.
- Persson, B. (1989). Vart tredje spädbarn dog. I *Forskning och framsteg*, 1.
- Pålsson, D. (2018). *The prerequisites and practices of auditing residential care: on the licensing and inspection of residential homes for children in Sweden*. Stockholms universitet.
- Pålsson, D., Andersson, P., Shanks E. & Wiklund, S. (2023). A professional field? Educational attainments, gender and age among staff in Swedish residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, DOI: 10.1080/0886571X.2023.224136.
- Region Örebro (2021). *Hälso- och tandhälsoundersökning i samband med att barn och unga placeras utanför det egna hemmet samt placerade barns hälsa under placeringstiden. Överenskommelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län. Giltig fr.o.m. 2021-10-29*.
- Riksförbundet Attention (2021). "Var ska jag hamna?" Röster från placerade barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
- Riving, C. (2008). Änglamakerskan från Helsingborg, i *Skandia* 2008.
- Rädda Barnen (2019). *Ensamkommande barn i nätverksbem – erfarenheter från projektet Access*.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner: framväxt, ideologi och struktur*. Stockholms universitet.
- Sallnäs, M. (2003). Som en familj? Om små och privata institutioner för barn och ungdomar. I Socionomens Forsknings-supplement, 15, 2–15, *Socionomen* nr 4.

- Socialstyrelsen, Danmark (2020). *Evaluering af SATS-18 initiativet: Mere kvalitet i plejefamilier – en bedre opvækst for det anbragte barn.*
- SoS Barnbyar (2022). *Hur bra förälder är kommunen? En granskning av stödet till unga i samhällets vård.*
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2021). *Nyfikenhet till lärande – i ett paket på posten. Utveckling av interventionen Letterbox Club i Sverige för barn i socialt utsatta livssituationer.*
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2022). *Skolfam 2022 – En arbetsmodell som hjälper barn i familjehem att lyckas i skola.*
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2023). *Nationell kartläggning – Våld mot barn 2022.*
- Storö, J., Sjöblom, Y. & Höjer, I. (2019). A comparison of state support for young people leaving care in Norway and Sweden: Differences within comparable welfare systems. *Child and family social work volume 24, issue 3.*
- Svenska kommunförbundet, Margareta Erman (2003). *Barnet och familjehemmet. En handbok om socialnämndens ansvar.*
- Sveriges Kommuner och Regioner (2014). *Riksavtal förutomlänsvård och kommentarer. Med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015.*
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2018). *Förstalinjeboken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa.*
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2020). *Hälsoundersökningar för placerade barn. Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2021). *Ersättningar och villkor vid familjehemsvård av barn, unga och vuxna, vårdnadsöverflyttar m.m. för år 2022.*
- Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatrin i siffror: Barn- och ungdomspsykiatri – kartläggning 2021.*
- Tideman, E., Vinnerljung, B., Hintze, K. och Isaksson, A.A. (2011). Improving foster children's school achievements: Promising results from a Swedish intensive study. *Adoption & Fostering*, 35, 44–56.

- Tideman, E., Sallnäs, M., Vinnerljung, B. och Hilma Forsman (2013). *Paired Reading – Ett försök i sju kommuner med lästräning för familjehemsplacerade barn.*
- Tordön, R. (2021). *I föräldrars ställe – om förutsättningar och insatser för barn och unga i samhällsvård.* Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Triseliotis J. (1989). Foster care outcomes: a review of key research findings. *Adoption & Fostering*, 13(3), 5–17.
- United Nations (2009). *Guidelines for the Alternative Care of Children. Resolution 64/142.*
- United Nations. (2019). *Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2019. 74/133 Rights of the Child.* <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/426/12/PDF/N1942612.pdf?OpenElement> (35 f–g).
- Utdrag utur alle ifrån den 7. decemb. 1718./1791 utkomne publique handlingar.* Red. Reinhold Gustaf Modée. 7 (1766).
- Vanderfaellie, J., Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., Robberechts, M., & Stroobants, T. (2013). Children placed in long-term family foster care: A longitudinal study into the development of problem behaviour and associated factors. *Children and Youth Services Review*, 35(4).
- Westman, D. Personuppgiftslagen och kampen mot piratkopiering i *Lov & Data* 2005 nr 4 s. 7–11.
- Willén, R. & Kronkvist, O. (2022) *The New Kälvesten Method for the Assessment of Foster Parent Suitability in Sweden: Causes for Concern.*
- Vinnerljung B., Sallnäs M. & Kyhle Westermarck P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution.* CUS/Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B., Berlin, M. och Hjern, A. (2010). *Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn.* I Socialstyrelsen Social Rapport 2010, kap. 7, s. 227–266.
- Vinnerljung, B., Lindblad, F., Hjern, A., Rasmussen, F. och Dalen, M. (2010). School performance at age 16 among intercountry adoptees – a Swedish national cohort study. *International Journal of Social Work*, 53, 510–527.

- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Berlin, M. (2017). Placement breakdowns in long-term foster care – a regional Swedish study. *Child and Family Social Work*, 22(1), 15–25. doi:10.1111/cfs.12189.
- Whittaker, J. K. et al. (2016). Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33:2, 89–106, DOI: 10.1080/0886571X.2016.1215755.
- Whittaker, J. K., Holmes L., del Valle J. C. F., & James, S. (2022). *Revitalizing Residential Care for Children and Youth: Cross-National Trends and Challenges*. Oxford.
- Zeijlmans, K., López, M., Grietens, H. & Knorth E. J. (2018). "Nothing goes as planned": Practitioners reflect on matching children and foster families. *Child and Family Social Work*, 23(3), 458–465. doi:10.1111/cfs.12437.

Webbsidor

Adda: www.adda.se.

Allmänna Barnhuset, *Nationell kartläggning – Våld mot barn 2022*: <https://allmannabarnhuset.se/vart-arbete/vald-overgrepp/nationell-kartlaggning-vald-mot-barn-2022/> (hämtad 2023-05-12).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Barnevern kommunemonitor*: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern_kommunemonitor/#/03 (hämtad 2023-07-06).

Barnevernsinstitusjonsutvalget, *Barnevernsinstitusjonsutvalgets problemforståelse*: <https://barnevernsinstitusjonsutvalget.no/> (hämtad 2023-08-11).

Barnombudsmannen, *FN:s barnrättskommitté och Sveriges rapporter*: <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/fns-barnrattskomite-och-sveriges-rapporter/> (hämtad 2023-06-12).

Barnombudsmannen, *Allmänna kommentarer*: <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/allmannakommentarer/> (hämtad 2023-05-16).

- Bufdir, *Barn i fosterhjem og beredskaphjem*:
<https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/barn-i-fosterhjem#section-27> (Hämtad 2023-05-28).
- Dagens Samhälle, *Hundratals små barn sätts i hvb-hem*:
<https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/socialtjanst/hundratals-sma-barn-satts-i-hvb-hem>
(hämtad 2023-09-05).
- Council of Europe: <https://www.coe.int/en/web/portal>.
- Finlex (Finland): <https://www.finlex.fi/sv>.
- Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/>
(hämtad 2023-05-12).
- Forte, *Nationellt program för tillämpad välfärdsforskning*:
<https://forte.se/om-forte/sarskilda-satsningar/tillampad-valfardsforskning/> (hämtad 2023-09-15).
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO, *SoL/Förteckning över barn i familjehem*: <https://www.ivo.se/publicerat-material/blanketter/solforteckning-over-barn-i-familjehem/>
(med länk till blanketten) (hämtad 2023-09-04).
- JO – Riksdagens ombudsmän, *Opcat*: www.jo.se/Opcat/
(hämtad 2023-00-04).
- Kungliga biblioteket, *Svenska Dagstidningar*:
<https://tidningar.kb.se/?q=%22en%20d%C3%B6%20bokstav%22&from=1918-10-01&to=1918-10-31> (hämtad 2023-08-01).
- Kunskapsguiden, *Brobyggare med romsk språk- och kulturkompetens*:
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/nationella-minoriteter/romer-och-romanichib/brobyggare-med-romsk-sprak--och-kulturkompetens/>
(hämtad 2023-09-04).
- Kunskapsguiden, *Hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/hem-for-vard-eller-boende-hvb/> (hämtad 2023-09-5).
- Kunskapsguiden, *Vad är våld i nära relationer?*:
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/>
(hämtad 2023-05-12).

- Kunskapsguiden, *Vilken kompetens behöver personalen ha?*
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/hem-for-vard-eller-boende-hvb/kompetensmal-for-hvb-personal/> (hämtad 2023-05-17).
- Kunskapsguiden, *Om god och nära vård:*
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-vard/god-och-nara-vard/om-god-och-nara-vard/>
(hämtad 2023-07-10).
- Kunskapsguiden, *Språkstörning:*
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/sprakstorning/> (hämtad 2023-09-04).
- Lovdata (Norge): <https://lovdata.no>.
- Länsstyrelsen i Östergötland, *hedersfortryck.se:*
<https://www.hedersfortryck.se>.
- Regeringskansliet, *Remissinstanser för SOU 2021:8, När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa, diarienummer S2021/01972:*
<https://www.regeringen.se/remisser/2021/03/remissinstanser-for-sou-20218-nar-behovet-far-styra--ett-tandvardssystem-for-en-mer-jamlik-tandhalsa/> (hämtad 2023-08-05).
- Regeringskansliet, *Remiss av Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93:*
<https://www.regeringen.se/remisser/2021/12/remiss-av-sou-202193/> (hämtad 2023-09-05).
- Regeringskansliet, *”Nu sätter vi stopp för mobilerna på Sis-hem”. Debattartikel med socialtjänstminister Camilla Waltersson Grönvall, Aftonbladet den 29 juni 2023:*
<https://www.regeringen.se/debattartiklar/2023/06/nu-satter-vi-stopp-for-mobilerna-pa-sis-hem/> (hämtad 2023-08-11).
- Retsinformation (Danmark): <https://www.retsinformation.dk/>
- Skolverket, *Läroplan för förskolan, Lpfö:*
<https://www.skolverket.se/publikationsserier/styrdokument/2018/laroplan-for-forskolan-lpfo-18> (hämtad 2023-05-23).

- Skolverket, *Läroplan för gymnasieskolan*:
<https://www.skolverket.se/undervisning/gymnasieskolan/laroplan-program-och-amnen-i-gymnasieskolan/laroplan-gy11-for-gymnasieskolan> (hämtad 2023-05-16).
- Skolverket, *Kränkande behandling, mobbning och diskriminering*:
<https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/krankande-behandling-mobbning-och-diskriminering> (hämtad 2023-08-08).
- Socialstyrelsen, *IAS (Intervju om anknytningsstil)*:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ias-intervju-om-anknytningsstil/> (hämtad 2023-05-28).
- Socialstyrelsen, *Integrerad vård på SiS ungdomshem*:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barns-psykiska-halsa/integrerad-var-d-pa-sis-ungdomshem/> (hämtad 2023-09-05).
- Socialstyrelsen, *Metodguiden, Teckenekonomi*:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/teckenekonomi/> (hämtad 2023-08-08).
- Socialstyrelsen, *Nationella vårdkompetensrådet*:
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-var-dkompetensradet/> (hämtad 2023-05-19).
- Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga*:
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/barn-och-ungdom/> (hämtad 2023-10-08).
- Socialstyrelsens termbank*: <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
- Specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM, *Studiepaket placerade barn*: <https://www.spsm.se/valkommen-till-studiepaketetsamverkan-kring-placerade-barn-och-ungas-skolgang/> (hämtad 2023-09-05).

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, *Independent Living Services (ILS) som stöd till unga som ska flytta från placering i social dygnsvård*: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/independent-living-services-ils-stod-unga-flytta-plac-social-dygnvard/> (hämtad 2023-08-22).
- Statens institutionsstyrelse, SiS, *ADAD – dokumentation inom ungdomsvården*: <https://www.stat-inst.se/forskning-och-utveckling/adad-och-dok---utvardering-och-dokumentation/> (hämtad 2023-09-04).
- Statens institutionsstyrelse, SiS, *SFA, Särskilt förstärkt avdelning*: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/behandlingsmetoder/sarskilt-forstarkta-avdelningar-sfa/> (hämtad 2023-05-23);
- Statens institutionsstyrelse, SiS, *Pilot för att korta väntetiderna för barn och unga*: <https://www.stat-inst.se/press/pressmeddelanden-nyheter/2023/pilot-for-att-korta-vantetiderna-for-barn-och-unga/> (hämtad 2023-08-11).
- Statens institutionsstyrelse, SiS, *Samverkan för obruten skolgång*: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/skolverksamhet/sisam---samverkan-for-obruten-skolgang/> (hämtad 2023-05-28).
- Statistiska centralbyrån, SCB, *Frågeformulär – Undersökningarna av barns levnadsförhållanden*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-barns-levnadsforhallanden/produktrelaterat/Fordjupad-information/frageformular/> (hämtad 2023-07-21).
- Statistiska centralbyrån, SCB, *Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/registerbaserad-arbetsmarknadsstatistik-rams/> (hämtad 2023-06-29).
- Statistiska centralbyrån, SCB, *Dokumentation av mikrodatab*: <https://metadata.scb.se/mikrodataregister.aspx>; (hämtad 2023-06-29).

- Statistiska centralbyrån, SCB, *Befolkningens arbetsmarknadsstatus (BAS)*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/befolkningens-arbetsmarknadsstatus/> (hämtad 2023-06-29).
- Statistiska centralbyrån, SCB, *Kommunernas kostnader för individ och familjeomsorg år 2018–2022*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-regionsektorn-2022/kommunernas-kostnader-for-individ-och-familjeomsorg-ar-20182022/> (hämtad 2023-09-04).
- Svenska Akademiens Ordböcker*: <https://svenska.se/>.
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Personalen i siffror*: <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/uppfoljninganalys/personalstatistik/personalensisiffror.46604.htm> (hämtad 2023-05-16).
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Brukarundersökning, placerade barn och unga*: <https://skr.se/skr/tjanster/statistik/oppnjamforelser/socialtjanstbrukarundersokningar/brukarundersokningplaceradebarnochunga.32958.html> (hämtad 2023-07-07).
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Tidigare brukarundersökningar, barn och unga*: <https://skr.se/skr/tjanster/statistik/oppnjamforelser/socialtjanstbrukarundersokningar/brukarundersokningplaceradebarnochunga/tidigarebrukarundersokningar.47212.html> (hämtad 2023-07-21).
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Yrkesresan – satsning på kompetensutveckling*: <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrning-socialtjanst/verksamhetsutvecklingochledarskap/yrkesresan.32120.html> (hämtad 2023-08-22).
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, *Etikettlista AID 2018-02-28 (reviderad 2018-06-28), etikett 351015, via SKR, Arbetsidentifikation, AID*: <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/lonebildning/arbetsidentifikationaid.157.html> (hämtad 2023-09-05).

- Sveriges Kommuner och Regioner, *SKR, Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)*:
<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html> (hämtad 2023-07-14).
- Sveriges Television, *Stor brist på familjehem – utsatta barn tvingas vänta på placering*:
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/ost/manga-barn-i-ko-till-familjehem> (hämtad 2023-09-01).
- Sveriges Radio, *Ropet på hjälp när bristen på familjehem är akut: ”Behovet är stort”*: <https://sverigesradio.se/artikel/ropet-pa-hjalp-nar-bristen-pa-familjehem-ar-akut-behovet-ar-stort> (2023-09-01).
- Tilbudsportalen, *Om Tilbudsportalen*:
<https://tilbudsportalen.dk/tilbudsoegning/artikel/om-tilbudsportalen> (hämtad 2023-09-07).
- United Nations, *Report of the World Commission on Environment and Development – Our Common Future*: www.un-documents.net/wced-ocf.htm (hämtad 2020-06-22).
- UK Parliament, *Government proposals for children’s social care reform*: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9818/> (hämtad 2023-08-11).

Kommittédirektiv 2021:84

Barn och unga i samhällets vård

Beslut vid regeringssammanträde den 7 oktober 2021

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över och föreslå åtgärder för hur kvaliteten i vården kan öka när barn och unga placeras i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende (HVB), inklusive särskilda ungdomshem, med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

Syftet med uppdraget är att säkerställa att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet alltid ska garanteras trygghet, säkerhet och en i övrigt god vård.

Utredaren ska bl.a.

- lämna förslag på hur kvaliteten i vården av barn och unga som placeras utanför det egna hemmet kan säkerställas,
- lämna förslag på hur stödet till barn och unga kan förbättras sedan vård utanför det egna hemmet har upphört,
- analysera familjehemmens förutsättningar att ge god vård och föreslå hur tillgången till fler lämpliga familjehem kan öka,
- analysera och föreslå hur kunskapen om kvaliteten i vården kan ökalokalt och nationellt, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Uppdraget ska redovisas senast den 10 april 2023.

Bakgrund

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. I första hand är det vårdnadshavaren som ska se till att barnet får detta (6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken). Vad gäller såväl barn som unga, ska socialnämnden verka för att de växer upp under trygga och goda förhållanden. Socialnämnden ska i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling. Vidare ska nämnden i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet (se 5 kap. 1 § SoL).

Under 2020 fick 27 300 barn och unga insatser i form av vård utanför det egna hemmet, vilket var omkring 3 800 färre än 2019. Nästan hela minskningen gällde pojkar över 15 år. Fler pojkar än flickor placerades, och majoriteten av de placerade var över 15 år. Andelen placerade ensamkommande barn var omkring 14 procent. De vanligaste formerna av placering år 2020 var familjehem och HVB. Därefter följer placeringar i stödboende och i Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. När det i dessa direktiv fortsättningsvis hänvisas till begreppet HVB avses även SiS särskilda ungdomshem, om inte något annat anges.

Barn och unga i samhällsvård är en särskilt utsatt grupp med varierande behov och förutsättningar. Forskningen visar att de barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet har betydligt fler hälsoproblem och större behov av hälso- och sjukvård och tandvård än andra jämnåriga. Särskilt vårdbehov kopplat till psykiatriska tillstånd är mycket vanligt förekommande i målgruppen. Undersökningar visar att det också är vanligt med avbrott i skolgången. Barn och unga som växer upp i familjehem eller i HVB har kraftiga överrisker för att som vuxna drabbas av fysisk och psykisk ohälsa, hemlöshet, arbetslöshet, bristande försörjningsförmåga eller kontakt med straffrättssystemet (se bl.a. rapporterna Social rapport, Socialstyrelsen [2010], Läkareundersökning inför placering av barn och unga, Socialstyrelsen [2016], Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade, Socialstyrelsen [2019]).

Socialnämndens ansvar för placerade barn och unga

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem, hem för vård eller boende eller stödboende, och för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård (6 kap. 1 § SoL). Socialnämnden ska i fråga om barn som vårdas i ett familjehem, jourhem, annat enskilt hem, stödboende eller hem för vård eller boende medverka till att de, förutom god vård och fostran, också i övrigt får gynnsamma uppväxtförhållanden och verka för att de får lämplig utbildning och den hälso- och sjukvård som de behöver. Socialnämnden ska även lämna vårdnadshavarna och föräldrarna råd, stöd och annan hjälp som de behöver (6 kap. 7 § SoL).

Vidare ska socialnämnden noga följa vården av de barn och unga som vårdas i ett familjehem, jourhem, stödboende eller hem för vård eller boende främst genom regelbundna personliga besök i det hem där barnet eller den unge vistas, enskilda samtal med den unge, samtal med den eller dem som tagit emot barnet eller den unge i sitt hem och samtal med vårdnadshavarna. Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa, utveckling, sociala beteende, skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående (6 kap. 7 b § SoL och 13 a § LVU).

Socialnämnden ansvarar för att initiera den hälsoundersökning som regionen har skyldighet att erbjuda enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, och för att, om det inte är obehövt, underrätta regionen om att ett barn eller en ung person ska erbjudas en hälsoundersökning (se 11 kap. 3 a § SoL).

Bestämmelser om god kvalitet m.m.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL).

Enligt bestämmelserna om lex Sarah (14 kap. 3–7 §§ SoL) är personalen i verksamheter enligt SoL skyldiga att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Bestämmelser om verksamheten, inskrivning och utskrivning vid HVB och stödboende finns i 3 kap. socialtjänstförordningen (2001:937), förkortad SoF.

Kända brister när barn placeras i ett annat hem än det egna

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över den sociala barn- och ungdomsvården. Varje år inspekterar IVO samtliga HVB och stödboenden. Enligt IVO:s årliga lägesrapporter förekommer det brister i kommunernas handläggning av ärenden om barn och unga. Bristerna finns i hela kedjan från orosanmälningar till uppföljning av insatser, inklusive dokumentationen och det systematiska förbättringsarbetet.

I IVO:s slutrapport av regeringens uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården konstaterar IVO att kommunerna inte lyckas komma tillrätta med bristerna inom den sociala barn- och ungdomsvården och alltid upprätthålla en god kvalitet. Det förekommer enligt myndigheten att barn och unga utsätts för våld, kränkningar och övergrepp av både medboende och personal (IVO 2020).

Brister i vården av placerade barn och unga har tidigare rapporterats bl.a. av Socialstyrelsen (Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2019, Socialstyrelsen) och i betänkandet Vanvård i social barnavård – Slutrapport (SOU 2011:61). Barnombudsmannen har återkommande rapporterat om våld och övergrepp (Barnombudsmannens årsrapporter 2010, 2019). Det kan enligt Barnombudsmannen röra sig om hot och våld, nedläggningar, fasthållningar och otillåtna begränsningsåtgärder såsom bevakade utevistelser, beslag av personliga ägodelar och drogtester utan samtycke där det saknas lagstöd.

De vanligaste bristerna vid HVB och stödboenden rör enligt IVO inskrivningsförfarande, bedömning av lämplighet bl.a. med hänsyn till den enskildes behov (lämplighetsbedömningar) samt genomförande och uppföljning av stöd, vård och behandling. Vidare brister kontrollen av Polismyndighetens register inför anställning av eller uppdrag till personal. IVO konstaterar också att antalet upprättade lex Sarah-anmälningar i HVB och stödboende är anmärkningsvärt lågt (IVO:s slutrapport 2020).

Det framgår av 12 § LVU att det ska finnas särskilda ungdomshem för vård av unga som på någon grund som anges i 3 § LVU behöver stå under särskilt noggrann tillsyn. SiS leder verksamheten vid sådana hem. Enligt Statskontorets myndighetsanalys av SiS (Statskontorets rapport 2020:7) finns brister när det gäller likvärdighet mellan hemmen. SiS har också, enligt rapporten, svårt att erbjuda vård som är anpassad efter målgruppen, t.ex. när det gäller svår psykiatrisk problematik, samsjuklighet, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, grov kriminalitet och gängkriminalitet.

Vad tycker barn och unga om vården?

IVO:s enkätundersökning 2020 riktad till barn och unga som vistas i HVB och stödboende visar att majoriteten av dem som svarat på enkäten uppger att de är trygga och att de får god vård och behandling. De som bor på stödboende är mest nöjda med sin placering och vård, och de på SiS särskilda ungdomshem minst nöjda. Av barn och unga som bor på SiS särskilda ungdomshem uppger 19 procent att de sällan eller aldrig känner sig skyddade från kränkningar som mobbning, övergrepp eller hot och våld. Motsvarande siffra för HVB är 10 procent. Flickor upplever generellt större otrygghet än pojkar. Barn och unga, främst flickor, upplever att de inte får tillräckligt stöd i kontakterna med sjukvården och tandvården och inte heller med att sköta sin skolgång.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en nationell brukarundersökning riktad till barn i familjehem. Resultatet, som publicerades 2021, visar att även om de flesta barn har det bra i sina familjehem, finns det en mindre grupp som beskriver en utsatt situation där varken socialtjänst eller familjehem verkar kunna erbjuda barnen en trygg och säker vård. Byte av socialsekreterare uppges vara vanligt förekommande.

Barnombudsmannen har i sin årsrapport 2019, med utgångspunkt i intervjuer med och enkäter riktade till barn, rapporterat att våld och övergrepp fortfarande är vardag för många barn i den sociala barnavården. Mindre än hälften av barnen, och endast var fjärde flicka, placerade på SiS särskilda ungdomshem känner sig trygga. Drygt fyra av fem flickor och varannan pojke på dessa hem har en funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har inom ramen för rapporten Fatta läget – Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga (2018:9) samtalat med barn och unga som är eller har varit placerade i den sociala dygnsvården. Fokus för samtalen var erfarenheter av och åsikter om vården och hur den kan bli bättre. I rapporten identifierades åtta övergripande områden inom vilka barnen och ungdomarna angav faktorer som var viktiga för deras välmående: bemötande, delaktighet, sociala relationer, trygghet, hälsa och omsorg, utbildning, fritid och självständighet.

Satsningar på kvalitetsutveckling

Det har på senare år genomförts en lång rad satsningar i syfte att säkerställa kvaliteten i vården av placerade barn och unga. Nedan följer ett urval av aktuella eller nyligen avslutade uppdrag och arbeten med bäring på området.

Satsningar på den sociala barn- och ungdomsvården

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet till myndigheten för 2020 fått i uppdrag att under 2020–2022 stödja huvudmän och yrkesverksamma inom den sociala barn- och ungdomsvården genom insatser för att främja kompetens och stabilitet samt kvalitetsutveckling inom området. Uppdraget är en förlängning av ett tidigare uppdrag som varade under 2018–2020.

Socialstyrelsen fick den 8 oktober 2020 i uppdrag att under 2021–2024 genomföra utvecklingsinsatser för att långsiktigt stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga i åldern 0–20 år ska få tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång. Socialstyrelsen tog 2019 fram ett vägledande stöd till huvudmän och verksamheter om ansvarsfördelningen vid samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa.

IVO fick den 26 november 2020 i uppdrag att under 2021–2022 förstärka tillsynen av socialtjänstens handläggning av ärenden som rör stöd och skydd till barn och unga. I uppdraget ingår att särskilt uppmärksamma socialnämndens arbete med att noga följa vården av de barn och unga som vårdas utanför sitt eget hem.

HVB

Socialstyrelsen reviderade 2016 sina tidigare föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende. Den nya författningen (HSLF-FS 2016:55) innehåller bl.a. skärpta kompetenskrav för personalen på HVB. Myndigheten har också utvecklat ett kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga. Kunskapsstödet beskriver hur personal på HVB kan arbeta med att tillgodose barnens behov av omsorg, trygghet, tillsyn och fostran. Kunskapsstödet vägleder också kring våldsförebyggande arbete på HVB.

Socialstyrelsen har tagit fram kompetensmål för personal på HVB för barn och unga. I målen anges de grundläggande kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som alla som arbetar på HVB behöver ha.

Familjehem

Av förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att myndigheten ska stödja familjehemsvården och bidra till kvalitetsutvecklingen på området. Socialstyrelsen fick den 11 juni 2020 i uppdrag att under perioden 2020–2022 genom kunskaphöjande insatser stödja kommunerna i utvecklingen av deras rekryteringsarbete av familjehem, bl.a. genom att tillgängliggöra anpassad information. Myndigheten har också genomfört insatser för att öka kunskaperna hos allmänheten om vad det innebär att vara familjehem, i syfte att öka intresset för ett sådant uppdrag.

Socialstyrelsen har vidare tagit fram stödmaterial i form av standardiserade bedömningsmetoder för att utreda familjehem och utbildningsmaterial för jour- och familjehem. I kunskapsstödet Barn i familjehem – umgänge med föräldrar och andra närstående ges socialtjänsten övergripande kunskap och praktisk vägledning i arbetet med familjehemsplacerade barns umgänge.

SiS särskilda ungdomshem

Socialstyrelsen har sedan 2019 uppdraget att samordna ett utvecklingsarbete om integrerad vårdform. Uppdraget drivs vid SiS som ett pilotprojekt med syfte att förbättra vården enligt LVU när det gäller unga med stora psykiatriska behov. Uppdraget ska slutredovisas

år 2025. SiS fick den 24 mars 2021 i uppdrag att ta fram en strategisk och långsiktig kompetensförsörjningsplan som ska säkerställa att rätt kompetens finns att tillgå i verksamheten. Den 9 april 2021 fick IVO i uppdrag att stärka tillsynen av SiS institutioner som vårdar unga flickor enligt LVU, bl.a. vad avser personalens befogenheter. Statskontoret fick den 8 mars 2021 i uppdrag att analysera förutsättningarna för SiS att bedriva vård av barn och unga enligt LVU. Särskilt fokus ska läggas på vården av flickor.

Behovet av att tillsätta en utredning om barn och unga i samhällets vård

Det är ett stort ansvar som samhället tar på sig när barn och unga placeras utanför sitt eget hem. Vården utanför det egna hemmet ska vara trygg och säker och av god kvalitet. Det innebär bl.a. att den ska svara mot barnets eller den unges specifika behov av stöd och hjälp. Det har under många år rapporterats om allvarliga brister i kvaliteten när barn och unga placeras utanför det egna hemmet. Bristerna, som närmare har beskrivits ovan, rör såväl socialnämndens handläggning och uppföljning som vården i boendena. Det kan även handla om brister i bemötande och kompetens. Våld och övergrepp är fortfarande vardag för många barn i den sociala barnavården. Brister i kvaliteten medför risker för att barns och ungas vårdbehov inte tillgodoses, vilket i sin tur kan leda till exempelvis ökad psykisk ohälsa eller få negativ påverkan på skolgången. Med hänsyn till de höga överrisker för kontakt med straffrättssystemet som finns för dem som växer upp i familjehem eller i HVB, är det centralt att vården håller god kvalitet och är så utformad att kriminellt beteende hos unga kan förebyggas och motverkas. Brister i kvaliteten kan också leda till att barns och ungas trygghet och säkerhet äventyras. Ytterst kan brister i kvaliteten leda till att barn tar sådan skada att de avlider.

Trots de initiativ som regeringen har tagit under senare år i form av t.ex. uppdrag till myndigheter för att säkerställa kvaliteten i vården, kvarstår många av bristerna. Det behövs därför en utredning som kan ta ett brett och samlat grepp om frågan om hur kvaliteten för barn och unga i samhällsvård ska kunna säkerställas. I fråga om SiS särskilda ungdomshem delas denna uppfattning av riksdagen som tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om vård av unga vid SiS särskilda ungdomshem (bet. 2020/21:SoU33, rskr. 2020/21:236). Av till-

kännagivandet följer att vårdkedjan för de placerade unga behöver tydliggöras och stärkas (bet. 2020/21:SoU33 s. 11). Se även regeringens skrivelse Vård av unga vid Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem (skr. 2020/21:215).

För att kvaliteten ska kunna garanteras behöver det finnas tillgång till övergripande kunskap om effekterna av samhällsvården. Sådan kunskap saknas till viss del i dag och det behöver utredas hur den kan öka.

Utgångspunkter för uppdraget

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) gäller sedan den 1 januari 2020 som svensk lag. Barnkonventionens fyra grundprinciper ska vara vägledande för hur helheten i barnkonventionen ska tolkas: barns lika värde och rätt att inte diskrimineras (artikel 2), barnets bästa (artikel 3), rätten till liv och utveckling (artikel 6) och rätten att komma till tals (artikel 12). Barnkonventionen ska vara en utgångspunkt för utredarens arbete.

Utredaren ska i uppdragets alla delar beakta barns och ungas erfarenheter. Med barn menas en person under 18 år (1 kap. 2 § SoL). Vad som avses med en ung person definieras inte i SoL. Av 3 § LVU framgår dock att vård får beredas den som fyllt 18 år men inte 20 år under de förutsättningar som anges i paragrafen. Det som bedöms vara till barnets bästa ska ligga till grund för bedömningen av de åtgärder som utredaren föreslår. Samma utgångspunkt ska i denna utredning gälla även för den unge.

Utredaren ska vidare beakta att barns och ungas förutsättningar och behov kan variera. Exempelvis kan förekomst av funktionsnedsättning, medicinsk diagnos eller liknande innebära behov av särskilda överväganden för att säkerställa kvaliteten i vårdkedjan. Ensamkommande barn och unga kan sakna nätverk och därför vara beroende av samhällets omsorg eller bära på trauman kopplade till flykten, vilket kan innebära en särskild utsatthet.

Om utredaren under arbetets gång bedömer att det för att fullgöra uppdraget finns behov av att ta upp andra frågor än de som anges i dessa direktiv, exempelvis vad gäller insatser som kan underlätta för barn och unga att bo kvar i det egna hemmet och därigenom förebygga placeringar utanför det egna hemmet, står det utredaren fritt att göra det. Detta gäller dock inte för de avgränsningar som anges i det följande.

Utredaren ska inte se över förutsättningarna för vård enligt 2 och 3 §§ LVU, SiS särskilda befogenheter enligt 15–20 c §§ LVU, rätten för vårdnadshavare och processbehöriga barn att begära att vården ska upphöra (s.k. hemtagningsbegäran) eller förutsättningarna för barn som följer med en vårdnadshavare till ett s.k. skyddat boende. Vidare ska utredaren inte se över förutsättningarna för den individbaserade socialtjänststatistiken.

Utredaren ska inte heller se över regelverket för anvisningar av ensamkommande barn, den statliga ersättningen för mottagandet av ensamkommande barn och unga, barnets ställföreträdare innan en särskilt förordnad vårdnadshavare har hunnit tillsättas eller ersättningen till en särskilt förordnad vårdnadshavare.

Utredaren ska slutligen inte heller lämna förslag som rör tillståndsprövningen hos IVO enligt 7 kap. SoL och 4 kap. SoF.

Uppdraget att lämna förslag på hur kvaliteten i vården av barn och unga som placeras utanför det egna hemmet kan säkerställas

För att kvaliteten i vården av barn och unga som placeras utanför det egna hemmet ska kunna säkerställas, krävs att vårdkedjan för barnet eller den unge fungerar.

Med vårdkedja avses här hela kedjan av insatser när ett barn eller en ung person placeras utanför det egna hemmet. Det handlar bl.a. om socialnämndens utredning, om valet av insats, om nämndens bedömning av om förutsättningarna i det tilltänkta hemmet svarar mot barnets eller den unges behov (s.k. matchning), om vården under placeringstiden, om uppföljning under och efter placeringstiden samt om insatser efter avslutad placering. Det handlar även om barnets eller den unges delaktighet och möjlighet att framföra sina åsikter. Vidare handlar det om samarbete mellan olika huvudmän för att säkerställa barnets eller den unges tillgång till hälso- och sjukvård inklusive hälsoundersökning, tandvård och skolgång. I detta sammanhang avses dock inte de moment som kan föregå en utredning, t.ex. orosanmälan, förhandsbedömning och skyddsbedömning.

För att kunna föreslå åtgärder som syftar till att säkerställa kvaliteten i vårdkedjan måste orsakerna till bristerna först kartläggas och analyseras.

Utredaren ska därför:

- kartlägga och analysera orsakerna till bristerna i vårdkedjan,
- utreda hur kvaliteten i vårdkedjan kan säkerställas, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Därutöver ska utredaren specifikt se över följande delar i vårdkedjan.

Handläggning

För att placeringen utanför det egna hemmet ska gagna barnet eller den unge måste förutsättningarna i det tilltänkta hemmet svara mot barnets eller den unges behov (s.k. matchning). Granskningar visar att matchningen ibland brister (se t.ex. Barns rätt till familjehemsvård av god kvalitet, IVO 2017 och Barnombudsmannens årsrapport 2019). En konsekvens av bristande matchning är att det kan uppstå plötsliga och oplanerade avbrott i placeringen (s.k. sammanbrott), med omplacering som följd. Varje ny placering ökar risken för skolavbrott, att barnets hälsa försämras och att tilliten till socialtjänsten och vuxenvärlden i stort försämras.

Utredaren ska därför:

- analysera hur socialnämndens bedömning av om förutsättningarna i det tilltänkta hemmet svarar mot barnets eller den unges behov kan förbättras och föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Regelbundna överväganden

Av 6 kap. 8 § första stycket SoL framgår att om ett barn vårdas med stöd av SoL i ett annat hem än det egna, ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas. Motsvarande bestämmelse finns i 13 § första stycket LVU vad gäller unga som beretts vård med stöd av 2 § LVU. Bestämmelserna om nämndens skyldighet att överväga vården innebär en skyldighet att regelbundet hålla sig underrättad och bedöma om vården fortfarande behövs. Det ligger inom nämndens

ansvar att se till att vården inte pågår längre än nödvändigt med hänsyn till omständigheterna. För att kunna göra denna bedömning är det viktigt att socialnämnden har insyn i vården och aktivt följer den, liksom att nämnden låter barn och unga komma till tals. Det är samtidigt viktigt att barnet eller den unge känner sig trygg och att placeringen blir så stabil och förutsägbar som möjligt. Mot denna bakgrund bör det utredas om det utifrån nuvarande lagstiftning finns behov av att förtydliga tidpunkten för när socialnämnden ska överväga om vården fortfarande behövs. Riksdagen delar denna uppfattning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om övervägande av vården (bet. 2020/21:SoU5 punkt 3, rskr. 2020/21:128). Enligt tillkännagivandet hindrar nuvarande lagstiftning inte att socialnämnden överväger vården oftare än var sjätte månad. Emellertid kan det finnas en risk att den pressade arbetssituation som socialtjänstens medarbetare många gånger befinner sig i medför att minimigränsen blir normerande. Det följer av tillkännagivandet att reglerna om övervägande av vården därför bör utvärderas. Om utvärderingen visar att det finns behov av att förtydliga lagstiftningen bör regeringen återkomma till riksdagen med förslag (bet. 2020/21:SoU5 s. 29).

Utredaren ska därför:

- analysera behovet av att förtydliga när socialnämnden ska överväga om vården fortfarande behövs enligt bestämmelserna i 6 kap. 8 § första stycket SoL och 13 § första stycket LVU och vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

Samverkan mellan olika aktörer

När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan (2 kap. 7 § SoL). En sådan samordnad individuell plan, s.k. SIP, ska enligt samma lagrum upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Det är inte ovanligt att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet har omfattande behov av insatser från hälso- och sjukvården, som inte alltid omhändertas. Exempelvis har unga som vistas på SiS särskilda ungdomshem och som har svår psykiatrisk problematik, samsjuklighet eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

svårt att få anpassad vård. SiS bedriver hälso- och sjukvård och hemmen ska ha tillgång till läkare som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri (3 kap. 6 § SoF). Det saknas dock en tydlig målbeskrivning för SiS uppgifter inom hälso- och sjukvården.

En fungerande skolgång är en av de viktigaste faktorerna för barnets eller den unges utveckling. Fullföljd skolgång är avgörande för barns och ungas framtidsutsikter. Misslyckanden i skolan innebär dessutom en ökad risk för brottslighet och kriminalitet. Samtidigt är det vanligt med avbrott i skolgången för placerade barn och unga. Metodstödet SAMS (Samverkan socialtjänst skola – Obruten skolgång för placerade barn), som tagits fram av Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Socialstyrelsen, syftar till att ge stöd för samverkan mellan skola och socialtjänst för att placerade barn och unga ska få kontinuitet i skolgången och en bättre skolförankring. Motsvarande stöd finns även för samverkan mellan skola och SiS (SiSam). Den kommunala arbetsmodellen Skolfam syftar till att främja skolprestationer hos familjehemsplacerade barn. Som beskrivits ovan har Socialstyrelsen ett pågående uppdrag för att långsiktigt stärka förutsättningarna för att barn och unga ska få tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång.

Det finns ett behov av att se över hur samverkan mellan berörda aktörer kan förbättras så att tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, och skolgång alltid tillförsäkras ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet. Det utvecklingsarbete som pågår inom ramen för regeringsuppdraget Tidiga och samordnade insatser (U2017/01236) och U2020/00363) kan bidra med goda exempel kring samverkan mellan socialtjänst, skola och elevhälsa. Uppdraget ska slutredovisas i juni 2023.

Utredaren ska därför:

- analysera om det krävs förtydliganden i SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag och ta ställning till om SiS bör ges möjlighet att initiera en SIP,
- analysera vad som behövs för att säkerställa placerade barns och ungas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård,

- analysera vad som krävs för att placerade barn och unga ska få en väl fungerande skolgång, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Kvaliteten i HVB och stödboende

Socialstyrelsen har på senare år reviderat föreskrifter och tagit fram kompetensmål och kunskapsstöd för personalen på HVB. Trots det förbättringsarbete som bedrivits förekommer det att barn och unga som vistas på HVB utsätts för våld, kränkningar och övergrepp av både personal och medboende. Likaså förekommer det att barn och unga utsätts för otillåtna begränsningsåtgärder. Barn och unga uppger även att de inte får tillräckligt med stöd av personalen för att klara av skolan och sköta hälsan. Personalens kompetens är en viktig förutsättning för vårdens kvalitet. Det bör därför analyseras om de krav på kompetens som uppställs enligt nuvarande lagstiftning motsvarar de behov som finns hos de barn och unga som vistas i HVB.

Av 3 kap. 11 § SoF följer att det vid inskrivningsbeslutet särskilt ska kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt (lämplighetsbedömning). De vanligaste bristerna vid HVB och stödboenden rör enligt IVO inskrivningsförfarande, lämplighetsbedömningar och genomförande och uppföljning av stöd, vård och behandling. Brister i inskrivningsförfarandet kan innebära en risk för att barn och unga skrivs in på boenden som inte uppfyller deras behov. Det kan i sin tur innebära ökad risk för sammanbrott och omplaceringar. Frågan om orsaker till bristerna och behov av åtgärder bör därför ses över. I fråga om SiS särskilda ungdomshem beslutar SiS om inskrivning vid hemmen (3 kap. 10 § SoF).

Enligt IVO är antalet lex Sarah-anmälningar i HVB och stödboende anmärkningsvärt lågt. Endast 0,5 procent av stödboendena och 8 procent av HVB har upprättat lex Sarah-anmälningar. Alla som bedriver vård och omsorg är skyldiga att genomföra ett systematiskt kvalitetsarbete (3 kap. 3 § SoL och SOSFS 2011:9). I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att bl.a. genomföra riskanalyser, utöva egenkontroll, ta emot synpunkter och klagomål på kvaliteten i verksamheten och fullgöra rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Att komma till-

rätta med brister som uppkommer i HVB eller stödboende förutsätter ett fungerande kvalitetsarbete hos verksamheterna.

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om vård av unga vid SiS särskilda ungdomshem (bet. 2020/21:SoU33, rskr. 2020/21:236). Enligt tillkännagivandet behöver personalens kompetens stärkas (bet. 2020/21:SoU33 s. 11). Se även regeringens skrivelse Vård av unga vid Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem (skr. 2020/21:215).

Det är viktigt att det finns HVB som har olika kompetensprofiler och utformning som svarar mot de varierade behov som finns hos barn och unga. För ungdomar som hamnat i kriminellt beteende ställer exempelvis risken för återfall i kriminalitet, avvikningar samt hot- och våldssituationer särskilda krav på insatserna. När det gäller ungdomar med koppling till gängkriminalitet kan det vara nödvändigt att skilja dem åt från ungdomar som placerats där av andra skäl, för att inte riskera negativ påverkan på sistnämnda grupp. Det finns därför anledning för utredaren att se över om det behövs åtgärder för att säkerställa behovet av HVB med differentierade inriktningar i sin verksamhet.

Utredaren ska därför:

- analysera vilka åtgärder som behövs för att säkerställa att personalen som arbetar på HVB har rätt kompetens i förhållande till målgruppen,
- klargöra vad som krävs för att säkerställa att det görs en ändamålsenlig bedömning av lämpligheten vid inskrivning i ett HVB eller stödboende, inklusive vid inskrivning på SiS särskilda ungdomshem,
- analysera behovet av HVB med differentierat behandlingsinnehåll, t.ex. med avseende på ungdomar med kriminellt beteende, funktionsnedsättning eller allvarlig psykiatrisk problematik,
- undersöka vilka åtgärder som behövs för att säkerställa att alla, flickor som pojkar, liksom hbtqi-personer, upplever trygghet och får tillgång till stöd efter behov,
- klargöra om det behövs åtgärder för att stärka uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete i HVB och stödboende, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Barnets eller den unges delaktighet och möjlighet att framföra sina åsikter

Barn har i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet och barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (se även 11 kap. 10 § SoL och 36 § LVU). Socialnämndens bedömning av barnets bästa förutsätter att socialnämnden har tillgodosett barnets rätt till information, att komma till tals och att vara delaktig. Trots det tillgodoser socialtjänsten inte alltid barnets rätt att komma till tals i utredningar som berör dem. Det behöver därför ses över hur barns och ungas delaktighet i utredningar kan säkerställas.

Barns och ungas egna upplevelser och erfarenheter av vården är en central kvalitetsmarkör och en viktig informationskälla. Barns och ungas synpunkter behöver kunna lämnas på ett enkelt sätt och följas upp i varje enskilt fall så att kvaliteten i vården kan säkerställas. Barns och ungas synpunkter och klagomål behöver också omhändertas i socialnämndens och verksamhetens systematiska kvalitetsarbete, t.ex. vid utvärdering av om verksamheten har uppnått målet att verka för barnets bästa.

IVO ska enligt 3 kap. 20 § SoF ta fram information som riktar sig till barn och unga som stadigvarande vistas i familjehem, HVB, SiS särskilda ungdomshem eller stödboenden och till deras vårdnadshavare. Myndigheten driver en barn- och ungdomsplan för information till och kommunikation med barn och unga om deras rättigheter och synpunkter på insatser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Socialstyrelsen har tagit fram webbplatsen ”koll på soc” med information till barn och unga om socialtjänsten.

Trots de kanaler som har tagits fram i syfte att underlätta för placerade barn och unga att vara delaktiga och framföra åsikter, påpekar flera barnrättsorganisationer att barn och unga inte alltid upplever att de har möjlighet att föra fram klagomål på vården. I betänkandet Barnkonventionen och svensk rätt (SOU 2020:63) konstateras även att bestämmelserna om barnets bästa och barnets rätt att uttrycka sin åsikt och få den beaktad inte fått fullt genomslag i praktiken inom vissa rättsområden. Det finns därför anledning att se över om det behövs åtgärder som underlättar för placerade barn att klaga på vården. Vad gäller SiS särskilda ungdomshem delar riksdagen denna inställning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om

vård av unga vid SiS särskilda ungdomshem (bet. 2020/21:SoU33, rskr. 2020/21:236). Av tillkännagivandet följer att rätten för unga att bli hörda måste stärkas och möjligheten att anmäla eventuella missförhållanden underlättas och följas upp (bet. 2020/21:SoU33 s. 11). Se även regeringens skrivelse *Vård av unga vid Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem* (skr. 2020/21:215).

Utredaren ska därför:

- analysera vad som krävs för att säkerställa att barn och unga kommer till tals i utredningar som berör dem,
- undersöka om det behövs åtgärder för att barn och unga lättare ska kunna framföra klagomål på vårdens innehåll,
- analysera hur barns och ungas synpunkter löpande ska tillvaratas i socialnämndens och SiS systematiska kvalitetsarbete, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Stödet till barn och unga sedan vård utanför det egna hemmet upphört

Socialnämnden ska i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört (5 kap. 1 § 10 SoL). För vissa barn och unga kan situationen vara särskilt sårbar efter det att en placering upphört. Det kan inte uteslutas att bristande insatser efter avslutad placering kan leda till att barnet eller den unge behöver placeras på nytt. Behoven av insatser till barn och unga som varit placerade kan vara mycket skiftande. Det gäller exempelvis ensamkommande barn och unga som saknar nätverk eller unga som inte gått klart gymnasiet och därför kan ha extra svårt att etablera sig i vuxenlivet. För barn som är på väg att fylla 18 år eller för unga vuxna som går i gymnasieskolan eller nyss avslutat sina gymnasiestudier kan det efter en avslutad placering finnas stora behov av insatser för att stödja dem inför vuxenlivet. Det kan också finnas behov av starkare stöd till vårdnadshavare, både före, under och efter placeringen. Ett starkt föräldraskap ökar bl.a. förutsättningarna för att barnet eller den unge ska kunna tillgodogöra sig vården.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har gjort en systematisk översikt av metoden Independent Living Services (ILS) som är ett frivilligt stöd i USA för ungdomar i åldrarna 14–21 år

som ska flytta från social dygnsvård. Insatsen innebär bl.a. att en mentor eller ”case manager” anpassar olika former av stöd till ungdomens behov, t.ex. vad gäller boende, utbildning, arbete, fysisk och psykisk hälsa samt sociala relationer. SBU:s översikt finner vissa belegg för att insatserna kan vara till hjälp (Stöd till unga som ska flytta från placering i social dygnsvård, SBU, 2020).

Sverige saknar nationell statistik som visar hur många ungdomar i social dygnsvård som får hjälp till ett självständigt liv efteråt. I en enkät som SBU gjorde inom ramen för ett annat projekt år 2016, då 81 av 101 tillfrågade kommuner svarade, angav sex kommuner att de hade någon form av sådant stöd. Mycket talar därför för att stödet till barn och unga efter avslutad placering utanför det egna hemmet behöver tydliggöras och stärkas. Riksdagen är av samma uppfattning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om uppföljning och stöd efter en placering utanför hemmet (bet. 2020/21:SoU19 punkt 13, rskr. 2020/21:187). Enligt tillkännagivandet behövs det bl.a. i SoL införas bestämmelser som gör det tydligt vilket stöd ett barn eller en ungdom bör ha efter att vården har avslutats (bet. 2020/21: SoU19 s. 30).

Utredaren ska därför:

- analysera hur stödet till barn, unga och vårdnadshavare kan stärkas efter det att en placering utanför det egna hemmet upphört,
- ta ställning till hur innehållet i stödet till barn och unga kan utformas för att tillgodose barns och ungas behov,
- ta ställning till hur unga kan ges praktiskt stöd och förmedlas vardagliga kunskaper i övergången till ett självständigt liv efter avslutad placering, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Uppdraget att analysera familjehemmens förutsättningar att ge god vård och föreslå hur tillgången till fler lämpliga familjehem kan öka

Familjehem är den vanligaste placeringsformen (2020 placerades 19 400 barn och unga i familjehem). Ett familjehem kan antingen vara ett hem i barnets nätverk, ett s.k. nätverkshem, hos t.ex. släktingar eller vänner, eller ett hem där familjehemsföräldrarna inte har någon

tidigare relation till barnet eller barnets familj. Placeringar i nätverks-hem verkar vara något vanligare bland ensamkommande barn, framför allt när det gäller flickor, än övriga placerade barn. Dessa placeringar sker ibland i familjer som inte själva är etablerade i samhället ännu. Det kan för barnet innebära en rad risker, t.ex. för isolering, trångboddhet, sämre förutsättningar för etablering i samhället, sämre skolresultat, utnyttjande eller utsatthet för hedersrelaterat våld och förtryck (Slutrapport från kunskapscentrum för ensamkommande barn, Socialstyrelsen 2021 och Ensamkommande barn i nätverkshem, Rädda barnen 2019).

Socialnämnden får inte lämna medgivande till eller fatta beslut om vård utan att förhållandena i det enskilda hemmet och förutsättningarna för vård i hemmet är utredda av socialnämnd (se 6 kap. 6 § andra stycket SoL). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende finns bestämmelser om utredningar av familjehem.

En avgörande faktor för vårdens kvalitet är att familjehemmet är lämpligt för barnet eller den unge. I dag råder det dock brist på familjehem, vilket försvårar socialnämndens arbete med att matcha barnet eller den unge med familjehemmet, vilket ytterst kan leda till sammanbrott i vården. Enligt en studie avseende yngre barn och långvarigt placerade barn slutade en fjärdedel av familjehemsplaceringarna i sammanbrott (Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn, Socialstyrelsen 2012). Bristen på familjehem kan också leda till att vistelsen i jourhem blir längre än vad som är avsikten med denna placeringsform.

Det behöver därför undersökas vilka möjliga vägar som finns för att tillskapa fler lämpliga familjehem, liksom vilket stöd som familjehemsföräldrarna kan behöva under placeringstiden för att de ska kunna tillgodose barnets eller den unges behov på ett hållbart sätt och sammanbrott förhindras. Även barnrättsorganisationen Maskrosbarn har i en skrivelse till regeringen (S2021/05028-1) framfört att det behövs förbättringsåtgärder. Också ersättningsnivåerna till familjehemmen, som inte är nationellt fastställda, kan påverka tillgången till lämpliga hem. Det väcker frågan om huruvida ersättningen behöver regleras eller hanteras annorlunda än i dag, bl.a. i relation till olika socialförsäkringsförmåner.

Också riksdagen ser ett behov av en översyn av familjehemmens uppdrag och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om omplacering av barn (bet. 2020/21:SoU19 punkt 8, rskr. 2020/21:187). Av tillkännagivandet följer att regeringen bör se till att en översyn görs när det gäller familjehemmens uppdrag och hur sammanbrott som resulterar i omplacering av barn kan undvikas (bet. 2020/21:SoU19 s. 29).

De flesta kommuner använder i dag privata verksamheter med konsulentstöd för att rekrytera familjehem. Sådana verksamheter kan t.ex. tillhandahålla utbildning till familjehemmet samt ge råd och stöd som familjehemmet behöver i sitt uppdrag. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:2) om konsulentverksamheter som innehåller bestämmelser om bl.a. personalens kompetens och om stöd och handledning. Myndigheten har också tagit fram ett stöd till kommuner när de anlitar privata verksamheter med konsulentstöd som beskriver ansvars- och rollfördelning mellan socialnämnden och konsulentverksamheten. Trots det förekommer det att uppgifter utförs inom ramen för konsulentverksamheter på ett sätt som inte är förenligt med lagstiftningen, vilket kan äventyra vården för familjehemsplacerade barn och unga.

Bestämmelsen i 6 kap. 1 § SoL om att socialnämnden ska sörja för att den som behöver bo i ett annat hem än det egna tas emot t.ex. i ett familjehem är tillämplig oavsett ålder på den som har detta behov, dvs. bestämmelsen är tillämplig även för vuxna. Någon skyldighet att, oavsett behov, erbjuda en ung person som fyllt 18 år men inte 21 år fortsatt placering i familjehem om den unge studerar på gymnasiet finns inte. Vårdnadshavare har, om barnet fortfarande går i skolan vid 18 års ålder, försörjningsplikt under den tid skolgången pågår, dock längst till dess att barnet eller den unge fyller 21 år. Det är viktigt att unga som fortfarande går i skolan har en trygg situation. Riksdagen delar denna inställning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om förlängd familjehemsplacering (bet. 2020/21:SoU19 punkt 15, rskr. 2020/21:187). Av tillkännagivandet följer att regeringen bör se över frågan om en skyldighet för socialnämnden att fortsätta att erbjuda en familjehemsplacering för barn mellan 18 och 21 år som fortfarande går i gymnasiet (bet. 2020/21:SoU19 s. 30).

Utredaren ska därför:

- analysera hur fler lämpliga familjehem kan tillskapas,
- analysera hur stödet till familjehem under placeringstiden kan stärkas,
- klarlägga om ersättningsnivån till familjehem påverkar tillgången till lämpliga hem och se över ersättningssystemet, bl.a. i förhållande till olika socialförsäkringsförmåner,
- klarlägga om ansvarsfördelningen mellan socialnämnden och privata verksamheter med konsulentstöd behöver tydliggöras,
- ta ställning till om socialnämnden ska vara skyldig att fortsatt erbjuda familjehemsplacering till den som har fyllt 18 men inte 21 år och som går i skolan,
- i övrigt analysera hur förutsättningarna för familjehem att ge god vård kan förbättras, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Familjehemsregister och licensiering

IVO fick den 11 mars 2021 i uppdrag att upprätta och tillgängliggöra ett nationellt register över HVB och stödboenden för barn och unga samt SiS särskilda ungdomshem. Syftet med uppdraget är att stärka kommunernas kännedom om en viss verksamhet före placering, för att exempelvis undvika att barn och unga placeras i en miljö som är olämplig. Ett upprättande av ett nationellt register över familjehemmen och jourhemmen skulle kunna fylla en motsvarande funktion. Med en bättre kunskap om varje familjehem inför ett barns eller en ung persons placering kan dessutom matchningen underlättas och sammanbrott förebyggas. Samtidigt behöver det beaktas hur ett sådant register förhåller sig till den personliga integriteten hos familjerna och viljan att bli familjehem eller jourhem. Riksdagen delar denna bedömning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om ett nationellt register över familjehem (bet. 2020/21:SoU19 punkt 18, rskr. 2020/21:187). Enligt tillkännagivandet bör ett nationellt register över familjehem införas (bet. 2020/21:SoU19 s. 30).

Ett sätt att kvalitetssäkra familjehem och jourhem kan vara att införa en licensiering av hemmet. För licensiering skulle det exempelvis kunna ställas krav på utbildning, fortbildning och kontinuerlig utvärdering. Riksdagen är av samma uppfattning och har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om licensiering av familjehem och jourhem (bet. 2020/21:SoU19 punkt 19, rskr. 2020/21:187). Enligt tillkännagivandet bör det införas en licensiering av familjehem och jourhem (bet. 2020/21:SoU19 s. 30).

Utredaren ska därför:

- analysera behovet av och förutsättningarna för att upprätta och tillgängliggöra ett nationellt register över familjehem och jourhem med hänsyn tagen till olika aspekter, särskilt integritetsskyddet för enskilda,
- beskriva hur ett sådant register kan användas,
- analysera behovet av och förutsättningarna för ett införande av licensiering av familjehem och jourhem, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga.

Uppdraget att analysera och föreslå hur kunskapen om kvaliteten i vården kan öka lokalt och nationellt

Det saknas i dag kunskap på samhällsnivå om huruvida vård utanför det egna hemmet faktiskt leder till förbättringar i barns och ungas liv. Likaså saknas det kunskap om en rad grundläggande faktorer om placerade barn och unga, exempelvis hur många placeringar som leder till sammanbrott och orsaker till dessa, skolresultat och tillgången till hälso- och sjukvård och tandvård. Vidare saknas en samlad bild av vården ur barns och ungas perspektiv. Sådant kunskap är nödvändig för att på övergripande nivå kunna utvärdera och utveckla vårdens kvalitet.

Socialstyrelsen har i flera skrivelser och rapporter till regeringen pekat på behovet av att i kunskapshöjande syfte utveckla den individbaserade officiella statistik för barn och unga som Socialstyrelsen årligen sammanställer, se betänkandet Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47). I nu nämnda betänkande finns det förslag på en lag om socialtjänstdataregister som för närvarande bereds inom Regeringskansliet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som konstaterar att det saknas grundläggande uppgifter för en ändamålsenlig uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga, rekommenderar regeringen att ta initiativ till en nationell struktur för uppföljning som inkluderar viktiga områden för att belysa vårdens kvalitet. En viktig utgångspunkt för en sådan struktur är enligt myndigheten att identifiera kvalitetsmarkörer som barn och unga tycker är relevanta (Rapport 2018:9). Behovet av en särskild struktur för nationell uppföljning uppmärksammas också i betänkandet Barns och ungas rätt vid tvångsvård – Förslag till ny LVU (SOU 2015:71).

Det är centralt att kunskapen om kvaliteten i vården av placerade barn ökar. Det behöver därför undersökas om det är möjligt att skapa en nationell struktur för uppföljning av kvaliteten, t.ex. i linje med vad Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rekommenderade i sin rapport.

Systematisk uppföljning på lokal nivå är grundläggande för att vården av placerade barn och unga ska kunna följas nationellt. Flera myndigheter identifierar dock brister i kommunernas systematiska kvalitetsarbete inom detta område (IVO:s slutrapport 2020 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018). Förutsättningarna för systematisk uppföljning lokalt behöver utvecklas för att vården ska kunna kvalitets-säkras, utvecklas och förbättras. I det sammanhanget är det viktigt att kommunerna får tillräcklig återkoppling på de brister som IVO ser vid sin tillsyn så att kommunerna kan inleda ett förbättringsarbete. Även kravställningen vid avtal med HVB utgör ett angeläget uppföljningsområde för att säkra kvaliteten i den vård som ges.

Utredaren ska därför:

- analysera hur det kan tillskapas en nationell struktur för uppföljning av kvaliteten i vården av barn och unga som placerats utanför det egna hemmet som inkluderar kvalitetsaspekter som barn och unga tycker är relevanta,
- analysera hur det systematiska kvalitetsarbetet i kommunerna kan stärkas, och
- föreslå de åtgärder eller författningsändringar som bedöms lämpliga, dock inte åtgärder eller författningsändringar som rör den individbaserade statistiken.

Konsekvensbeskrivningar

Om något av förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska, utöver dess konsekvenser, också de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas. Vid framtagandet av konsekvensbeskrivningen enligt kommittéförordningen (1998:1474) ska utredaren beskriva och, när det är möjligt, kvantifiera de samhällsekonomiska effekterna av de förslagen. De offentligfinansiella effekterna av utredarens förslag ska beräknas. Om förslagen innebär offentligfinansiella kostnader ska förslag till finansiering lämnas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som pågår inom myndigheter, bl.a. Socialstyrelsens uppdrag att genomföra kunskapshöjande insatser inom familjehemsvården (S2020/05272). Utredaren ska också följa och beakta relevanta utredningar, exempelvis översynen av reglerna i föräldrabalken (dir. 2021:70), särskilt vad gäller hur stödet till vårdnadshavarna och barnet kan förbättras efter en vårdnadsöverflyttning. Utredaren ska vidare följa och förhålla sig till relevant lagstiftningsarbete inom Regeringskansliet, bl.a. i fråga om promemorian Barnets bästa när vård enligt LVU upphör (Ds 2021:7) och betänkandet Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47).

Utredaren ska inhämta synpunkter från Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Barnombudsmannen, Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten, länsstyrelserna och andra berörda statliga och kommunala myndigheter samt Sveriges Kommuner och Regioner, Rädda barnen, Unicef, Stiftelsen Allmänna Barnhuset och andra relevanta organisationer. Arbetet bör ske i dialog med dessa och andra berörda aktörer på regional och lokal nivå.

Utredaren ska vidare inhämta synpunkter från barn och unga med erfarenheter av att vara placerade utanför det egna hemmet.

Utredaren ska också ta del av sådana erfarenheter från andra länder som bedöms relevanta vad gäller barn och unga som placeras utanför det egna hemmet.

Uppdraget ska redovisas senast den 10 april 2023.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2023:13

Tilläggsdirektiv till Utredningen om barn och unga i samhällets vård (S 2021:06)

Beslut vid regeringssammanträde den 26 januari 2023

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 7 oktober 2021 kommittédirektiv om Barn och unga i samhällets vård (dir. 2021:84). Uppdraget skulle enligt direktiven redovisas senast den 10 april 2023.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 oktober 2023.

(Socialdepartementet)

Barn och unga i samhällets vård (dir. 2021:84) arbete med användardriven policyutveckling



Den här rapporten är skriven av Kalle Pettersson och Karin Petrusson på Samhällsnytta AB/Experio Lab och är ett resultat av ett arbete som genomfördes under perioden april-december 2022 tillsammans med den statliga utredningen *Barn och unga i samhällets vård* (dir. 2021:84).

Även om rapporttexten är två personers verk hade den inte varit möjlig för oss att skriva om det inte hade varit för alla de barn, ungdomar och vuxna som modigt delat med sig av sina berättelser, perspektiv och funderingar från en uppväxt där delar av den, eller ibland hela, skett i samhällets vård. Den hade inte heller varit möjlig att skriva utan det stora engagemanget från alla runt om dessa barn såsom biologiska föräldrar, vårdnadshavare, barnrättsorganisationer samt alla de som arbetar med barn och unga i kommuner, regioner, privat sektor och i civilsamhället.

Sist men inte minst hade den inte varit möjlig att skriva utan den nyfikenhet som den statliga utredaren och dennes sekretariat visat kring nya sätt att ta sig an komplexa samhällsutmaningar. Att med design som verktyg på djupet försöka förstå behov och önskningar hos de som tar del av samhällets insatser leder många gånger till nya insikter som riskerar gå tvärs emot etablerade förhållningssätt. Det kräver en hel del mod. Det kräver också en hel del mod att bjuda in olika professioner till workshops för att försöka förstå vari de samhälleliga hindren ligger för att kunna uppfylla dessa uttryckta behov och önskningar. Samtidigt är kanske just barn och unga i samhällets vård en synnerligen bra samhällsutmaning att applicera design på då ingen som arbetar med dessa barn och ungdomar har något annat för ögonen än att göra det så bra som möjligt för dessa individer. Med en sådan inställning är man beredd att ifrågasätta i stort sett allt man tidigare lärt för att lyckas med detta viktiga uppdrag.

Innehåll

Användardrivna tjänster och tjänstedesign	4
Användardriven policyutveckling	5
Samarbetet med utredningen Barn och unga i samhällets vård	7
Steg 1	8
Analys av djupintervjuer och workshops med barn och unga	10
Goda och nära relationer	11
Meningsfull vård	14
Trygghet och sammanhang	17
Steg 2	20
Analys av workshops med yttersta professionen	21
Goda och nära relationer	21
Meningsfull vård	23
Trygghet och sammanhang	26
Steg 3	28
Se över en tidigare genomförd policy med ett systemperspektiv som material för lärande kopplat till nuvarande förslag	29
Bilagor	32

Användardrivna tjänster och tjänstedesign

På nationell, regional och lokal nivå pågår ett arbete med omställningen till en hälso- och sjukvård och socialtjänst som tillhandahålls sömlöst och med utgångspunkt i individens individuella behov ökat och där individens hela livssituation beaktas. Det innebär bland annat ett förhållningssätt för en mer personcentrerad hälsovård, sjukvård och socialtjänst där samarbetet mellan myndigheter, regioner, kommuner, civilsamhälle och näringsliv är centralt. Det innebär också mer invånardelaktighet, mer relationsskapande gentemot invånaren och större fokus på kontinuitet.

Samtidigt visar flera undersökningar att just delaktighet för invånaren och tillgänglighet, kontinuitet samt samordning är stora utmaningar för det svenska vård- och omsorgssystemet. Snarare tenderar traditionella utvecklingsmetoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst brista, både vad gäller förmåga att fokusera på individens behov och att skapa sömlösa tjänster där ovan nämnda aktörer samarbetar med varandra. Nya typer av verktyg för utveckling och förnyelse är därför viktiga.

Det krävs även nya arbets- och förhållningssätt för att kunna samskapa hållbara lösningar i gränlandet mellan samhällssektorer. Detta gäller i synnerhet den ökade förekomsten av komplexa utmaningar i samhället. Komplexa samhällsutmaningar kan vara svåra att beskriva på grund av att de har olika orsaker beroende varifrån och av vem de betraktas. De präglas av att flera aktörer måste samverka för att nå lösningar och av att det behövs flera olika relevanta lösningar som kan möta utmaningen. Exempel på komplexa utmaningar kan exempelvis vara den ökande psykiska ohälsan bland unga eller omhändertagande av multisjuka äldre eller barn och unga i samhällets vård.

Behovet av att närma sig dessa komplexa samhällsutmaningar på nya sätt har fångats upp av flertalet aktörer. Till exempel har forskare knutna till Tillitsdelegationen föreslagit en ny utvecklingsmiljö inom det statliga kommittéväsendet där bland annat designkompetens skulle användas för att samla olika aktörer och tillsammans lösa sektorsövergripande utmaningar. Liknande typer av experimenterande miljöer finns i många andra länder exempelvis UK Policy Lab i Storbritannien och Le 27e Region i Frankrike.

Det är i den här kontexten vi vill placera det samarbete som skett mellan Samhällsnytta AB/Experio Lab och den statliga utredningen *Barn och unga i samhällets vård*. Det är ett sätt att ta hjälp av tjänstedesign och systemisk design för att på ett strukturerat sätt fånga in, analysera och ta i beaktande det värdeskapande barn och unga upplever, eller kanske framför allt inte upplever, när de befinner sig i samhällets vård. Genom att tidigt under utredningens gång lyssna in barn och ungdomar och ha dessa röster med sig under hela utredningsarbetet minskar risken att hamna i organisatoriska logiker och lösningar. För barnens egna ord, barnens egna röster, barnens egna berättelser är det svårt att bortse ifrån när man en gång hört dem.

Användardriven policyutveckling

Samhällsnytta utvecklar ett nytt arbetssätt för att jobba med statliga utredningar, och framtagning av ny policy. Ambitionen är att förbättra eller ta fram ny policy tillsammans med hela samhällssystemet och där de som blir påverkade av policyn, det vill säga invånaren, finns i centrum. Det handlar dels om att utgå från invånarnas erfarenheter, behov och resurser. Det handlar också om att förstå förutsättningarna för de medarbetare som finns närmast invånaren och de lokala kontext de verkar i. Och det handlar också om organisering, styrning och ledning i kommuner, regioner, myndigheter, civilsamhälle och näringsliv. För när det handlar om att hitta lösningar på policynivå till komplexa samhällsutmaningar gäller det att förstå helheten ur samtliga aktörers perspektiv med tydligt fokus på invånarens värdeskapande, alltså det som är viktigt och värdefullt för invånaren.

Nedan ses en övergripande modell med de steg som vanligtvis ingår när Samhällsnytta arbetar med användardriven policyutveckling i statliga utredningar.



Policy Design

Det finns flera argument för policyutveckling som dels utgår från användarnas behov och resurser, dels är samskapande med många aktörer i systemet. Det handlar bland annat om att involvera användare, som äldre personer och deras anhöriga, barn som finns i samhällets vård eller de som både är psykiskt sjuka och samtidigt har ett beroende, som en aktiv del i arbetets olika faser. Genom att lyssna på deras erfarenheter av att möta offentlig sektor, civilsamhälle och näringsliv kan olika typer av problembeskrivningar och möjligheter identifieras, som ofta skiljer sig från de som dessa organisationer själva upplever.

Ett annat argument för en samskapande policyprocess är behovet av ett systemperspektiv/systemiskt perspektiv. Genom att samla flera aktörer som finns runt målgruppen, är det möjligt att dels förstå samverkan mellan olika delar av systemet bättre, dels få insikter kring lösningar som kan bidra till att hela systemet runt invånaren förbättras. När det gäller komplexa samhällsutmaningar är det ofta problematiskt att bara fokusera på enskilda delar av en utmaning, eller enskilda aktörers roller och uppdrag. Man behöver i stället ha fokus på samspelet mellan dessa och mellanrummen mellan olika aktörer.

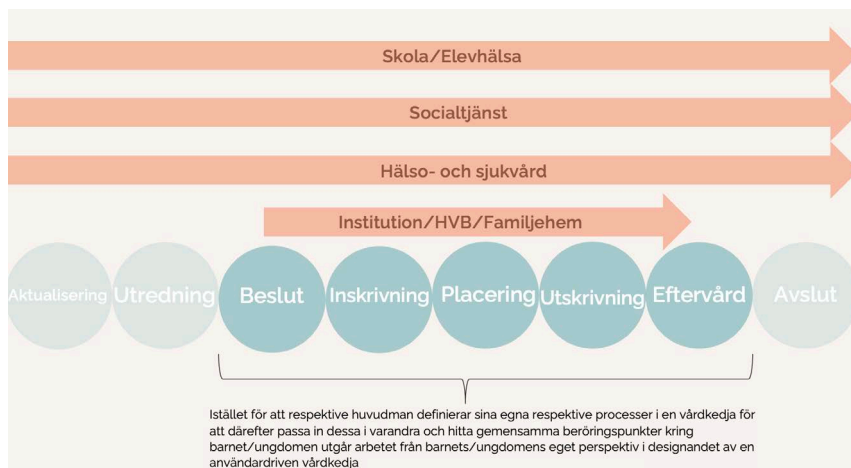
Ett tredje argument handlar om vikten av att förstå den lokala och regionala kontexten som de nya policyförslagen kommer att påverka. Och att i ett tidigt skede försöka förstå vilka konsekvenser förslagen skulle få i individens vardag och för organisationernas styrning och ledning. Genom att låta medarbetare, chefer, kvalitetsfunktioner, ekonomer och controllers från kommuner och regioner och myndighetsföreträdare diskutera tidiga utkast på förslag är det möjligt att få in information om hur förslagen behöver konkretiseras eller justeras för att verkligen bidra till värde för både målgruppen och samtidigt vara genomförbara i verksamheterna.

Principer för policydesign

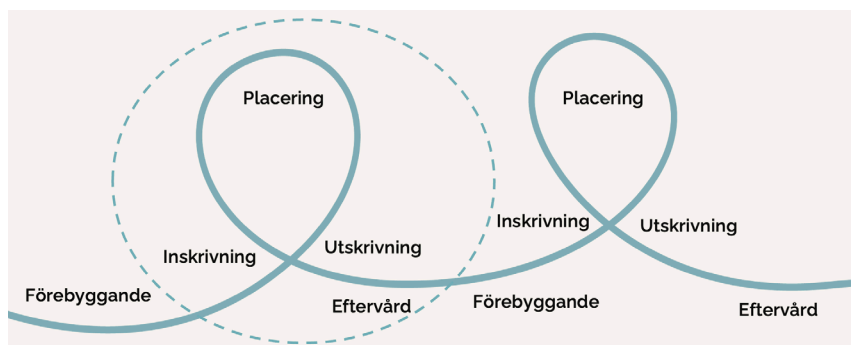
- *Delaktighet:* Involvera användarna som en aktiv del i arbetets olika faser och utgå från deras behov och resurser.
- *Systemperspektiv/systemiskt perspektiv:* Utgå från ett helhetsperspektiv, samla och involvera de aktörer och den situation som användaren finns i.
- *Testa:* Eftersom vi provar nya arbetssätt i komplexa samhällssystem behöver vi testa de förslag vi arbetar med för att förstå hur de nya förslagen kommer att påverka de som är berörda, och om det ger det resultat som önskas.
- *Gemensam reflektion och lärande:* För att vi ska förstå vad som händer när vi provar nya saker behöver vi individuellt och gemensamt reflektera runt resultaten, våra tillvägagångssätt och dokumentera detta lärande.

Samarbetet med utredningen Barn och unga i samhällets vård

Som en del av den statliga utredningen *Barn och unga i samhällets vård* (dir. 2021:84) anlätades Experio Lab/Samhällsnytta AB för att koppla ett användardrivet perspektiv till utredningens policyprocess. Tanken var att skapa en vårdkedja kring externa placeringar som utgick från ett personcentrerat perspektiv snarare än en organisatorisk logik.



Som ett komplement till den traditionella policyprocessen som normalt följer en statlig utredning ville utredningen även använda sig av open policy och policy prototyping för att låta barn och unga, och även deras föräldrar, vara de som definierar värdeskapande i samband med externa placeringar i familjehem eller på HVB-/LVU-hem. Genom att tidigt under utredningens gång definiera vad som är viktigt och värdeskapande ur barnet och den ungers perspektiv är det lättare styra bort från organisatoriska problembilder. (Detta definieras som open policy och utgörs av steg 1 i modellen nedan och beskrivs mer utförligt längre ner i texten.)



Bilden ovan visar på två saker. Dels att placeringsprocessen (inskrivning, placering, utskrivning, eftervård) behöver ses i ett vidare perspektiv där barnet blir placerad om och om igen och upplever processen om och om igen. Bilden visar också på att även om arbetet primärt handlar om den faktiska placeringsprocessen har de förebyggande insatserna, eller brist på sådana, varit en stor del av vad barn och ungdomar valt att lyfta fram i sina berättelser.

De insikter som kunde identifieras i kontakt med barn och unga validerades och vidareutvecklades därefter med medarbetare från de professioner i systemet som arbetar direkt med placerade barn och unga. Det vill säga socialsekreterare, behandlingsassistenter, pedagoger, läkare, sjuksköterskor, psykologer, poliser, tandläkare med flera. (Detta är också en del av open policy processen och utgörs av steg 2 i modellen nedan och beskrivs mer utförligt längre ner i texten.)

Det tredje och sista delen, så kallad policy prototyping, innebär att ett par av utredningens förslag testas med chefer och verksamhetsledare i det välfärdssystem som finns runt barn och unga i samhällets vård i form av socialtjänst, skola, SiS, privata HVB, sjukvård med flera. Genom att i workshops spela ut förslagen ger det en möjlighet för utredningen att i ett tidigt stadie förstå vilka konsekvenser, önskade och oönskade, som de olika förslagen kan komma att få för de olika organisationerna och i slutändan påverka barnet och den unge. (Detta utgörs av steg 3 i modellen nedan och beskrivs mer utförligt längre ner i texten.)

Steg 1



Rekrutering av respondenter

Det första steget handlade om att skapa en djupare förståelse för hur barn och unga upplever att det är att befinna sig i samhällets vård. Vad upplever barn och unga som viktigt och värdeskapande under en extern placering? Vad finns det för tankar kring hur det borde fungera om de själva fick önska. Det var dessa frågor vi ville skapa en förståelse för och bygga vårt insiktsmaterial kring.

För att komma i kontakt med barn och ungdomar som varit eller är externt placerade inleddes ett samarbete med de fyra barnrättsorganisationerna Attention, Barnrättsbyrån, Knas hemma och Maskrosbarn. Dessa organisationer var till stor hjälp under hela processen. Dels genom att sätta oss i kontakt med barn och ungdomar att intervjua och hålla workshops med, men också genom att finnas med i analysmöten där vi tillsammans kunde verifiera de insikter vi fått från barnen och ungdomarna utifrån det stora antal barn och ungdomar dessa organisationer löpande har kontakt med. Utöver dessa fyra organisationer kom vi även i kontakt med föräldrar till placerade barn genom organisationen PUFF (Placerade ungdomars föräldraförening) samt genom egna kontakter.

Sammanlagt träffade vi 18 ungdomar i åldrarna 13 – 23 år där majoriteten utgjordes av flickor/kvinnor. Samtliga hade själva varit externt placerade på familjehem, SiS-/HVB-institution eller stödboende och flera av dem hade varit placerade i samtliga dessa former. Några var placerade när träffarna skedde emedan andra varit det tidigare i livet.

Vi träffade även två föräldrar till barn som var externt placerade när intervjuerna genomfördes. En av dessa hade själv varit familjehemsplacerad som barn. Slutligen intervjuade vi även en person som själv är familjehem åt ett placerat barn.

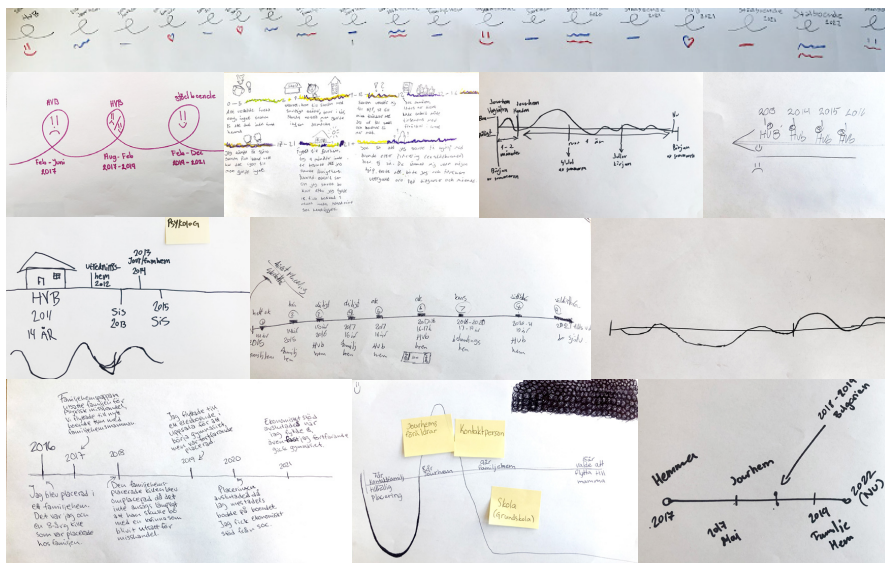
Djupintervjuer och workshops

Under insiktsarbetet genomfördes nio djupintervjuer samt två workshops med totalt tio deltagare. Samtliga dessa med barn, ungdomar och unga vuxna som var eller hade varit externt placerade. Utöver det genomfördes djupintervjuer med de två föräldrar vars barn var placerade samt med en familjehemsförälder.

Både vid djupintervjuer och workshops utgick vi från samma frågebatteri som tagits fram tillsammans med barnrättsorganisationerna och som täckte in frågeområdena den faktiska placeringen, hälsa, skola samt delaktighet. (Frågebatteriet i sin helhet finns med som bilaga 1 i slutet av rapporten.)

Djupintervjuerna genomfördes i form av semi-strukturerade intervjuer där frågeunderlaget delgivits respondenterna i förväg utan något krav på att ha läst igenom det. Samtliga intervjuer genomfördes i barnrättsorganisationernas egna lokaler tillsammans med en eller flera representanter från organisationen. Detta för att skapa en så trygg atmosfär som möjligt för barnet/den unge då organisationsföreträdarna i samtliga fall hade en sedan tidigare upparbetad relation med den som intervjuades. Med vid intervjuerna fanns även medarbetare från Samhällsnytta samt från utredningen.

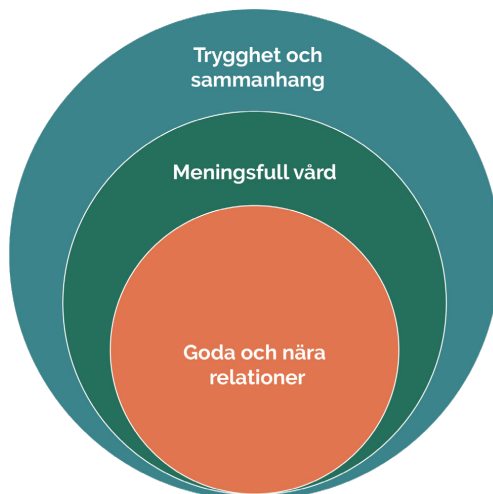
De workshops som genomfördes hade mer kreativa inslag där fokus lades på att barnen/ungdomarna, förutom att berätta om sina externa placeringar, också skulle försöka visualisera dem med hjälp av papper, pennor och symboler.



Tidslinje/känslokurvor för barn och ungas olika placeringarA

Analys av djupintervjuer och workshops med barn och unga

Allt det material som blev resultatet av intervjuer och workshops samlades på en digital yta för analys, där gemensamma teman och mönster tydligt utkristalliserade sig kring vad som upplevdes som viktigt och värdeskapande för externt placerade barn och unga.



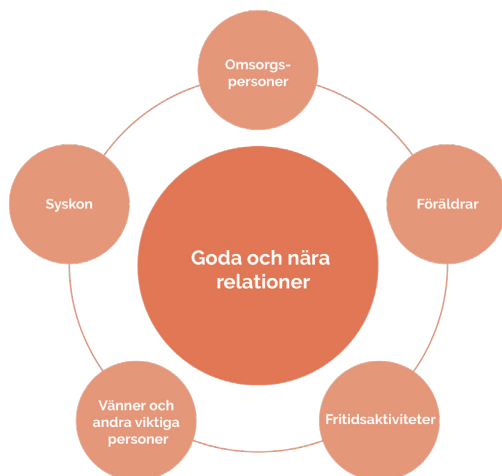
Barn och unga som blir placerade har ofta haft en uppväxt präglad av utsatthet. När ett omhändertagande sker från samhällets sida görs det för att situationen ska bli bättre. Varje individs upplevelse är unik, men det som barn och unga har berättat för oss handlar om många gemensamma erfarenheter av samhällsvården.

Vi har valt att samla erfarenheterna i områden som vi tolkar som viktiga för barnen och de unga – och där det tyvärr ofta finns brister. Utifrån det insamlade materialet har vi kunnat identifiera tre delar som vi upplever är viktiga ur barn och ungas perspektiv för en god samhällsvård. Dessa tre delar är:

- **Goda och nära relationer**
- **Meningsfull vård**
- **Trygghet och sammanhang**

Varje område byggs upp av fem underliggande teman där det även finns kopplade citat från barn och unga för att ge en djupare bild av respektive tema.

Goda och nära relationer



När en placering sker omkullkastas det barnen är vana vid och som tidigare varit deras vardag, oberoende om det varit en trygg och välfungerande vardag eller inte. De barn och unga vi träffat har haft en stor mängd olika människor omkring sig under sin uppväxt. Samtidigt saknar de ofta stabila, nära relationer med personer de kan lita på och anförtro sig till. Många upplever också att de slits mellan lojalitet och krav från föräldrar, familjehemsföräldrar, syskon, socialtjänst, skola släktingar med flera.

Barn behöver kunna utveckla och behålla goda och nära relationer både med de som de bor tillsammans med, men även med sin biologiska familj. Både under och efter placeringen.

De underliggande teman vi kunde identifiera kopplat till goda och nära relationer är:

- **Föräldrar**
- **Syskon**
- **Vänner och andra viktiga personer**
- **Fritidsaktiviteter**
- **Omsorgspersoner**

Föräldrar

Samtliga barn och unga vi träffade pratade mycket om sina biologiska föräldrar och om den fungerande, eller icke-fungerande, relation de hade med dessa. De flesta av dem uttryckte en önskan om en tätare relation med de biologiska föräldrarna även i de fall där de själva var övertygade om att deras placering utanför hemmet var bra för dem. Här handlade det ofta om en ötkad kontakt för deras egen skull vilket kan exemplifieras med följande två citat:

"Den enda viktiga personen i mitt liv och som jag pratar med om allt är mamma."

*"Ja, att jag skulle kunna få typ hälsa på min pappa och kanske få biljett eller något sänt där, en tågbiljett, så att jag kan få göra det någon helg."*A

Syskon

Syskon var också något samtliga barn och unga vi träffade pratade om. Många gånger har tryggheten hos utsatta barn funnits hos syskonen där man hjälpt till att ta hand om och stötta varandra. Vid en extern placering tycks det hända förhållandevis ofta att syskon placeras i olika familjehem eller på olika institutioner eller att bedömningen är att bara ett av syskonen behöver omhändertas. I dessa fall tycks oerhört mycket kraft och energi för barnen och ungdomarna gå åt till att försöka säkerställa att även ens syskon har det bra på den plats de befinner sig. Detta i sin tur kan innebära att de själva inte riktigt kan fokusera på att hitta rätt i den nya vardag de hamnar i.

"Om inte mina syskon har det bra blir det aldrig bra."A

"De [mina syskon] är små och jag är inte så involverade i deras liv. Hade önskat merA kontakt, tycker om dem jättemycket, hade velat vara en del av deras liv, men min och min mammas relation funkar inte."

"När jag blev placerad som åttaåring på grund av att min mammas oförmåga att ta hand om mig och att min styvpappa misshandlade mig blev min lillasyster inte placerad. Jag fick driva hennes sak som åttaåring fast ingen lyssnade på mig förrän hon kom till förskolan en dag med blåmärken på hela kroppen."A

Det är givetvis svårt att veta om exempelvis placeringar i olika familjehem eller på olika institutioner handlar om bedömningar av barnens individuella behov eller om det är ett resultat av svårigheten att hitta familjehem som har möjlighet att ta emot flera barn samtidigt eller institutioner med tillräckligt brett åldersspann. I vilket fall som helst tycks det viktigt ur barnens perspektiv att det tas tydligare hänsyn till syskonrelationen vid externa placeringar.

Vänner och andra viktiga personer

Vid en extern placering är tanken att man ska flyttas från en skadlig miljö som ofta utgörs av att ens föräldrar av olika anledningar inte har förmåga att ta hand om en. Externa placeringar innebär oftast en placering utanför den ort man tidigare bott på eller i en annan del av staden om det rör sig om en större stad. Detta beror oftast på svårigheten att hitta familjehem eller institutioner i närområdet. Detta innebär samtidigt att viktiga nätverk för de placerade barnen och ungdomarna försvinner. Dels vänner de har i förskola, skola och föreningar, dels grannar, vänners föräldrar, föreningsledare med flera. Att bli bortkopplad från dessa viktiga personer upplevs som en tydlig negativ effekt för barn och unga i samhällets vård.

"Mitt livA är egentligen fortfarande i staden där jag växte upp, alla jag kände bodde fortfarande där."

Omsorgspersoner

De personer som är satta att värna om barn och unga i samhällets vård är viktiga personer. När utsatta barn och unga blir ihopkopplade med nya personer som ska värna om ens omsorg innebär det högt ställda förväntningar på dessa personer. En socialarbetare har inte råd att inte vara närvarande. Ett familjehem har inte råd att inte visa kärlek. En psykolog har inte råd att misslyckas med att skapa en relation. Samhället i stort har inte råd att svika dessa barn och unga när samhället är satt att vårda dem.

Men många av barnens och ungdomarnas berättelser handlar många gånger om hur de inte upplever att det blir bättre i familjehemmet då upplevelsen är att det mer handlar om en intäkt än om något annat. Och på institutioner upplever man sig emellanåt mer utsatt för olika former av övergrepp än vad man var tidigare.

*"Jag önskar att alla familjehem gör det av kärlek och inte av pengar"*A

*"Familjehemmen är inte som en familj, det finns ingen kärlek"*A

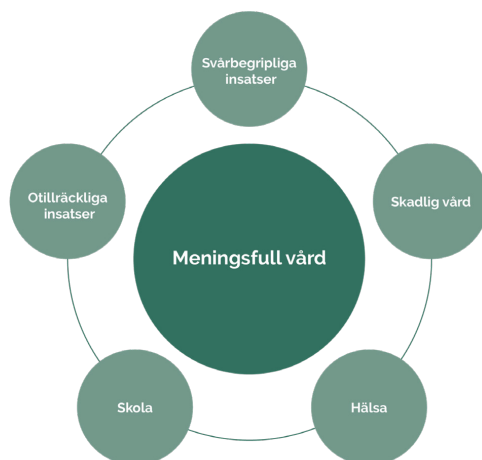
Fritidsaktiviteter

Förutom skola, vänner och andra viktiga personer tycks fritidsaktiviteter vara den kanske viktigaste delen av barn och ungas liv. Det kan handla om allt från idrott och kultur till politik och gaming. Trots det tycks just fritidsaktiviteter och intressen vara förvänsvärt frånvarande vid externa placeringar. Få av de barn och unga vi träffade hade fortsatt utöva sina fritidsaktiviteter vid en placering. Det tycks sällan varit någon som intresserat sig för vad barnen och ungdomarna hade för fritidsintressen och försökt aktivera dem i nya föreningar och nätverk med likasinnade. Detta kombinerat med den osäkerhet barnen och ungdomarna lever i vid en extern placering med nytt boende, ny familj, ny skola etcetera. Att då samtidigt ta sig in i en förening som nykomling där man kommer behöva ge en rimlig förklaring till var man kommer från och varför man hamnat på den nya platsen. Och som nykomling inte heller veta hur man står sig jämfört med övriga avseende kompetensnivå och vilken rang man kommer att få. Finns det då ingen där som stöttar barnet och ungdomen till att ge sig iväg till träningen/övningen/mötet är det lätt att ligga kvar i soffan istället för att göra det där som kanske känns svårt och obehagligt men som är meningsfullt i förlängningen.

Och när det handlar om digitala forum såsom gaming, sociala medier etcetera tycks det som att det ofta är just skärmtid som begränsas när det kommer till externa placeringar. Säkerligen i många fall på goda grunder men oftast utan kunskap om vad barnet eller den unge egentligen använder nätet till. Den som har byggt upp sina intressen kring olika former av skärminteraktion får sällan möjlighet att utöva dessa intressen i samma omfattning som tidigare.

*"När jag bodde hemma spelade jag fotboll, bandy och gick på pistolskytte. När jag blev placerad slutade jag med allt för jag vet inte var man gör det och ingen har frågat vad jag vill göra."*A

Meningsfull vård



De barn vi har pratat med förstår sällan varför de har blivit placerade där de blivit. De upplever inte heller att de har varit delaktiga i beslut kring eller planeringen av sin vård. Många tycker inte att de får hjälp med sin ursprungsproblematik, det vill säga de trauman de har utsatts för i uppväxten, utan att behandlingsinsatser främst fokuserar på deras eget beteende här och nu.

Många har varit utsatta för olika sorters våld antingen innan placeringen, under placeringen eller både och. De upplever dessutom sällan att vuxna faktiskt bryr sig om dem.

Vården behöver vara både begriplig, tillräcklig och inte skadlig för att vara meningsfull.

De underliggande teman vi kunde identifiera kopplat till goda och nära relationer är:

- Svårbegripliga insatser
- Skadlig vård
- Hälsa
- Skola
- Otillräckliga insatser

Svårbegripliga insatser

Det som framkommer när i samtal och workshopar med barn och unga är att det är oklart för dem varför de får just de insatser de får. Ofta upplever de att placeringen och behandlingen är kopplad till deras eget beteende eller mående här och nu, men där de själva är av uppfattningen att deras beteende eller mående är en effekt av tidigare trauman eller av att ha växt upp i dysfunktionella familjer.

*"Okej då vi hjälper dig då, fast det är ju på grund av att du mår dåligt, och inte på grund av dina föräldrar, så det var typ min skuld fortfarande att jag blev placerad."*A

Detta kan även ge sig uttryck i en känsla för barnen att den faktiska placeringen är det primära och målet i sig. Det är svårt för dem att förstå för hur någon kan veta att en placering är det bästa när de inte känner att personen försökt ta reda på hur man mår eller vad man gör.

*"Min soc är inte helt införstådd på hur mitt mående är, hon tänker bara på placeringar"*A

*"Fick reda på att jag skulle bli placerad när jag var på väg till min mormor innan sommarlov. Flyttade dagen efter - fick inte reda på någonting."*A

Detta verkar ofta kunna kopplas till relationer och kommunikation på olika plan.

*"Jag förstod inte varför jag var där [SiS], trodde att det berodde på bråket på Maria Ungdom"*A

Skadlig vård

Vidare upplever många barn och unga att externa placeringar många gånger är kontraproduktiva. Vissa berättelser får en att tänka på historier man fått till sig genom ären, sanna eller osanna, om att det är på fängelset man lär sig att bli kriminell på riktigt och skaffar sig kontakter i den undre världen. För många berättelser handlar om de facto skadlig vård på institutioner och familjehem där det kan handla om att bli utsatt för psykiskt och fysiskt våld av både personal och andra barn/ungdomar. Det handlar även om institutioner där droger är frekvent förekommande och där man kunde fortsätta sitt missbruk eller skaffa sig ett. Det finns även berättelser om prostitution på institutioner där man känner sig pressad att bli en del av denna kultur. För det är inte lätt att som ung inte göra allt som man kan för att smälta in och bli en del av gemenskapen när man ensam hamnar i ett helt nytt sammanhang.

"Andra på boendet sålde sex och uppmanade mig att göra det - ibland komA polisen"

Vidare finns det många historier om olika former av bestraffningar om man inte uppför sig som förväntat. Det handlar om allt från isolering till olika former av teckenekonomi. Oberoende om de bestraffande inslagen var motiverade handlade berättelserna om den orättvisa och godtycklighet man upplevde att bestraffningarna innebar vilket i sig snarare försämrade motivationen till annorlunda beteende framgent.

*"Jag var i vård i ensamhet i sju veckor, det var ett straff ingen lösning"*A

Skola

När det kommer till utsatta barn och unga finns det en samhällsinstitution som är den starkaste friskfaktorn och det är skolan. Lever man i en dysfunktionell familj kan skolan många gånger vara en av få trygga och säkra miljöer där man tillbringar en stor del av sin vakna tid. Det är även här man naturligt träffar sina vänner och det är här man har mest frekvent och naturlig kontakt med trygga vuxna som man skapar relationer till.

De flesta berättelser vi fått höra av barn och unga är dessvärre berättelser där de lyfts ur dessa många gånger fungerande miljöer i samband med en placering på annan ort eller i en annan del av staden. Över en natt förlorar de då en trygg punkt i tillvaron, en

trygg punkt som det tar tid att återskapa i den nya skolan där man inte känner någon, där pedagogerna inte känner en och där man hela tiden förväntas förklara varför man dykt upp mer eller mindre över en natt.

Men det finns även berättelser om barn och unga som kunnat gå kvar i den gamla skolan även under den externa placeringen vilket alltid upplevs som mycket positivt.

"När jag blev placerad fick jag byta skola till en friskola utan strukturer. Med min ADHD funkade det inte för mig utan jag behövde fasta rutiner som i den gamla skolan. Jag sa detA gång på gång till mitt familjehem men jag fick inte byta.A

"Skolan harAarit en trygg punkt, fick gå kvar i samma skola under placeringar. En del kontakt med kuratorer men klarat mest själv."

Utöver det finns det berättelser kring placerade barn och unga där skolan förväntas spela en sekundär roll även om barnen och ungdomarna önskar något annat.

"HVB erbjöd tre ämnen, hur ska detta gå, jag behöver alla ämnen. Väldigt lustigt, jag varA tydliggen en hemmasittare men fick inte gå i skolan."A

Otillräckliga insatser

Det finns många berättelser från barn och unga om en önskan om mer massiva insatser under den externa placeringen. Det kan handla om allt från att det saknas plats i familjehem eller på institutioner vilket lett till fördröjd insats eller till flera olika placeringsformer i väntan på att rätt placering ska bli ledig. Men det handlar också om de faktiska behandlingsinsatserna under den faktiska placeringen.

Upplevelsen är många gånger att det inte är de egna behoven som styr behandlingsinsatsen utan snarare att man får den sorts behandling institutionen erbjuder. Förhoppningsvis finns det en bakomliggande matchning från socialtjänstens sida så att barn och ungdomar med specifika behov hamnar på just de institutionerna eller i just de familjehemmen där efterfrågad behandling ges. Men med tanke på svårigheten att hitta plats i både familjehem och på institutioner (framför allt SiS) är det kanske inte säkert att det är så det ligger till.

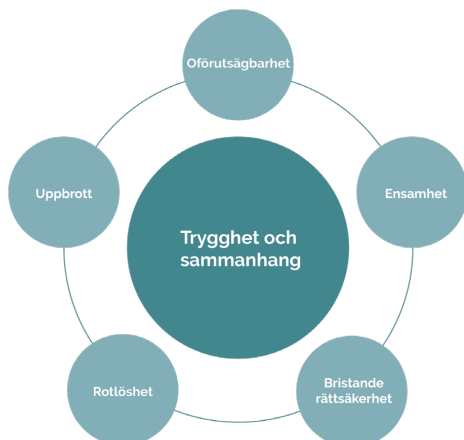
"När jag skulle åka till SiS fanns det ingen plats när jag kom så jag fick sitta i häktet i 2 dagar."A

"Fanns inget stöd i den behandling man fick där så ibland ville man dela det man varit medA om till någon annan, men SiS ville inte att vi pratade med de andra ungdomarna."

Det handlar även om andra former av insatser såsom allmänt stöd där det finns flera berättelser där saker och ting händer i barnen och ungdomarnas liv som ingen, utifrån barnens och ungdomarnas perspektiv, tycks agera på. Det kan handla om allt från saker som föräldrar eller syskon råkar ut för men även de själva. Samhällets vård tycks inte vara förmöget att fånga upp oväntade saker som händer i barn och ungdomars liv och som inte har med den faktiska placeringen att göra.

"Det borde vara självklart att någon fångar upp en. Att man några dagar efter sin mammasA död letar efter myndigheter som kan hjälpa"A

Trygghet och sammanhang



De flesta barn och unga vi har träffats lyfter en upplevelse av ensamhet, oförutsägbarhet och rotlöshet. De vet inte hur länge de ska bo där de bor eller vad som ska hända sen, vilket gör det svårt att rota sig någonstans. Deras uppväxt är ofta präglad av en mängd uppbrott. Uppbrott från familj, vänner, skolor, samhällsfunktioner med mera. De upplever sällan att de har någonting att säga till om angående sitt eget liv eller sina rättigheter.

Barn i samhällsvård har behov av en mycket större känsla av trygghet och sammanhang än de får idag.

De underliggande teman vi kunde identifiera kopplat till goda och nära relationer är:

- **Oförutsägbarhet**
- **Ensamhet**
- **Bristande rättsäkerhet**
- **Rotlöshet**
- **Uppbrott**

Oförutsägbarhet

Att vara i samhällets vård tycks, utifrån barn och ungas berättelser, vara ekvivalent med att leva i en total oförutsägbarhet. Oförutsägbarhet kring var man ska bo, hur länge man ska bo där, vart man ska härnäst, vad man behöver göra för att få komma hem eller komma vidare i livet. Det tycks vara svårt att planera sitt liv när man inte ens vet var det livet kommer att utspela sig.

*"Jag vet inte vad som händer inom en månad, störikt jag vill kunna planera."*A

*"Varje gång jag flyttar frågar hur länge jag ska stanna får jag alltid och får svaret, det beror på dig."*A

*"Det var det som var jobbigaste, hade jag liksom vetat från början. Ja, men nu kommer du bo här åtminstone typ 6 månader. Då hade jag kunnat vara okej, men då kan jag i alla fall slappna av i några månader i stället för att liksom om du kan vara i två veckor är Åi snälla."*A

Jag har blivit erbjuden ett sommarjobb till sommaren. Det är bara två veckor kvar tills skolan slutar men jag vet fortfarande inte vart jag kommer bo efter det så jag tror inte jag kan tacka ja till jobbet."A

Ensamhet

Att leva i utsatthet som barn i en dysfunktionell familj innebär ofta att en känsla av ensamhet infinner sig. Ofta är de sociala nätverken med släkt och vänner svaga. Vid en extern placering där barnet och den unge många gånger hamnar i nya sammanhang med fler vuxna runt sig i form av familjehemsföräldrar eller behandlingspersonal och även med fler barn och unga runt om sig i familjehemmet eller på institutionen tenderar känslan av ensamhet inte minska utan tvärtom öka. Det handlar med andra ord inte om antalet personer som finns runt omkring barnet och den unge utan känslan av sammanhang, känslan av att höra ihop med någon, känslan av att ha agens över sitt eget liv.

"Har du slutat skolan? Då är du stor nog att klara dig själv liksom. Och visst alltså, jag har gjort det sen jag var typ 8, alltså det är ju inte att jag inte kan klara mig själv, men det kändes ju inte helt bra heller."A

"En 9-åring ska inte behöva känna sig ensamast i världen, vi syskon hade behövt vara tillsammans"

"Jag gjorde allt för att någon skulle lyssna"A

"För jag hatar när folk pratar över huvudet på mig, vilket alla i socialtjänsten jämt gör, man är liksom typ den som får reda på informationen i tredje eller till och med fjärde hand oftast vilket är jättedåligt."

Bristande rättssäkerhet

I de berättelser vi hört från barn och unga finns det en övervägande del där de lärt sig systemet utan och innan och hur de bäst manövrerar i det. De har en tydlig bild av vad de behöver säga till vem för att utfallet ska bli som de önskar sig. De har även en klar bild av vilka det är meningslöst att överhuvudtaget öppna upp sig för eftersom de ändå inte kan påverka situationen. Det i sig kan ge en känsla av bristande rättssäkerhet för hela samhällssystemet om det sociala skydds nätet kräver att du lär dig manövrera i systemet för att få den hjälp och stöd du har rätt till. Än mer när det handlar om barn och unga.

Att lita på att samhället tar hand om en som barn där man själv helt och hållet kan fokusera på att just vara barn verkar inte existera för de barn och ungdomar vi träffat. Det handlar snarare om att se om sitt hus och hela tiden hitta personer eller instanser som kan hjälpa en att hitta fram i den djungel av samhällsaktörer som alla är satta att värna om dig men där det ofta kan vara svårt att se skogen för alla träden.

"Gjorde en IVO anmälan - ägaren [till HVB] blev arg på mig. Var lite självklart att det var A jag som hade gjort anmälan."

Rotlöshet

Att flytta från sin biologiska familj till ett familjehem eller institution för en kortare eller längre period beskrivs av barnen och ungdomarna som att vara rotlös. När det sedan sker flera flyttar på grund av omplaceringar eller hemtagningsförsök byggs denna känsla på ytterligare. Efter ett par flyttar, kombinerat med den oförutsägbarheten beskriven ovan, berättar barnen och de unga att det inte känns lönt att packa upp och göra sig hemmastadd eftersom man förmodligen snart kommer få packa och flytta igen. Och för varje flytt som sker försvinner saker och minnen av barndomen blir färre och färre.

"Man packar aldrig upp 100%."

Rotlösheten kan även ta sig uttryck i hur det är att bo någonstans där man inte riktigt känner sig bekväm eller att man fullt ut tillhör det nya sammanhanget. Det kan både ha att med de människor som finns runt omkring en men det kan även ha att göra med hur man haft det tidigare i sin uppväxt. Regler är oftare lättare att sätta ord på än normer som är mer eller mindre outtalade. De normer som gällt där barnen och ungdomarna bott tidigare tar de med sig in i det nya sammanhanget och följer även om dessa normer inte gäller på den nya platsen.

"Jag öppnar inte kylskåpet i familjehemmet utan att fråga."A

Uppbrott

Ständiga uppbrott är ytterligare något som alla de barn och unga vi träffat ger uttryck för. Och det handlar om alla former av uppbrott. Uppbrott från sina föräldrar, från sina syskon, från släkt och vänner, från skola, från fritidsaktiviteter men även ständiga uppbrott från omsorgspersoner såsom socialsekreterare, kuratorer, pedagoger, behandlingsassistenter, psykologer, läkare skolsköterskor med flera.

Det finns här två olika former av uppbrott där den ena formen handlar om uppbrott på grund av placering eller omplacering på annan ort. Då byts i stort sett alla runt omkring barnet och den unge ut möjligtvis med undantag för socialsekreteraren. Den andra formen av uppbrott är mer kopplat till de offentliga organisationernas inre liv där uppbrotten kan handla om omsorgspersoner som slutar eller byter tjänst, att barnet eller den unge går över från en del av organisationen till en annan beroende på exempelvis ålder eller diagnos men också på grund av omorganisering eller andra organisationsin-ternas orsaker.

Barnen och ungdomarna ser ingen skillnad på orsakerna till dessa ständiga uppbrott utan upplever dem som lika negativa oberoende av orsak. Att bli externt placerad där det som tidigare varit ens vardag omkullkastas, oberoende om barnet och den unge ser placeringen som bra och nödvändig, innebär i de flesta fall att samtliga personer från de offentliga organisationerna tas ifrån dig. Att systemet är designat så att när en person faller bort kommer en ny ta över stafettspinnen fungerar ur systemets perspektiv men inte ur barns och ungas perspektiv. Det blir en förlust av en redan etablerad relation där en ny måste byggas upp med en annan person. Att bli utsatt för båda dessa typer av uppbrott, och inte så sällan flera gånger, gör att barnen och ungdomarna upplever rotlöshet, oförutsägbarhet och ensamhet.

"De bytte socialsekreterare för mig varje vecka. Har haft 30 olika. Vet inte varför de bytte så många gånger. Blev släng runt som en trasdocka som ingen ville ta hand om."

"Varje gång jag skulle flytta bröt jag kontakten med alla"A

"Flyttat 8 gånger och bytt skola 5 gånger, jag orkar inte träffa nya människor"A

"Var 30 personer jag skulle prata med under två år. Hade det varit samma person hade jag kunnat prata. Det handlar om tillit, en 15 åring kommer inte lita på 30 nya personer."A

Steg 2



När modellen med insikter från barn och unga i samhällets vård var framtagen och validerad i referensgruppen med barnrättsorganisationer var det dags för steg 2 i policy design processen. Det var dags att vidareutveckla dessa insikter med den yttersta professionen från de offentliga aktörerna som finns runt ett placerat barn eller en placerad ungdom. Detta gjordes genom tre workshops i tre olika delar av landet. Workshop hölls med både hälso- och sjukvårdssystemet och omsorgssystemet i Skåne, i Värmland och i Boråsregionen.

Med vid samtliga dessa workshops var medarbetare från socialtjänst, skola, elevhälsa, privata HVB, barn- och ungdomspsykiatri samt representanter från barnrättsorganisationer. I Malmö och Karlstad var även medarbetare från SiS med och i Malmö medverkade även polisen, tandvården och kulturförvaltningen. I Borås saknades visserligen SiS men i stället fanns medarbetare från habiliteringen med.

Upplägget för dessa tre workshops var liknande och det handlade om att dels validera och dels bygga vidare på den modell som beskrivits ovan kring barnens perspektiv av externa placeringar. Målet var att komplettera med kunskaper och erfarenheter utifrån ett organisatoriskt perspektiv från medarbetare i hälso-, sjukvårds- och omsorgssystemet som arbetar närmast de placerade barnen och ungdomarna.



Analys av workshops med yttersta professionen

Övergripande kan sägas att modellen landade väl hos samtliga professioner. Alla kände igen de områden som tagits fram och kunde själva berätta om egna upplevelser där barn och unga gav uttryck för och gissningsvis kunde uppleva det som modellen beskriver.

Nedan följer de kompletteringar som tillkom i samband med dessa tre workshops.

Goda och nära relationer

Föräldrar

Utifrån professionens perspektiv utkristalliserades två delar rörande föräldrar som kan ses som en organisatorisk översättning av barnets röster. Dels handlade det om att i samhället stärka barnets röst och barnets perspektiv i förhållande till de vuxnas perspektiv.

*"Stärk barnrätten i förhållande till föräldrarätten, idag lyssnar man mindre på barnen än på föräldrarna."*A

Vidare handlade professionens kompletterande perspektiv om att ta det utlovade helhetsgreppet kring de barn som blir en del av samhällets ansvar och då handlar det inte bara om barnet utan också om allt runt omkring barnet som många gånger kan vara orsaken till att placeringen sker.

För i samhällets ansvar att ta hand om barnet måste det också ingå att jobba aktivt med föräldrarna så att en eventuell framtida hemtagning ska innebära att barnet får det trygga och stabila hem som alla barn har rätt till. Men ur ett organisatoriskt perspektiv är fokus till största delen på barnet varför föräldrarna faller bort ur samhällets synfält.

*"Hur jobbar Ai med uppdraget att arbeta hem barnen till föräldrarna. Det sker oftast ingenting med föräldrar."*A

Syskon

Vad gäller relationen med syskon och möjligheten att fortsätta bo tillsammans med dessa kunde den yttersta professionen hålla med om vikten av detta. Men man såg samtidigt svårigheter och begränsningar i det befintliga systemet. Dels svårigheten att rekrytera familjehem som var beredda att ta emot flera syskon, dels begränsningar, och svårigheter, med att ha flera syskon boende på samma institution. Både utifrån dynamiken på själva institutionen men även utifrån institutionernas åldersindelningar.

*"Stor brist på uppdragstagare. Hur rekryterar man ett familjehem till fem syskon? Ibland får syskon bo långt från varandra geografiskt. Ha tid med att jobba så att barnen får behålla sitt nätverk. Syskon ibland viktigare än föräldrarna."*A

Berättelserna från professionen ger även en bild av att när det handlar om institutionsvård handlar det inte primärt om att återskapa ett tryggt hem utan mer om institutionalisering där syskonskap och familjeband inte riktigt passar in.

Vidare lyftes svårigheten att tänka på och arbeta med syskonrelationer när det handlar om små barn som inte har ett utvecklat språk.

*"Jag arbetar med yngre barn och deras föräldrar i MHV och BHV. Relationen till syskon och halvsyskon glöms bort när barnen är små och inte har utvecklat ett eget språk."*A

Vänner och andra viktiga personer

Det fanns även en enighet om vikten av att behålla, bygga vidare på och utveckla relationer med vänner och andra viktiga personer som inte är en del av det faktiska omsorgssystemet. Som beskrivet ovan kan det handla om allt från andra barn och unga i skola och föreningsliv men även föreningsledare, vänners föräldrar samt släkt och utökad familj. Professionen bekräftade att denna grupp inte togs i beaktande tillräckligt mycket bland annat beroende på att det fanns så många intressenter runt barnen och de unga även utan dessa grupper som gjorde all form av planering och koordinering till en stor utmaning.

"När man omplacerar barn bygger man inte vidare på tidigare relationer."A

"Barnet behöver behålla kontakten med tidigare relationer för en långsammare övergång till sitt nya liv."

Men det höjdes även röster inom professionen att det kan finnas en baksida kring vänner och andra viktiga personer där det till exempel kan handla om destruktiva vänskaps- eller släktband, som också är viktiga att ta i beaktande.

"Viktigt att arbeta med de relationer som inte fungerar också, inte bara goda och nära relationer."

Fritidsaktiviteter

När det handlar om fritidsaktiviteter var professionen av den uppfattningen att dessa var viktiga för barns och ungas välmående. Det barnen och ungdomarna fokuserade mycket på, det vill säga möjligheten att inte behöva byta lag, klubb, förening var dock inget som professionen upplevde att de kunde påverka. Det gavs inte heller uttryck för att försöka hitta det där speciella intresset som just det här barnet eller just den här ungdomen brinner eller har brunnit för tidigare. Upplevelsen från professionen är mer att det många gånger handlar om aktiviteter för aktivitetens skull där det mer handlar om att bjuda på ett smörgåsbord av aktiviteter för exempelvis en institution så att ingen får allt men alla får något.

Vidare lyfts de faktiska hinder som kan uppstå när framför allt kriminella och personer med olika former av självskadebeteende ska inorporeras i olika former av fritidsaktiviteter. Men med tanke på att det är en mindre andel av de extern placerade barnen och ungdomarna som har omfattande problem inom dessa områden kan det finnas risk att det stora flertalet faktiskt missar möjligheten att utöva sina olika aktiviteter på grund av detta hänsynstagande.

"Vi jobbar mycket med att få in förslag på aktiviteter i strukturen. Men de kriminella utsluts ofta för att de inte sköter sig."A

"Omfattande vårdplaner och ständigt arbete med akuta frågor kring självskador och annat tar all tid och kraft. Vi måste också få utrymme att låta ungdomarna prova olika aktiviteter och känna sig delaktiga i livet utanför boendet."A

Slutligen är också bilden, när just fritidsaktiviteter diskuteras inom de olika professionerna, att alla tycker det är viktigt men ingen upplever att det är deras ansvar att skapa meningsfulla aktiviteter för varje barn och ungdom. Men inte heller att det skulle vara någon annans ansvar. Frågan är då vem det är som säkerställer och värnar om denna viktiga del i barns och ungdomars liv?

Omsorgspersoner

Vad gäller omsorgspersoner var det många inom professionen som själva kunde berätta om erfarenheter de haft kring barn som, på grund av många omplaceringar kombinerat med många byten av socialsekreterare, inte hade en enda person i sin närhet som kände till deras historia. När socialsekreteraren försvinner och man samtidigt byter skola och vårdgivare, kan det som står skrivet i ens journal vara det enda spår som finns kvar av en persons förflutna. Men detta dokument är inte till för att berätta en persons historia utan till för att dokumentera viktig information för de offentliga organisationernas räkning.

"Barnets rättighet att hålla kvar relationer i lång tid krockar med bristande insyn."A

Att det borde finnas en uttalad fysisk person som följer barnet genom livet och hjälper barnet att företräda sina intressen och rättigheter var alla rörande överens om. Men hur en sådan lösning skulle kunna se ut fanns det inga direkta förslag på. Det handlade snarare om tydligare kravställning på de offentliga aktörerna att använda sig av de verktyg och lösningar som redan finns men som inte tycks fungera speciellt bra.

"Alla placerade barn borde ha en SIP och ett team knutit till sig. Det ska kosta att inte delta i team och samverkan."

"Också att någon höll i den röda tråden inom socialtjänsten. Borde vara en person som äger ärendet. På SIS finns en person som äger ärendet och det är behandlingssekreteraren."

Meningsfull vård

Svårbegripliga insatser

Det var hög igenkänningsfaktor kring att barn och unga inte förstår att de får/har fått behandling och i de fall de förstår att de får behandling antingen inte förstår varför de får just den specifika behandlingen eller varför de får behandling överhuvudtaget.

"Meningsfull vård kräver en helhetssyn som är svår att få, vilket leder till att man behandlar symtom"

"Nuvarande insatser fokuserar på att lösa ett nuvarande problem och inte grunden till problemet" A

I mångt och mycket tog socialtjänsten på sig ansvaret kring denna fråga där det framgick att socialsekreterare själva ansåg sig vara dålig på att kommunicera kring just de behandlande inslagen. Orsakerna till detta verkar vara flera. Dels handlar det om att socialsekreterarna själva har mer fokus på att få den faktiska placeringen på plats med allt vad det innebär, oberoende om det är en akut eller en planerad placering. Det kan även finnas oklarheter mellan socialtjänst och placerande aktör kring vilken form av behandling som ska ges och hur denna behandling ska ta form och det kan finnas olika bild av både behov och insats mellan dessa bägge aktörer.

"Ofta arnet inte förstår varför de placeras, det är inte alltid man kan lämna all information men socialtjänsten måste blir bättre."A

"Jag har inte fått någon behandling". Socialtjänsten är dålig på att förklara placeringens syfte och vad en behandling ska ge."A

"Akuta placeringar blir sällan bra eftersom det är svårt att ge bra och tillräcklig info när socialsekreteraren ofta har fokus på placeringsprocessen."

Skadlig vård

När de yttersta professionerna resonerar kring barnens upplevelser av skadlig vård vid placering på institution och i familjehem märks ingen direkt förvåning utan mer en känsla av att detta är något som är allmänt känt. Att en del aktörer är välfungerande emedan andra inte tycks snarare vara ett faktum att förhålla sig till och i möjligaste mån försöka undvika. Mellan alternativen att placera på ett mindre bra ställe och att inte placera alls tycks det första alternativet vara att föredra.

"Brist på jourhem och familjehem så barnen blir placerade på HVB där de blir allt från sexuellt utnyttjade till allmänt dåligt bemöta och behandlade."A

"En del ungdomar far mer illa av att vara på institution, det vill säga placeringen gör situationen sämre än innan. De riskerar bli misshandlade på hemmen, drabbas av smittoeffekter med mera."

"Ofta en missmatch med placeringen på SiS. Deras beteende har inte alls motiverat en SiS placering. De blir också ofta kvar där alldeles för länge. Ofta är de i sämre skick än när de kom."

Hälsa

När det kommer till hälsa verifieras berättelserna om ett frånvarande hälso- och sjukvårdssystem. Lagen som säger att alla placerade barn och ungdomar ska genomgå en hälsoundersökning i samband med placering är en lag som inte tycks efterlevas i någon större utsträckning. Vad gäller regionens hälso- och sjukvårdssystem är upplevelsen att somatik och habilitering finns längst bort från de placerade barnen och ungdomarna emedan psykiatri befinner sig något närmare. Men inte heller psykiatrisen ses som en naturlig del i den stöd, vård och behandling som ges till de placerade.

"BUPA vill inte starta en utredning om de inte vet att placeringen kommer att pågå i minst tre månader. Annars kommer de inte hinna genomföra den. Och det är sällan vi kan säkerställa en så pass lång sammanhållande placering."

"Vid övergång från BUP till vuxenpsykiatri är det kaos, ingen på vuxenpsykiatri förstår sig på NPF, det är bara grovt självskadebeteende som prioriteras."A

"Vi försöker få till kontakter med hälso- och sjukvården i väntan på att BUP kan ta emot, men ungdomsmottagningar vill inte påbörja en kontakt i det läget. Resultatet blir att den unge inte får någon kontakt alls med hälso- och sjukvården."

"I en skola, flicka 7-8 år, bekymmer kring henne efter att hon bott i familjehem och sedan flyttat tillbaka till modern. Hon slutade växa på längden. Detta på grund av dåligt mående som hämmade hennes hormonproduktion. Hon fångades upp och fick gå tillbaka till sitt familjehem."

Vad gäller elevhälsa är inte heller denna del en närvarande aktör i barnen och de ungas liv då dessa tycks arbeta mer på gruppnivå med strategiskt och förebyggande hälsoarbete gentemot samtliga elever.

"Bygg vårdens insatser utifrån skola och hälsa. Då blir det mer effektivt och inte lika obegripligt."A

"En kommun som hade en pedagog och en skolsköterska anställd på socialförvaltningen. Intressant grepp. Få till ett annorlunda tänk. Dessa personer blev som 'översättare' mellan förvaltningarna."A

Skola

När det gäller barnens och de ungas berättelser om viljan, önskan och vikten av att kunna gå kvar i samma skola och behålla vänner och pedagoger även vid en extern placering är inte detta något som lyfts fram hos professionerna. Diskussionerna kretsar mer kring svårigheterna att inkorporera skolan som en del av barnen och de ungas trygga plats och viktiga friskfaktor i livet. Och här handlar problembeskrivningarna mycket om bristande information om de elever som kommer till den nya skolan i samband med en extern placering. Det råder även oklarheter både kring vilken information som får överlämnas och även en oklarhet kring vilken information skolan behöver ta del av för att kunna göra ett bra jobb. Och även osäkerhet kring vems ansvar det är att informationsöverföring från den gamla till den nya skolan sker. Ligger det ansvaret på socialtjänsten, på den nya skolan eller på den gamla skolan?

"Skolan får inte så mycket bakgrund om barnet. Det kan i och för sig vara bra, men samtidigt kan det vara svårt för skolan att veta hur man ska bemöta barnet om man inte vet vad barnet har varit med om och varför det blivit placerat."A

"Det är så många olika personer en socialtjänsthandläggare ska ha kontakt med runt ett barn. Skolan är inte tidspressad så skolkontakter nedprioriteras."A

"Skolan ska ha samma förväntningar på de här barnen som andra barn. Inte sätta på dem offerkoftan. Lärarna måste tänka att barnen ska igenom och klara målen. Har förväntningar och en tro på barnen."A

"Det behövs otroligt många anpassningar för barnens skolgång, och det saknas ofta planering för hur de anpassningarna ska tas vidare efter placeringen av den vanliga skolan. Olika hur mycket hemkommunen och hemskolan är engagerade under placeringstiden, det blir lätt glapp i skolkontakterna."A

Otillräckliga insatser

Att behoven av olika former av stöd- och behandlingsinsatser är större än vad som idag finns är alla överens om. Och det framgår att detta blir till ett problem både ur ett individuellt perspektiv och ur ett samhälleligt dito.

Saker som lyfts av professionen är möjlighet till mer omfattande insatser på hemmaplan som många gånger skulle kunna förhindra en extern placering. Placeringar som får fortgå även när det mest akuta behovet är tillfredsställt skulle kunna minska risken för fler nya placeringar i framtiden, precis som mer omfattande och integrerad eftervård och utslussning skulle kunna göras. Att under en utslussningsfas kunna komma och gå mellan olika hemmiljöer under en övergångsperiod skulle kunna öka känslan av trygghet och sammanhang.

Dessa lösningar ses av professionen som mer värdeskapande ur barnets och den unges perspektiv men även sett ur det samhällsekonomiska perspektivet då sådana lösningar också skulle kunna visa sig mer kostnadseffektiva.

"Eftervården är ofta problematisk. Måste finnas en plan för övergången. Relationerna ska inte få helt abrupta slut."A

"Mer praktiskt socialt arbete behövs så att fler barn kan bo kvar hemma med rätt stöd till familjen."

Trygghet och sammanhang

Oförutsägbarhet

Den känsla av oförutsägbarhet som barn och unga ger uttryck för bekräftas även av den yttersta professionen. Vidare ser de denna oförutsägbarhet som någonting negativt och som försvårar möjligheten att framgent ta sig bort från samhällets vård och leva ett självständigt liv. Och man vill som profession gärna kunna vara mer förutsägbar men det finns många delar i det offentliga systemet som upplevs som försvärande. Det handlar dels om beslut som fattas av politiskt tillsatta personer, dels om familjehemmens och institutionernas möjligheter att ta hand om barnen och de unga och deras olika behov, men även om biologiska föräldrars sviktande förmågor och i vissa fall kanske oförutsägbarhet kring hemtagningar etcetera.

*"Man vill kunna säga exakta slutdatum för placeringar i förväg, men det går inte."*A

"Socialtjänsten tycker att det är svårt att planera, det är så många saker som spelar in och man vågar inte lova någonting."

Samtidigt som man som profession vet med sig att det är just förutsägbarhet många av de här barnen och ungdomarna verkligen behöver, från förutsägbarhet kring dagliga rutiner till förutsägbarhet om vad som kommer hända nästa dag, vecka, månad, år.

*"Dessa barn i synnerhet behöver förutsägbarhet - det är en nyckel!"*A

*"Unga vill inte knyta an till personalen eftersom de inte vet hur länge de får vara kvar."*A

När det handlar om goda exempel på fungerande externa placeringar lyfts ofta LSU-placeringar fram eftersom den förutsägbarhet dessa placeringar innebär ger inte bara möjlighet för barnet att planera sin framtid utan även för institutionen att lägga upp ett långsiktigt behandlingsprogram.

*"LSU fungerar så bra eftersom det finns en säker tidsplanering. Flytta det arbetssättet till A innan det har gått så katastrofalt dåligt så att det blir LSU på SIS."*A

Ensamhet

Det enda tema där professionen inte hade speciellt mycket att tillföra var barnen och de ungas känsla av ökade ensamhet vid externa placeringar. Om detta beror på att det i sig motsäger hela tanken med att sätta barn och unga i samhällets vård och på så sätt råda bot på utsatthet, ensamhet med mera är oklart men det är en gissning som ligger nära till hands.

Bristande rättssäkerhet

Den bristande rättssäkerhet som professionen ger uttryck för visavi barn och unga i samhällets vård handlar mycket om att barnen hamnar mellan stolarna i det offentliga systemet när de inte passar in i de processer systemet byggt upp och arbetar utifrån. Det saknas ofta även någon vuxen som driver barnens sak i det offentliga välfärdssystemet vilket vissa gånger är ett måste för att få tillgång till de resurser som är underdimensionerade jämfört med den efterfrågan som finns på dessa tjänster.

*"Det blir svårt att planera BUP-vården eftersom den inte kan göras klart vid en flyttning, då ska det remitteras till annan BUP i landet. De som snabbast får hjälp är de som har A föräldrar som ligger på."*A

*"Tyvärr, vi tar bara de barnen som vi kan ställa diagnos på."*A

"Det uppstår många praktiska problem när barn bor i annan kommun än folkbokföringskommun."

*"Det försvinner mycket på en gång vid utskrivning."*A

Rotlöshet

Rotlösheten hos barn och unga i samhällets vård är något även den yttersta professionen vittnar om. Även om en extern placering är på en institution eller i ett familjehem är långsiktig är det alltid tänkt som en temporär, om än långsiktigt temporär, lösning. Att barnet eller den unge ska vidare i livet är alltid målet för att kunna slå rot någon annanstans. Så en extern placering blir därför alltid förknippad med en rotlöshet som visserligen den yttersta professionen gör allt för att minimera.

*"Efter fyra år på SiS blir personalen som deras familj."*A

*"En del säger att de aldrig kan landa för att föräldrarna aldrig har accepterat placeringen. Jag kunde få trygghet först när mina föräldrar fick hjälp."*A

"Det är ovärdigt att som jag har sett att barn kommer till HVB med alla sina tillhörigheter i en svart sopsäck. Finns ingen dokumentation över livet, foton etc. Svårt att få en hemmakänsla då."

Uppbrott

Uppbrotten är ständigt återkommande även för den yttersta professionen. Att träffa nya barn och unga som vårdpersonal eller pedagog på grund av omplaceringar är vardagsmat. Och i och med att tanken med externa placeringar är att de ska vara så korta som möjligt blir det ofta uppbrott där utskrivning många gånger följer på en ny placering i ett nytt familjehem eller på en ny institution. Systemet med jourplaceringar och akuta omhändertaganden ökar även antalen uppbrott för de placerade barnen och ungdomarna.

"Vi måste jobba mycket mer med familjehemmen. Har upplevt att hemmen ställer ungdomarna på trappan och sagt att ni får komma och hämta dem. Enorm stress att veta att man riskerar att bli utsparkad om man inte sköter sig. Måste kunna förhindra att familjehemmen säger upp sig på dagen."

*"Jourhem är väldigt ostabilt, svårt att fokusera på skolan."*A

"Svårt med så korta placeringar som ca tre månader."

*"Socialtjänsten måste kunna koordinera sig bättre och kunna ge fler svar. Vi måste förhindra akuta flyttar."*A

*"Det kan vara positivt med längre placeringar, det blir då lättare att etablera fungerande kontakt med BUP. När det fungerar så är det kanonbra."*A

*"Barnet vågar inte heller klaga till sin socialsekreterare för då är den rädd att familjehemmet anklagas och då blir de omplacerade igen."*A

Steg 3



Det tredje steget av den användardrivna policyprocessen som genomfördes var att testa ett par av utredningens förslag i policydesignworkshops. Även denna gång genomfördes tre workshops i Malmö, Karlstad och Borås. Upplägget för dessa tre workshops var liknande och med på dessa workshops var framför allt chefer och verksamhetsledare från de välfärdsorganisationer som är en del av samhällets vård. Det innebär socialtjänst, skola, elevhälsa, privata HVB, barn- och ungdomspsykiatri, habilitering, somatisk vård samt SiS. Med var även representanter från barnrättsorganisationer.

Dessa policydesignworkshops hade fyra huvudsakliga fokusområden:

1. Testa förslagen genom att sätta barnet/den unge i centrum och försöka förstå hur de olika organisationernas agerande, utifrån föreslagen policy, påverkar denne. Möjliggör policyn ett sömlöst agerande gentemot barnet/den unge eller riskerar policyn styckas upp i silos inom eller mellan respektive organisation/organisationer?
2. Vem eller vilka företräder barnets/den unges intressen när policyn ska utföras och säkerställer att barnets röst blir hörd? Vem eller vilka bär vidare barnets berättelse tillsammans med barnet?
3. Finns det tidigare genomförda policys som på olika sätt påminner om förslagen och vad kan vi lära oss av dessa för att designa mer resilienta policys?
4. Vilka önskade förändringar i systemet på policynivå ser respektive organisation som skulle möjliggöra mer värdeskapande för barn och unga i samhällets vård?

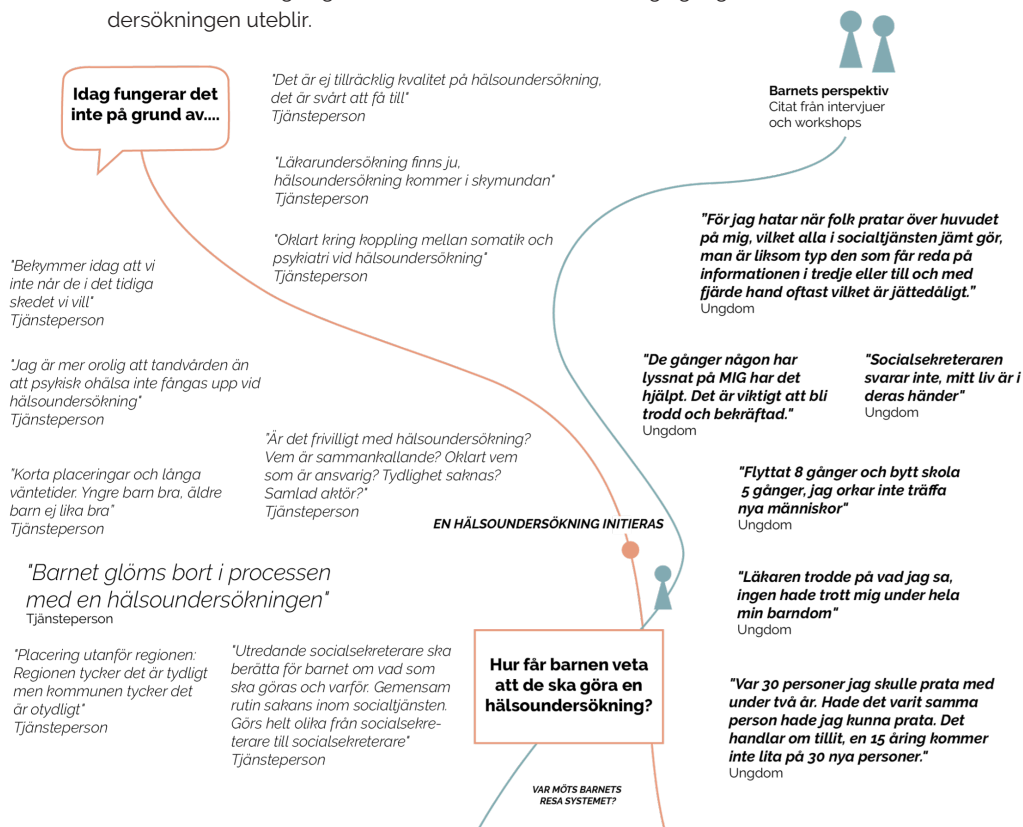
I den här rapporten går vi vare sig in på de förslag som testades eller de insikter som framkom från dessa workshops då förslagen fortfarande var under övervägande hos utredningen vid den tidpunkt som rapporten skrevs. Men för att ändå ge en bild av hur workshopparna gick till presenterar vi nedan en användarresa som togs fram kring en befintlig lag som säger att alla externt placerade barn och unga ska genomgå en hälsoundersökning.

Se över en tidigare genomförd policy med ett systemperspektiv som material för lärande kopplat till nuvarande förslag

I arbetet med det tredje steget där vi testat ett par av utredningens förslag såg vi stor potential i att återvända till en tidigare genomförd policy, lagen 2017:209 om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför hemmet, då denna lag påminner om några av de förslag utredningen överväger. Vi såg även en möjlighet att med ett systemperspektiv djupdyka in i en befintlig process för att skapa lärdomar kring att designa mer resilienta policies.

Lagen om hälsoundersökningen innebär att regionen ska, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person (upp till 20 år) inleds. En insats som ska leda till en medicinsk bedömning av behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård och som ska omfatta områdena fysisk, psykisk och oral hälsa.

Vid tre tillfällen utforskade vi denna lag tillsammans med utredningens förslag där vi samlade aktörer i Malmö, Karlstad och Borås. Samtliga aktörer som finns runt barn och unga som vårdas utanför hemmet, socialtjänst, elevhälsa, SiS, HVB, BUP, rehabilitering samt representanter från barnrättsorganisationer deltog. Under dessa tillfällen var det bland annat fokus på att se hälsoundersökningen utifrån ett flertal perspektiv och med ett stort fokus på barnets resa genom systemet vid genomförandet av en hälsoundersökning. Vi arbetade med att rita upp denna process där det synliggjordes glapp och friktioner som i dagsläget är ett faktum och som till många gånger leder till att hälsoundersökningen uteblir.



Barnet glöms ofta bort i processen

Från intervjuerna med barn och unga beskrivs en trötthet att återkommande träffa nya människor/samhällsaktörer där man upplever att man har liten möjlighet att påverka och att man ofta får få information i ett sent skede i processen. Som beskrivet ovan berättar barn och unga om ett obegripligt och till viss del ogenomträngligt system när man beskriver kontakten med vården. Det blir också tydligt när vi vecklar ut processen kring en hälsoundersökning att det är svårt att tydligt identifiera någon som hjälper barn och unga att manövrera kring kontakter och besök i systemet. Samtidigt beskrivs återkommande av barn och unga vikten av att bli sedd och lyssnad till och i de fall det skett har det haft stor betydelse. Denna bild är något som professionen bekräftar. Att barn och unga får informationen i tredje hand samt att "barnet glöms bort i hälsoundersökningen". Det beskrivs även en otydlighet kring vem som berättar för barnet att det ska göras en hälsoundersökning samt vem som hjälper barnet att bära den informationen vidare. Professionen beskriver att det är många barn som inte ens är medvetna om att de varit på en hälsoundersökning. Det är just barnperspektivet professionen lyfter fram samt vikten av att tydliggöra information för barn och unga och att arbeta med de otydligheter som är kopplat till vem som bär informationen för barnet.



Hur agerar systemet

Från workshoparna beskrivs en otydlighet, både vem som bär ansvaret när väl hälsoundersökningen görs samt vem som bär informationen vidare. Man beskriver hur hälsoundersökningen kommer i skymundan av läkarundersökningen och att man blandar ihop dessa två. Det skiljer sig lite på kring hur insatta deltagarna är i hälsoundersökningens process mellan grupperna/städerna/regionerna men det samlade intrycket från samtliga grupper är att hälsoundersökningen inte är något som genomförs i någon stor utsträckning. Man lyfter här en extra oro kring att tandvården nästan alltid uteblir och att man ser stor risk för en försämrad tandvård när det kommer till barn och unga som är placerade. Det beskrivs hur information tappas bort när en socialsekreterare/kontaktperson slutar eller byts. Det beskrivs även en otydlighet kring vem som följer med barnet. Barnrättsorganisationerna lyfter här vikten av att barnet ska få välja vem man vill dela den informationen med och framkommer vid hälsoundersökningen. Det som beskrivs är även en process av långa väntetider och hur barnen hamnar i limbo medan hälsoundersökningen görs. Man ser även krockar mellan somatik och psykiatri vid hälsoundersökningen och stryker under att den kroppsliga hälsan kan visa tecken på psykisk ohälsa, exempelvis magont vid stress. Alla stryker under vikten av samverkan mellan relevanta aktörer och att det bör finnas ett gemensamt spår för barn i samhällets vård fast där ansvarsområden är tydliga.



Vem bär med sig informationen åt barnets räkning

Vid alla tre tillfällen synliggjordes oklarheter kring vem som bär med sig informationen för barnens räkning. Mängden information ett barn bör bära blir tydligt när man gräver djupare i processen kring en hälsoundersökning. Professionen lyfter även risker med att hälsoundersökningen endast blir något som prickas av på listan och värdet för barnet är frånvarande. Alla tre workshops lyfter samtidigt potentialen kring en hälsoundersökning och hur det kan möjliggöra det som annars varit oupptäckt. I samtalen där potentialen av en hälsoundersökning diskuteras blir det tydligt att det måste finnas en person som har kontinuerlig koll på barnets hälsa. Många är medvetna om att det är socialsekreterarens uppgift att underrätta regionen om behovet av en hälsoundersökning samtidigt är antalet olika socialsekreterare ett barn kan ha väl känt. Därför lyfts förslag på att det kanske borde finnas en annan person som står nära barnen och som kan bära informationen för barnets räkning.

Att skapa förändring är svårt eftersom vi arbetar med verkliga individers vardag med den komplexitet ett vardagsliv innebär. Vi arbetar med de styrande system som påverkar den vardag som kan skapa bättre förutsättningar för barn som vårdas utanför det egna hemmet. Vi kan inte se helheten men vi kan aktivt ta del av olika perspektiv för att se de delar vi har möjlighet att påverka, och i vilken riktning som är fördelaktiga i ny lagstiftning så väl som i redan befintlig lagstiftning. I dessa testande workshops när man samlar aktörer nära ett placerat barn börjar man även diskutera vad man kan göra här och nu på såväl lokal som regional nivå. Ett görande som utredningens frågeställningar och förslag bidrar till.



Bilagor

FRÅGEBATTERI – BARN OCH UNGA I SAMHÄLLETS VÅRD

Frågorna rör den sammantagna upplevelsen av hela den tid barnet/den unge varit placerad.
Bakgrund:

1. Kön:
2. Ålder nu:
3. Ålder vid första placering:
4. Var har du varit placerad? (jourhem, familjehem, HVB och/eller SiS?)
5. Är du placerad nu?

Om placeringen/placeringarna:

6. Förstår du varför blev du placerad?
7. Tycker du att det var rätt beslut att du inte kunde bo hos dina föräldrar?
8. Tycker du att du har varit placerad på rätt ställe/ställen?
9. Hur fungerade det att dela vardag och boende med personer du inte kände innan?
10. Känner/kände du dig säker och trygg där du bor/bodde?
11. Hur har din kontakt med vänner och familj fungerat när du varit placerad?

Om stöd:

12. Tycker du att du har fått ett bra stöd, i så fall av vem/vilka personer:
 - a. Innan du blev placerad?
 - b. När du var placerad?
 - c. Efter att du var placerad?
13. Har det varit särskilda perioder då du skulle behövt mer stöd? Vilket stöd hade du behövt då? (Tex precis när du blev placerad, efter placering eller när något särskilt har hänt)

Om hälsa och skolgång:

14. Hur är/var ditt fysiska och psykiska mående:
 - a. Innan du blev placerad?
 - b. När du var placerad?
 - c. Efter att du var placerad?
15. Har du fått det stöd du behövde för ditt mående? Om nej, vilket stöd hade du önskat?
16. Hur är/var din skolgång?
 - a. Innan placering
 - b. Under placering
 - c. Efter placering
17. Har du det stöd du behövde för din skolgång? Om nej, vad hade du önskat för stöd?
Om delaktighet och uppföljning:
18. Har du varit med och valt boende eller i förväg träffat den familj du ska placeras i?
19. Får/fick du vara med och tycka till när det gäller frågor som gäller dig, t ex var du bor, skola, hälsa, umgänge och stöd. Om nej, hur hade du velat vara mer delaktig?
20. Vad tycker du är viktigt att vuxna följer upp och frågar om kring hur barn har det under en placering?
21. Något annat som är viktigt för oss att veta?

Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland barn som bor i familjehem

– Resultat från Skolbarns hälsovanor 2021/2022

*Maria Corell & Petra Löfstedt,
Enheten för hälsofrämjande levnadsvanor*

Sammanfattning

Cirka 2 procent av barn i åldrarna 11, 13 och 15 år bor i familjehem hela tiden eller för det mesta. I den här promemorian redovisas ett urval av indikatorer från studien Skolbarns hälsovanor 2021/2022 för att belysa livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland barn som bor i familjehem jämfört med barn som bor på annat sätt (till exempel med båda föräldrar, växelvis eller med en förälder).

Resultaten visar att barn som bor i familjehem är mer utsatta för mobbning i skolan, något oftare har riskabla levnadsvanor (till exempel använder alkohol och tobak) och något mindre hälsosamma levnadsvanor än barn som bor på annat sätt. Detta innebär en ökad risk för ohälsa bland dessa barn. Resultaten visar även att barn som bor i familjehem är mindre tillfreds med livet än barn som bor på annat sätt. Däremot finns överlag inga skillnader i självskattad hälsa, långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar eller självrapporterade besvär.

Resultaten i korthet

- Skoltrivseln och skolstressen är ungefär densamma bland barn som bor i familjehem jämfört med barn som bor på annat sätt. Däremot är det vanligare att barn som bor i familjehem mobbas.
- Det är något vanligare att barn som bor i familjehem har varit berusade eller snusat. Det är också vanligare att de har rökt cigaretter och använt cannabis.
- Det är mindre vanligt att barn som bor i familjehem tränar ofta, dvs. minst fyra gånger i veckan, jämfört med barn som bor på annat sätt. De äter också frukost mer sällan.
- Barn som bor i familjehem är mindre tillfreds med livet än barn som bor på annat sätt. Mönstret när det gäller självskattad hälsa varierar i olika grupper.
- Det är lika vanligt att ha en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem bland barn som bor i familjehem som bland barn som bor på annat sätt. Likaså är det lika vanligt att ha självrapporterade hälsobesvär.
- Det är vanligare att barn i familjehem har haft samlag än barn som bor på annat sätt.

Om studien Skolbarns hälsovanor 2021/22

Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) är en enkätundersökning bland 11-, 13- och 15-åringar. Den genomförs i syfte att öka kunskapen om de livsvillkor och levnadsvanor som är viktiga för barns hälsa, följa utvecklingen över tid samt jämföra resultaten med andra länders resultat. Studien belyser både psykiska och fysiska aspekter på hälsa och den sociala miljön som barnen befinner sig i.

Undersökningen är ett internationellt forsknings- och samarbetsprojekt som startade i början av 1980-talet. Sedan dess har studien genomförts vart fjärde år. Den senaste undersökningen ägde rum 2021/2022, när cirka 50 länder i Europa, Nordamerika och Asien deltog i datainsamlingen. Sverige har medverkat sedan 1985/1986, med ett nationellt urval.

År 2021/2022 utökades urvalet i studien Skolbarns hälsovanor för att göra det möjligt att presentera resultaten för varje län. Det utökade urvalet gör det också möjligt att presentera resultat för små grupper av barn, till exempel barn som bor i familjehem.

Åldersgrupperna som ingår är 11-, 13- och 15-åringar, och därför genomförs undersökningen i årskurserna 5, 7 och 9 i Sverige. Urvalet görs för varje årskurs med en klusterdesign i två steg. Först väljs ett antal skolor ut på ett slumpmässigt sätt så att de är representativa för landet. Därefter slumpas en klass på respektive skola (enligt instruktioner). Alla elever i den utvalda klassen erbjuds att delta i undersökningen.

Det totala urvalet i undersökningen 2021/2022 omfattade 4 083 skolor. Av dessa deltog 2 329 skolor (57 procent). Det totala urvalet av elever skattades till 93 900. Av dessa medverkade 41 946 elever i undersökningen. Det motsvarade cirka 80 procent i de deltagande klasserna och cirka 45 procent av eleverna i det totala urvalet. Läs mer i rapporten *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/2022 – regionala resultat*.

Resultaten i denna promemoria redovisas som andelar i procent eller medelvärden. För att se om det finns skillnader mellan jämförelsegrupperna beräknades dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent. Det aktuella konfidensintervallet kallas Wilson score interval. Om konfidensintervallen för två jämförelsegrupper inte överlappar varandra anses det finnas en statistiskt säkerställd skillnad mellan dessa grupper.

För att räkna upp andelar till befolkningsnivå har resultaten viktats så att de kan visas för hela populationen.

Frågor om boendesituation i studien

I Sverige ställs fyra frågor till barnen om deras boendesituation. Den första frågan lyder: ”Alla familjer är olika. Ibland bor man med bara en förälder och ibland lever man med två familjer. Vi skulle vilja veta hur det ser ut för dig. Den här frågan handlar om det hem där du bor hela tiden eller för det mesta. Om du bor i två eller flera hem, börja med det ena hemmet. Kryssa för vilka du bor tillsammans med där.” Svartalternativen är *mamma, pappa, pappas sambo/flickvän/partner, mammas sambo/pojkvän/partner, jag bor i familjehem eller liknande och jag bor tillsammans med någon annan vuxen eller någon annanstans*. De

efterföljande tre frågorna handlar om huruvida man har ytterligare ett hem eller inte, hur ofta man bor där samt vilka man bor tillsammans med där. Här presenteras svaren för de barn som har kryssat för *jag bor i familjehem eller liknande* på den första frågan.

Det är totalt 900 barn, motsvarande 2,1 procent av barn i åldrarna 11, 13 och 15 år, som bor i familjehem eller liknande, hela tiden eller för det mesta (se Tabell 1). Det är en större andel pojkar än flickor som bor i familjehem, 2,5 procent jämfört med 1,4 procent. I gruppen annat är det 7,4 procent som bor i familjehem. Andelen barn som bor i familjehem eller liknande varierar med ålder. Bland 11-åringar är det 1,9 procent, bland 13-åringar 2,3 procent och bland 15-åringar 2,5 procent.

Det är vanligare att bo i familjehem eller liknande bland barn födda utanför Sverige. Bland födda i Sverige är andelen 1,5 procent, födda i övriga Norden 4,1 procent, födda i övriga Europa 3,8 procent och utanför Europa 5,5 procent. Störst är andelen bland barn som inte vet var de är födda: 20,4 procent.

Tabell 1 Antal och andel barn som bor i familjehem, fördelade efter kön, ålder och födelseregion, 2021/22

	Antal	Andel (%)	K.l. nedre	K.l. övre
<i>Kön</i>				
Flickor	313	1,4	1,3	1,6
Pojkar	512	2,5	2,3	2,7
Annat	65	7,4	5,8	9,3
Missing	10	1,5	0,8	2,7
<i>Ålder</i>				
11 år	353	1,9	1,7	2,1
13 år	276	2,3	2,1	2,6
15 år	271	2,5	2,2	2,8
Missing	0	0,0		
<i>Födelseregion</i>				
Sverige	564	1,5	1,4	1,6
Övriga Norden	14	4,1	2,4	6,7
Övriga Europa	41	3,8	2,8	5,2
Utanför Europa	211	5,5	4,8	6,2
Vet inte	55	20,4	16,0	25,6
Missing	15	2,2	1,4	3,7
Totalt	900	2,1	2,0	2,2

Skolan

Andelen barn som tycker mycket bra om skolan är densamma bland barn som bor i familjehem och barn som bor på annat sätt, 17 respektive 16 procent. Bland 11-åriga pojkar i familjehem är det dock fler som tycker mycket bra om skolan jämfört med 11-åriga pojkar som bor på annat sätt, 32 procent jämfört med 26 procent.

Tabell 2 Andel och antal barn som tycker mycket bra om skolan, uppdelade kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	22	34	26	2 183
Pojkar 11 år	32	59	26	2 268
Flickor 13 år	13	12	10	509
Pojkar 13 år	12	23	15	752
Flickor 15 år	13	9	7	377
Pojkar 15 år	17	24	11	564
Alla	17	170	16	6 800

Andelen barn som är ganska eller mycket stressade av skolarbetet är densamma bland barn som bor i familjehem och barn som bor på annat sätt, 46 procent respektive 47 procent. Det är dock en större andel 11-åriga pojkar och flickor i familjehem som är ganska eller mycket stressade av skolarbetet, jämfört med 11-åringar som bor på annat sätt.

Tabell 3 Andel och antal barn som är ganska eller mycket stressade av skolarbetet, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	48	42	31	2 609
Pojkar 11 år	31	49	22	1 860
Flickor 13 år	61	63	62	3 306
Pojkar 13 år	35	50	39	2 092
Flickor 15 år	66	54	76	3 743
Pojkar 15 år	44	66	49	2 393
Alla	46	363	47	16 690

I enkäten finns en definition av mobbning:

Vi menar att en elev blir mobbad då en annan elev, eller en grupp elever, upprepade gånger säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne. Det är också mobbning då en elev blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför med flit. Den person som mobbar har mer makt än personen som blir mobbad och vill orsaka honom eller henne skada. Det är inte mobbning då två personer som är ungefär lika starka, eller har lika mycket makt, grälar eller slåss.

Därefter ställs frågan ”Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?” med svarsalternativen *jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna, det har hänt 1 eller 2 gånger, 2 till 3 gånger i månaden, ungefär 1 gång i veckan samt flera gånger i veckan*. Här redovisas andelen som svarat att de har blivit mobbade i skolan 2–3 gånger i månaden eller oftare.

Det är vanligare att barn som bor i familjehem mobbas i skolan jämfört med barn som bor på annat sätt. Andelen som mobbas är 19 procent jämfört med 9 procent. Skillnaden är störst bland 13-åriga pojkar och flickor samt bland 15-åriga flickor. I dessa grupper är det ungefär dubbelt så vanligt att barn som bor i familjehem mobbas jämfört med barn som bor på annat sätt.

Tabell 4 Andel och antal barn som har mobbats i skolan minst 2–3 gånger i månaden under de senaste månaderna, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	11	17	8	790
Pojkar 11 år	10	18	7	563
Flickor 13 år	24	23	10	550
Pojkar 13 år	18	23	9	482
Flickor 15 år	14	11	7	353
Pojkar 15 år	12	17	8	421
Alla	19	145	9	3 426

Det är en något mindre andel barn som bor i familjehem som håller med om att deras lärare bryr sig om dem, jämfört med barn som bor på annat sätt. Andelen är 66 procent jämfört med 71 procent. Mönstret ser dock olika ut i olika grupper och är det omvända bland 15-åriga flickor.

Tabell 5 Andel och antal barn som håller med om att deras lärare bryr sig om dem, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	81	101	86	7 303
Pojkar 11 år	77	145	87	7 152
Flickor 13 år	67	53	60	3 315
Pojkar 13 år	58	99	62	3 849
Flickor 15 år	70	54	57	2 940
Pojkar 15 år	66	95	67	3 425
Alla	66	566	71	28 735

Alkohol, tobak och narkotika

Det är något vanligare att barn som bor i familjehem har varit berusade jämfört med barn som bor på annat sätt. Andelen som har varit berusade någon gång i sitt liv är 18 procent jämfört med 13 procent. Den största skillnaden ses bland 13-åriga pojkar, där andelen är 15 procent jämfört med 7 procent.

Tabell 6 Andel och antal barn som har varit berusade någon gång, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	0	0	1	96
Pojkar 11 år	2	7	1	117
Flickor 13 år	12	18	7	390
Pojkar 13 år	15	22	7	359
Flickor 15 år	23	22	32	1 481
Pojkar 15 år	27	45	25	1 272
Alla	18	146	13	3 909

Det är vanligare att barn som bor i familjehem har rökt cigaretter jämfört med barn som bor på annat sätt, 21 procent jämfört med 13 procent. Skillnaden är störst bland 13-åringar, där det är ungefär dubbelt så vanligt att de som bor i familjehem har rökt jämfört med barn som bor på annat sätt.

Tabell 7 Andel och antal barn som har rökt cigaretter någon gång, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	7	5	2	170
Pojkar 11 år	3	7	2	204
Flickor 13 år	24	31	11	590
Pojkar 13 år	16	24	9	503
Flickor 15 år	29	28	28	1 377
Pojkar 15 år	29	46	22	1 139
Alla	21	172	13	4 192

Det är något vanligare att barn som bor i familjehem har snusat jämfört med barn som bor på annat sätt, 19 procent jämfört med 15 procent.

Tabell 8 Andel och antal barn som har snusat någon gång, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	0	1	1	140
Pojkar 11 år	3	8	3	312
Flickor 13 år	12	17	10	517
Pojkar 13 år	15	26	12	702
Flickor 15 år	22	24	28	1 433
Pojkar 15 år	31	50	33	1 673
Alla	19	159	15	4 983

Frågan om cannabis har endast ställts till barn i årskurs 9. Det är dubbelt så vanligt att 15-åringar som bor i familjehem har använt cannabis någon gång i sitt liv, jämfört med barn som bor på annat sätt. Bland 15-åriga flickor som bor i familjehem är andelen 18 procent, jämfört med 8 procent bland dem som bor på annat sätt.

Tabell 9 Andel och antal 15-åringar som har använt cannabis någon gång, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år				
Pojkar 11 år				
Flickor 13 år				
Pojkar 13 år				
Flickor 15 år	18	14	8	328
Pojkar 15 år	12	25	11	521
Alla	20	58	10	913

Anm. Cannabisanvändningen är mycket hög bland barn med annat kön som bor i familjehem, därför är siffran 20 procent för barn som bor i familjehem.

Träning och matvanor

Andelen barn som tränar minst fyra gånger i veckan är något mindre bland barn som bor i familjehem än bland barn som bor på annat sätt, 34 procent jämfört med 39 procent. Skillnaden är störst bland 13-åriga flickor, där 16 procent av dem som bor i familjehem tränar så ofta, jämfört med 33 procent av flickor som bor på annat sätt.

Tabell 10 Andel och antal barn som tränar minst fyra gånger i veckan, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	23	27	30	2 512
Pojkar 11 år	30	64	40	3 155
Flickor 13 år	16	14	33	1 762
Pojkar 13 år	45	68	46	2 504
Flickor 15 år	21	17	30	1 576
Pojkar 15 år	43	62	53	2 652
Alla	34	278	39	14 546

Andelen barn som vanligtvis äter frukost fyra eller fem vardagar i veckan är mindre bland barn som bor i familjehem än bland barn som bor på annat sätt, 60 procent jämfört med 70 procent. Skillnaden är störst bland 11-åriga pojkar och flickor samt 15-åriga pojkar.

Tabell 11 Andel och antal barn som äter frukost 4–5 vardagar i veckan, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	68	95	81	6 941
Pojkar 11 år	73	145	84	7 254
Flickor 13 år	52	44	60	3 333
Pojkar 13 år	75	110	75	4 198
Flickor 15 år	51	42	56	2 843
Pojkar 15 år	52	79	68	3 525
Alla	60	539	70	28 886

Hälsa

För att mäta tillfredsställelse med livet används Cantrils stegen. Instrumentet, som har formen av en stegen, används för att skatta tillfredsställelse med livet på en 11-gradig skala, där 0 står för det sämst tänkbara och 10 för det bäst tänkbara livet. Frågan lyder: ”Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?” Här redovisas den genomsnittliga livstillfredsställelsen.

Livstillfredsställelsen är i genomsnitt lägre bland barn som bor i familjehem jämfört med bland barn som bor på annat sätt. Skillnaden är störst bland 11-åriga flickor samt 13- och 15-åriga pojkar.

Tabell 12 Genomsnittlig livstillfredsställelse bland barn, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem	Bor på annat sätt
Flickor 11 år	6,5	7,7
Pojkar 11 år	8,0	8,2
Flickor 13 år	6,3	6,6
Pojkar 13 år	7,0	7,5
Flickor 15 år	6,6	6,4
Pojkar 15 år	6,6	7,2
Alla	6,7	7,2

Det är överlag ingen skillnad i andelen som skattar sin hälsa som mycket bra bland barn som bor i familjehem jämfört med barn som bor på annat sätt. Det finns dock en skillnad bland 11-åringar: 27 procent av flickorna som bor i familjehem skattar sin hälsa som mycket bra, jämfört med 42 procent av flickorna som bor på annat sätt. 41 procent av de 11-åriga pojkarna som bor i familjehem skattar sin hälsa som mycket bra, jämfört med 51 procent av de 11-åriga pojkarna som bor på annat sätt. Bland 15-åriga flickor är mönstret motsatt: andelen med mycket bra hälsa är större bland dem som bor i familjehem än bland dem som bor på annat sätt.

Tabell 13 Andel och antal barn med mycket bra hälsa, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	27	43	42	3 615
Pojkar 11 år	41	86	51	4 274
Flickor 13 år	18	18	27	1 451
Pojkar 13 år	40	62	44	2 434
Flickor 15 år	36	22	21	1 061
Pojkar 15 år	38	66	42	2 166
Alla	35	320	37	15 307

I enkäten ställdes frågan ”Har du en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem (t.ex. diabetes, allergi, eksem eller ADHD) som du fått fastställt av en läkare?” med svarsalternativen ja och nej. Det är lika vanligt att barn som bor i familjehem har en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som barn som bor på annat sätt, 31 procent jämfört med 28 procent.

Tabell 14 Andel och antal barn med en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem	Bor i familjehem	Bor på annat sätt	Bor på annat sätt
	%	n	%	n
Flickor 11 år	21	36	26	2 164
Pojkar 11 år	27	54	25	2 258
Flickor 13 år	30	37	28	1 579
Pojkar 13 år	33	53	29	1 576
Flickor 15 år	29	29	29	1 477
Pojkar 15 år	33	44	29	1 481
Alla	31	286	28	11 016

I Skolbarns hälsovanor finns en checklista för att mäta förekomsten och frekvensen av hälsobesvär under de senaste sex månaderna. Checklistan benämns HBSC-SCL (Symptoms Checklist). Instrumentet innehåller en fråga om hur ofta man under de senaste sex månaderna haft åtta olika besvär: huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, känt sig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, känt sig nervös, haft svårt att somna samt känt sig yr. Svartalternativen sträcker sig från *sällan eller aldrig till i stort sett varje dag*. Här presenteras andelen barn som har haft minst två självrapporterade hälsobesvär, mer än en gång i veckan, under de senaste sex månaderna.

Det är lika vanligt att ha minst två hälsobesvär, mer än en gång i veckan, bland barn som bor i familjehem och barn som bor på annat sätt. Det är dock vanligare bland 11-åriga pojkar som bor i familjehem än bland 11-åriga pojkar som bor på annat sätt. När det gäller 15-åriga flickor är mönstret det motsatta, besvär är mindre vanligt bland dem som bor i familjehem jämfört med bland dem som bor på annat sätt.

Tabell 15 Andel och antal barn med minst två självrapporterade hälsobesvär, mer än en gång i veckan, uppdelade på kön, ålder och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år	58	51	48	3 850
Pojkar 11 år	41	69	32	2 698
Flickor 13 år	63	69	65	3 489
Pojkar 13 år	38	58	38	2 030
Flickor 15 år	58	51	75	3 662
Pojkar 15 år	47	59	45	2 302
Alla	51	404	51	18 842

Sexuell och reproduktiv hälsa

I Skolbarns hälsovanor ställer man frågan om sexdebut till alla 15-åringar. Frågan lyder: ”Har du någonsin haft samlag? (ibland så kallas det för ’sex’, ’älskat’, ’legat med någon’, ’gått hela vägen’)”. Det är vanligare att 15-åringar som bor i familjehem har haft samlag, jämfört med barn som bor på annat sätt. Andelen är 36 procent jämfört med 25 procent. Skillnaden är störst bland pojkar, 34 procent jämfört med 24 procent. Frågor om preventivmedel ställs till dem som haft samlag, men andelen svarande var få och därför presenteras inte resultaten inte här.

Tabell 16 Andel och antal 15-åringar som har haft samlag, uppdelade på kön och boendesituation, 2021/2022

	Bor i familjehem		Bor på annat sätt	
	%	n	%	n
Flickor 11 år				
Pojkar 11 år				
Flickor 13 år				
Pojkar 13 år				
Flickor 15 år	27	25	24	1 339
Pojkar 15 år	34	42	24	1 316
Alla	36	85	25	2 743

Anm. Andelen som har haft samlag är mycket hög bland barn med annat kön som bor i familjehem, därför är siffran 36 procent för barn som bor i familjehem.

Placeringsformer med mera i Danmark, Finland och Norge

Denna översikt bygger på lagar, andra regler och myndighetsmaterial från Danmark, Finland och Norge. Den har tillkommit som en del av utredningens omvärldsbevakning och gör inte anspråk på fullständighet. I samtliga tre länder pågår också förändringar som berör samhällsvården och som kan leda till att information om lagar och andra regler blir inaktuell. Lagar och andra regler som refereras i texten är tillgängliga genom *Retsinformation* (www.retsinformation.dk) i Danmark, *Finlex* (www.finlex.fi) i Finland och *Lovdata* (www.lovdata.no) i Norge.

Danmark

Barn och unga får placeras i ett antal vård- och stödformer i Danmark. Det handlar främst om familjehem (plejehem) och institutioner för dygnsvård, men också om kollegier eller kollegieliknande boenden (närmast att likna vid skolhem), andra boenden (oppholdsstede) för barn och unga samt så kallade efterskolor, fria fackskolor och fria grundskolor med kostavdelning. Samhällsvården i Danmark rymmer således placeringsformer med mer direkt koppling till skolverksamhet än placeringsformerna i Sverige. Placeringar kan också göras i den unges egen bostad, vilket liknar stödboende i Sverige.¹

¹ 66 § lov om social service (serviceloven). Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 5 kap. 43 § barnets lov.

Familjehem (plejehem)

Indelning

Det finns fyra typer av familjehem enligt den danska serviceloven:

- allmänna familjehem: familjer som är godkända för att ge omsorg och säkra utveckling och trivsel för barn och unga med lätta till måttliga stödbehov
- förstärkta familjehem: familier som är godkända för att ge omsorg och säkra utveckling och trivsel för barn och unga med måttliga till stora (svære) stödbehov
- specialiserade familjehem: familjer som är godkända för att ge omsorg och säkra utveckling och trivsel för barn och unga med stora stödbehov
- nätverksfamiljehem: familjer som är godkända i förhållande till ett bestämt barn eller en bestämd ung person.²

Fram till den 1 juli 2019 var indelningen en annan. Då fanns det familjehem, kommunala familjehem och nätverksfamiljehem. Kommunala familjehem hade särskild kompetens för att ta emot barn och unga med större stödbehov och rätt till mer stöd och utbildning än andra familjehem. Kommunala familjehem hade också vissa möjligheter att använda så kallad fysisk guidning och avvärijande hjälp som exempelvis fasthållning för att undvika skador på barnet, den unge, annan person eller ett objekt.

Den nya indelningen motiverades med behovet av ökad differentiering i förhållande till placerade barns och ungas stödbehov samt familjernas villkor och stöd från kommunen. Möjligheterna att använda fysisk guidning och avvärijande hjälp fördes över till de specialiserade familjehemmen. Allmänna och förstärkta familjehem har rätt att göra nödvändiga ingrepp i barnets eller den unges självbestämmande för att säkra barnets eller den unges intresse. Den rätten regleras i en särskild lag.³

² 66 a–b §§ serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 5 kap. 43 § barnets lov.

³ Forslag til Lov om ændring af lov om social service, lov om socialtilsyn, lov om voksenansvar for anbragte børn og unge og ligningsloven, Retsinformation 2018/1 LSF 8, s. 7 ff. Se även § 3 voksenansvarsloven (lov om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter lov om social service).

Godkännande/tillstånd

Allmänna, förstärkta och specialiserade familjehem godkänns av socialtillsynen, som utförs i fem regioner med varsin kommun som ansvarig för arbetet med tillstånd och tillsyn inom det sociala området. Som en del av förändringen inom familjehemsområdet har den danska regeringen bedömt att socialtillsynen behöver arbeta mer likartat i hela landet. En ny, kunskapsbaserad grundutbildning ska utvecklas och ingå som en central del av processen för godkännande. Grundutbildningen ska ge familjehemmen förutsättningar att klara sitt uppdrag, men också socialtillsynen information om familjernas kompetens för uppgiften. Specialiserade familjehem förutsätts ha grundlig erfarenhet av arbete med utsatta barn och unga samt lämplig utbildning. Familjehem som har godkänts av socialtillsynen listas i Tilbudsportalen, som Social- og Ældreministeriet ansvarar för. Bara användare med särskild inloggning kan se vilka familjer som har godkänts.

Nätverksfamiljehem godkänns av den kommun som ansvarar för placeringen av barnet eller den unge. Även nätverksfamiljehem ska genomgå grundutbildning för att bli godkända.

Ytterligare regler om godkännande av familjehem ska fastställas enligt barn- och socialministerns bemyndigande. Det kan handla om former för hembesök, samtal med alla familjemedlemmar och hur grundutbildningen konkret ska integreras i godkännandeprocessen.⁴

Stöd

Den kommun som ansvarar barnets eller den unges vistelse i familjehemmet ansvarar för att familjen under placeringen löpande tar del av den utbildning, övervakning, rådgivning och vägledning som är nödvändig för uppdraget. En annan person i kommunen ska svara för dessa uppgifter än den som avtalat om ersättning och andra villkor med familjehemmet.

Stödet till familjehemmet ska vara intensivt under det första året av placeringen och påbörjas under det första halvåret, om inte särskilda hänsyn till barnet eller den unge talar emot det. I så fall påbörjas stödet senast ett år efter att placeringen inletts.⁵

⁴ Forslag til Lov om ændring af lov om social service, lov om socialtilsyn, lov om voksenansvar for anbragte børn og unge og ligningsloven. Retsinformation 2018/1 LSF 8, s. 10 f.

⁵ 66 c § serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 5 kap. 56 § andra stycket.

Specialiserade familjehem har en utvidgad rätt till övervakning och utbildning för sitt uppdrag eftersom de tar emot barn och unga med särskilt omfattande problem och behov.

Tillsyn

Familjehemmen står under tillsyn av det danska socialtillsynen. Tillsynen görs enligt den så kallade kvalitetsmodell som den danska Socialstyrelsen tagit fram med indikatorer och kriterier för god kvalitet i familjehemmens arbete. Kvalitetsmodellen är indelad i sju områden:

- Utbildning och sysselsättning
- Självständighet och relationer
- Målgrupp, metoder och resultat
- Hälsa och trivsel
- Familjestruktur och familjedynamik
- Kompetenser
- Fysiska ramar.

Inom varje område finns minst ett kvalitetskriterium med en eller flera indikatorer. Inom det första området är kriteriet att familjehemmet stödjer barn att utnyttja sin fulla potential i förhållande till skolgång, utbildning och sysselsättning. Indikatorerna är att barnet deltar i dagverksamheter, grundskola eller annan utbildning eller sysselsättning samt att barnet har en stabil närvaro där.⁶

Utöver detta ansvarar Ankestyrelsen för att på nationell nivå behandla klagomål på vården och genomföra vissa undersökningar av kvalitet inom bland annat det sociala området.

⁶ Social- og Boligstyrelsen, Danmsrl (2021). *Kvalitetsmodel for socialtillsyn. Temaer, kriterier og indikatorer for plejefamilie, Version iht. BEK nr. 2665 af 28/12/2021.*

Institutionsvård

Indelning

Dygnsvård i institutioner delas in efter graden av säkerhet enligt den danska serviceloven. Det gäller

- öppna (alimindelige) institutioner,
- delvis låsta institutioner och delvis låsta avdelningar på institutioner,
- säkrade institutioner och
- särskilt säkrade avdelningar.

En genomgående del av arbetet vid alla typer av institutioner och avdelningar är socialpedagogisk behandling, men inriktningen och omfattningen varierar.

Placering i delvis låsta institutioner och delvis låsta institutionsavdelningar kan göras för barn och unga mellan 12 och 17 år och endast när det är avgörande för den socialpedagogiska behandlingen att kunna låsa ytterdörrar och fönster i perioder eller att fysiskt kunna fasthålla barnet eller den unge. Vidare ska det finnas risk för att barnets eller den unges hälsa eller utveckling lider allvarlig skada på grund av kriminellt beteende, missbruksproblem eller andra beteende- eller anpassningsproblem hos barnet eller den unge.⁷

Säkrade institutioner och avdelningar får bara användas för barn och unga när

- det är absolut påkallat för att förhindra att barnet eller den unge skadar sig själv eller andra och risken för skada inte på ett försvarbart sätt kan förhindras genom andra mer lämpliga förhållningsregler
- det under en inledande period är absolut påkallat för att ta fram ett underlag för den vidare socialpedagogiska behandlingen
- det mot bakgrund av den inledande iakttagelsesperioden fastställs att det är absolut påkallat att inledas ett längre behandlingsförlopp på en säkrad avdelning eller institution.

⁷ 63 a § serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 5 kap. 61 § barnets lov.

Säkrade institutioner och avdelningar får också användas för barn och unga för vissa påföljder efter brott eller när ett barn under 15 år saknar uppehållstillstånd i landet. Under vissa förhållanden, som avser arbetet mot ungdomskriminalitet, kan föreståndaren för en öppen institution eller dennes ställföreträdare besluta om att barnet eller den unge tillfälligt förs över till en säkrad institution eller avdelning.⁸ Unga kan också placeras i säkrade institutioner av straffrättsliga skäl och då blandas med unga som är placerade där av de skäl som anges i serviceloven (från och med 2024 i Barnets lov).⁹

Särskilt säkrade avdelningar får bara användas för barn och unga när kraven för placering i en säker institution eller avdelning är uppfyllda och en placering där inte är eller kommer att vara tillräcklig på grund av att barnet eller den unge har ett så våldsamt eller psykiskt avvikande beteende. Om det handlar om ett psykiskt avvikande beteende ska det finnas en skriftlig läkarbedömning av att barnet eller den unge uppvisar aktuella symtom på en diagnos. Under vissa förhållanden, som avser arbetet mot ungdomskriminalitet, kan föreståndaren för en säkrad institution eller dennes ställföreträdare besluta om att barnet eller den unge tillfälligt förs över till en särskilt säkrad avdelning.¹⁰

Utöver indelningen i lagen pågår ett arbete med att differentiera och utveckla det insatserna inom det som i serviceloven benämns det mest specialiserade socialområdet och området för den mest specialiserade specialundervisningen. Den danska Social- och Boligstyrelsen ska ge kommunerna gratis vägledning och rådgivning inom dessa områden. Myndigheten ska också definiera de målgrupper och insatser som berörs och vid behov begära att kommunerna organiserar sitt eget arbete eller sin samverkan med andra kommuner så att insatser med tillräckligt hög kvalitet är tillgängliga. I undantagsfall kan Social- och Boligstyrelsen ålägga en kommun eller region att starta och driva en specialiserad insats som annars inte skulle vara tillgänglig.¹¹

I anslutning till arbetet med det mest specialiserade socialområdet ansvarar Social- och Äldreministeriet för den så kallade Tilbudsportalen, där utförare av de mest specialiserade insatserna listas och som Social- och Boligstyrelsen kan kontrollera.¹² Arbetet med de mest

⁸ 63 b § serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 5 kap. 62 § barnets lov.

⁹ Barne-, ungdoms- och familiedirektoratet/Deloitte 2019 s. 36 f.

¹⁰ 63 c § serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 5 kap. 63 § barnets lov.

¹¹ 13 b–13 c §§ serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 20 kap. 160–161 § § barnets lov.

¹² 14 §§ serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 20 kap. 164 § barnets lov.

specialiserade insatserna omfattar både familjehem och institutioner. På uppdrag av regeringen utvecklas arbetet nu på olika sätt.¹³

Godkännande/tillstånd

Institutionerna godkänns av socialtillsynen och listas i Tilbudspor-talen. På portalen är uppgifter om bland annat institutionernas drifts-form, platsantal och avgifter offentliga.

Särskilda kompetens- och bemanningskrav för institutionsvården anges inte i lagstiftningen. De enskilda institutionerna är fria att själva avgöra personaltätheten. Enligt praxis är det dock högre bemanning på särskilt säkrade institutioner, där det oftast också finns psykolog.¹⁴

Tillsyn

Socialtillsynen ansvarar för tillsynen av institutioner. Även här finns det en kvalitetsmodell som den danska Social- og Boligstyrelsen tagit fram med indikatorer och kriterier för god kvalitet. Denna kvalitetsmodell är inte särskilt utformad för institutionerna utan avser alla sociala insatser utom familjehem. Modellen är indelad i samma sju områden som kvalitetsmodellen för familjehem och har samma struktur med kriterier och indikatorer inom varje område.¹⁵ Kvalitetsmodellen används också som utgångspunkt för frågor om verksamheter som söker tillstånd att vara institutioner.

Omfattning

Med tanke på de förändringar som skedde i familjehemsvården den 1 juli 2019 är statistiken över placeringsformer delvis svårtolkad. Barn fortsätter att vara placerade i tidigare former av familjehem samtidigt som de nya formerna successivt ersätter dessa. Genomslaget av förstärkt familjehem framgår dock tydligt. Den 31 december var 2 284 barn placerade i denna nya form av familjehemsvård, vilket kan

¹³ Se t.ex. Socials- og Boligstyrelsen, Danmark, Om National koordination: <https://sbst.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination/national-koordination> (hämtad 2023-09-18).

¹⁴ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet/Deloitte 2019 s. 72.; Ankestyrelsen, Danmark (2018). *Pædagogisk praksis på de sikrede døgninstitutioner*.

¹⁵ Social- og Boligstyrelsen 2021.

jämföras med att 2 028 barn var placerade i allmänt familjehem och 1 034 i nätverksfamiljehem. Samtidigt var 292 barn placerade i den nya formen specialiserat familjehem med inriktning enbart på barn med tunga eller omfattande (svære) stödbehov.

Vidare var 2 043 barn placerade i institutioner med öppna avdelningar, 55 barn i delvis låsta institutioner eller delvis låsta avdelningar och 108 barn i säkra avdelningar på dygnsinstitutioner.¹⁶ I huvudsak drivs de öppna och allmänna (almindelige) institutioner av kommunerna.

År 2019 fanns det omkring 200 öppna institutioner och åtta säkrade institutioner med totalt 106 platser, av vilka två institutioner med särskilt säkrade avdelningar med fem platser var. Institutionerna hade en beläggning på omkring 90 procent. Av de barn som var placerade i säkrade institutioner var 90 procent pojkar och 70 procent i åldern 16–17 år. Andelen barn som placeras i säkrade institutioner på grund av sociala vårdbehov och inte som en påföljd efter brott har också ökat under senare år.¹⁷

Eftervård

Både fortsatt placering (vård) och stöd har benämnts eftervård (eftervårn) i Danmark, men kallas i Barnets lov för ”ungestøtte”. Dessa insatser kan ges till den som var placerad omedelbart innan 18-årsdagen eller hade en så kallad fast kontaktperson till samma ålder. Fortsatt placering och fortsatt eller ny fast kontaktperson är också grundläggande delar av eftervården. Insatserna pågå tills den unge fyller 23 år.

Regleringen av insatserna är relativt omfattande både i nu gällande lag och i barnets lov.¹⁸ Samtidigt har området uppmärksamats i flera uppföljningar och utvärderingar som visat på utvecklingsbehov.¹⁹ Det nationella forsknings- och analyscentret VIVE har genomfört ett projekt om eftervården och pekat på vikten av att insatserna utfor-

¹⁶ Danmarks statistikk, *Anbrage børn og unge pr. 31. december efter foranstaltning, landsdel, alder, køn, anbringelsessted og tid*:

<https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp> (hämtad 2022-03-30). Utöver detta var 1 969 placerade i den ytterligare placeringsform som kallas boenden (opholdssted) för barn och unga den 31 december 2020.

¹⁷ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet/Deloitte 2019 s. 32.

¹⁸ 76 § serviceloven. Från och med den 1 januari finns bestämmelsen i 10 kap. 113 § barnets lov.

¹⁹ Se t.ex. Deloitte (2017). Eftervårn og den gode overgang til voksenlivet: Undersøgelse af efterværnsområdet i Danmark. Tillgänglig via Social- og Boligstyrelsen:

<https://sbst.dk/udgivelser/2017/eftervaern-og-den-gode-overgang-til-voksenlivet-undersoegelse-af-eftervaernsomraadet-i-danmark>.

mas i nära samverkan med de unga och att insatserna rymmer lärande när det gäller bland annat sociala koder, relationer och färdigheter.²⁰

I den samlade utvecklingsarbete som nu pågår (se nedan) ingår eftervården efter rapporter om bristande stöd i praktiken till barn och unga som varit placerade. Bland annat har risker för hemlöshet efter placering uppmärksammas som ett problem trots den eftervård som kommunerna redan är skyldiga att ge.²¹

Barnen först och ny barnlag – aktuellt utvecklingsarbete

Samhällsvården berörs också av det arbete som den danska regeringen nu bedriver med en ny barnlag (barnets lov) och andra insatser i handlingsprogrammet ”Børnene Først”, som en mycket bred politisk majoritet ingick ett avtal om i maj 2021. Den nya lagen 2024.²² Utöver den nya lagen omfattar avtalet åtgärder inom flera områden, bland annat dessa:

- Bättre och tidigare insatser för utsatta barn och familjer, inklusive tidigare placeringar i förebyggande syfte, obligatorisk utredning av situationen för syskon till placerade barn och krav på en plan för stöd till vårdnadshavare vid en placering.
- Färre skiften och mer stabilitet i vården, inklusive satsningar på fler nätverksplaceringar, riktlinjer för skonsamma övergångar i samband med placering, fler adoptioner av placerade barn och fler permanenta placeringar när barnets anknytning till familjehemmet blivit så stark att det är bäst för barnet att stanna kvar där.
- Fler rättigheter för barn, bland annat att barn får rätt att föra sin egen talan från 10 års ålder och kan motsätta sig umgänge med föräldrar och ändring av en placering mot deras vilja. Barn under 10 år får rätt till en second opinion via Ankestyrelsen om kommunen mot barnets vilja beslutar att ändra eller avsluta en placering. Barn ska också få rätt att be om en placering och tillgång till en kontaktfamilj om de är placerade i en institution.

²⁰ VIVE, *Efterværn – en explainer*: <https://www.vive.dk/da/temaet/eftervaern-en-explainer/> (hämtad 2023-09-19).

²¹ Social- og Ældreministeriet (2021). *Aftale mellem regeringen og Venstre, Dansk Folkeparti, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet og Kristendemokraterne om reformen Børnene Først. Maj 2021.*

²² Folketinget, L 93 *Forslag til barnets lov*: <https://www.ft.dk/samling/20222/lovforslag/l93/index.htm> (hämtad 2023-09-19).

- Bättre kvalitet i utredningen och stärkt rättssäkerhet, bland annat genom att två professionella ska delta i svårare utredningar och utveckling av en modell för utbildning av socialrådgivare/socialsekreterare som ger specialiserad kunskap om barnets rättigheter och samtal med barn och deras familjer.
- En god väg in i vuxenlivet, med utveckling av eftervården som trots en relativt stor omfattning inte bedöms nå tillräckligt många unga.

Bättre kvalitet i placeringarna är ytterligare ett område som tas upp i avtalet. I det arbetet ingår en reform av familjehemsvården med bildandet av nya familjehemscentrum som kan ge råd och stöd även under kvällar och helger samt nya villkor för familjehemmen. En arbetsgrupp ska ta fram förslag till en rikstäckande avlöningsmodell, ett pensionssystem och stärkt kompetensutveckling. Avtalet tar också upp behovet av ökad kompetens och kvalitet i institutionsvården. Regeringen och de partier som skrivit under avtalet hänvisar till det pågående arbetet med att utveckla de specialiserade sociala insatserna (se ovan) så att bland annat institutionsvården för barn och unga ska få en struktur för specialisering som liknar den som finns inom hälso- och sjukvården. Utöver det vill avtalsparterna avsätta ytterligare medel för att höja kvaliteten i institutionsvården och andra boende för placerade barn och unga.

För det samlade arbetet med punkterna i avtalet beräknas nästan 4,4 miljarder danska kronor avsättas under perioden 2021–2028. Därefter beräknas en bestående ambitionshöjning på drygt 730 miljoner danska kronor per år.²³

Finland

Vård av barn utom hemmet kan ordnas som familje- eller institutionsvård eller på något annat sätt som motsvarar barnets behov. Ett barn kan även tillfälligt placeras i sina föräldrars eller någon annan vårdnadshavares vård och fostran när barnets återgång till hemmet förbereds efter en placering utom hemmet, eller då det med hänsyn till barnets bästa av något annat skäl är motiverat. I vissa fall kan ett

²³ Social- og Ældreministeriet (2021).

barn också placeras på fängelsets familjeavdelning för att vårdas och fostras av en förälder som är häktad eller avtjänar ett fängelsestraff.²⁴

Vid valet av plats för vård utom hemmet bör särskild uppmärksamhet ägnas åt grunderna för omhändertagandet och barnets behov, upprätthållandet av barnets syskonförhållanden och andra nära mänskliga relationer samt kontinuiteten i vården. Dessutom ska hänsyn i mån av möjlighet tas till barnets språkliga, kulturella och religiösa bakgrund. Anstaltsvård ordnas om vård av barn utom hemmet inte med hjälp av tillräckliga stödåtgärder kan ordnas som familjevård eller någon annanstans på ett sätt som motsvarar barnets bästa.²⁵

I Finland kan placeringar både göras inom den sociala öppenvården och i samband med omhändertaganden med eller mot vårdnadshavarens eller barnets vilja. Dessutom kan brådskande placeringar göras i akuta situationer.

Ansvaret för ordnandet av socialvården fördes över från kommunerna till 21 välfärdsområdena den 1 januari 2023. Välfärdsområdena är självstyrande områden, tills vidare utan beskattningsrätt, som införts för att trygga jämlika tjänster, minska skillnaderna i välfärd och hälsa och dämpa kostnadsökningen.²⁶

Familjehem

Indelning

Målet med familjevården i Finland är att ge möjlighet till vård under hemliknande förhållanden och till nära människorelationer samt att främja personens grundtrygghet och sociala relationer.²⁷ Familjevården kan ges under en del av dygnet eller dygnet runt i familjevårdarens privathem eller i den vårdbehövandes hem. Den finska familjevården avser alltså inte bara placeringar i dygnsvård utan också andra former av stöd och vård som i Sverige går under andra benämningar.

Det finns både familjehem, utan närmare beskrivning, och professionella familjehem.²⁸ Den senare formen infördes när familjevårdslagen trädde i kraft den 1 april 2015. Professionella familjehem

²⁴ 10 kap. 49 § barnskyddslagen (13.4.2007/417)

²⁵ 10 kap. 50 § barnskyddslagen.

²⁶ Social- och hälsovårdsministeriet, *Välfärdsområdena ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet från början av 2023*: <https://stm.fi/sv/valfardsomraden> (hämtad 2023-0-19).

²⁷ 1 § familjevårdslagen (20.3.2015).

²⁸ 3 § familjevårdslagen.

fanns i praktiken innan dess, men behovet av att införa och definiera begreppet i lagstiftningen ansågs vara stort. Syftet var att underlätta uppföljningen och tillsynen inom området, men också bidra till att utveckla familjevård som ett alternativ till institutionsvård.²⁹

I vanliga fall får högst fyra personer vårdas samtidigt i ett familjehem, inklusive de barn under skolåldern och andra personer i behov av särskild vård eller omsorg som bor i samma hushåll som vårdaren. Om det på vårdstället bor minst två personer som svarar för vården, fostran eller den övriga omsorgen i familjehemmet så får dock upp till och med sex personer vårdas samtidigt. I professionella familjehem får högst sju personer vårdas samtidigt, om det på vårdstället bor minst två personer som svarar för vården, fostran eller den övriga omsorgen i familjehemmet. Vissa undantag från dessa regler anges dock i familjevårdslagen.³⁰

Godkännande/tillstånd

Ett familjehem ska till sina sanitära och övriga förhållanden vara lämpligt för den vård som ges där. Vid prövning av om ett familjehem är lämpligt ska särskild vikt fästas vid de mänskliga relationerna i familjehemmet samt vid vilka möjligheter familjevårdaren har att i enlighet med vad som är bäst för den som placeras i familjevård beakta och tillgodose den personens behov. Dessutom ska det utredas om de övriga medlemmarna i familjehemmet godtar den som placeras i familjevård och om personen kan få en jämbördig ställning i förhållande till de övriga medlemmarna i familjehemmet. Ett familjehem ska även i fråga om uppbyggnad, utrymmen och utrustningsnivå lämpa sig för familjevård.³¹

Personer som med hänsyn till sin utbildning, sin erfarenhet eller sina personliga egenskaper är lämpliga att ge familjevård kan godkännas som familjevårdare. Innan välfärdsområdet ingår ett uppdragsavtal om familjevård ska den som har för avsikt att arbeta som familjevårdare genomgå den förberedande utbildning som arbetet kräver.

²⁹ RP 256/2014 rd 297427 *Regeringens proposition till riksdagen med förslag till familjevårdslag*, s. 8 ff.

³⁰ 7–9 §§ familjevårdslagen.

³¹ 4 § familjevårdslagen.

Av särskilda skäl kan personen genomgå förberedande utbildning senast ett år efter placeringen.³²

Inom professionell familjevård krävs utöver detta att det finns minst två familjevårdare, varav åtminstone den ena har lämplig utbildning och tillräcklig erfarenhet av att arbeta med vård och fostran.³³ Professionella familjehem ska ha tillstånd enligt 7 § lagen om privat socialservice (922/2011). Tillstånd ska sökas hos det regionförvaltningsverk inom vars verksamhetsområde servicen produceras. Om servicen ges inom fler än ett regionförvaltningsverks verksamhetsområde, ska tillstånd sökas hos Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården.

Stöd

I det uppdragsavtal som ingås mellan en familjevårdare och välfärdsområdet ska parterna komma överens om bland annat

- arvode, kostnadsersättningar för vården och individuella behov hos den som får vården
- familjevårdarens rätt till ledighet, genomförandet av ledigheten samt betalning av arvode och ersättning för kostnader under ledigheten
- förberedelse, handledning och utbildning för familjevårdaren och hur dessa ska genomföras
- samarbetet mellan välfärdsområdet och familjevårdaren.³⁴

Kraven är delvis andra om avtalet ingås med en producent av privat familjevård.³⁵

Det välfärdsområde som svarar för ordnandet av familjevården ska på det sätt som antecknas i uppdragsavtalet se till att familjevårdaren får den förberedelse, handledning och utbildning som behövs och att den som har för avsikt att arbeta som familjevårdare får förberedande utbildning. För att ordna det stöd som behövs under familjevården ska en ansvarig person utnämnas för familjevårdaren

³² 6 § familjevårdslagen.

³³ 6 § familjevårdslagen.

³⁴ 10 § familjevårdslagen.

³⁵ 11 § familjevårdslagen.

för varje vårdbehövande. Familjevårdaren ska ges tillräcklig möjlighet att få stöd och möta den som ansvarar för stödet.³⁶

Om inte något annat har överenskommit i uppdragsavtalet ska familjevårdaren ha möjlighet till ledighet två dygn för varje kalendermånad som vårdaren arbetat minst 14 dygn som familjevårdare.³⁷ I familjevårdslagen anges nivåer på arvode och kostnadsersättningar som gäller om inte välfärdsområdet och familjehemmet kommit överens om något annat. Det framgår också att välfärdsområdet ska teckna olycksfallsförsäkring för familjehemmet.³⁸ Bestämmelser om pensionsskyddet för familjevårdare i uppdragsförhållande finns i lagen om kommunala pensioner (549/2003).

Tillsyn

Den kommun som ansvarar för placeringen ska se till att den genomförs enligt vad som anges i familjevårdslagen och att den behöver vården får den service och de stödåtgärder som behövs av den kommun där personen är placerad. Socialvården i placerande kommun och i den kommun där familjehemmet finns får inspektera verksamheten på plats. Lokaler som används för boende av permanent natur får inspekteras bara om det är nödvändigt för att säkerställa klientens ställning och behörig service.

En inspektion får förrättas utan förhandsanmälan. Inspektören ska ges tillträde till alla lokaler på platsen för familjevård och har rätt att ta fotografier under inspektionen.

Om familjehemmet eller den vård och fostran som ges där konstateras vara olämpliga eller bristfälliga, ska organet försöka avhjälpa bristen med hjälp av styrning. Om bristen inte har avhjälpits inom utsatt tid ska organet se till att vården av den vårdbehövande ordnas på ett sätt som är förenligt med personens bästa och behov. Vid behov ska de vårdbehövande flyttas till ett annat vårdställe som svarar mot deras behov.

För tillsynen av professionella familjehem gäller ytterligare bestämmelser i 4 kap. i lagen om privat socialservice.

³⁶ 15 § familjevårdslagen.

³⁷ 13 § familjevårdslagen.

³⁸ 20 § familjevårdslagen.

Institutionsvård (anstaltsvård)

Indelning

Barnskyddsanstalterna delas in i barnhem och skolhem samt andra med dem jämförbara barnskyddsanstalter.³⁹ Exempel på typer av barnskyddsanstalter som inte nämns i barnskyddslagen är ungdomshem, mottagningshem och familjestödscentraler.

Godkännande/tillstånd

Tillstånd för barnskyddsanstalter i enskilda regioner beviljas av Regionförvaltningsverket. Riksomfattande tillstånd ansöks från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården. Tillstånd till privata serviceproducenter regleras i lagen om privat socialservice (922/2011).

En barnskyddsanstalt skall ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaler och tillräcklig och ändamålsenlig utrustning. I en barnskyddsanstalt kan finnas en eller flera bostadsenheter. Enheterna kan även fungera var för sig.⁴⁰

Flera detaljerade krav gäller för antalet boende och antalet personal:

- I en bostadsenhet får högst sju barn eller unga personer vårdas tillsammans. I samma byggnad får högst 24 barn eller unga personer vara placerade samtidigt. Om anstaltsvård ordnas för ett barn tillsammans med en förälder, vårdnadshavare eller någon annan person som svarar för barnets vård och fostran, kan även flera barn vårdas tillsammans.
- Minst sju anställda ska vara sysselsatta i vård- och fostringsuppgifter i varje bostadsenhet. Om det finns flera bostadsenheter i samma byggnad, skall det per bostadsenhet finnas minst sex anställda som är sysselsatta i vård- och fostringsuppgifter. Om en anställd som är sysselsatt i vård- och fostringsuppgifter bor tillsammans med de barn eller unga personer som vårdas, kan avvikelse göras från nämnda antal anställda.

³⁹ 57 § barnskyddslagen.

⁴⁰ 58 § barnskyddslagen.

- I brådskande fall kan det göras en tillfällig avvikelse från antalet barn, om detta är nödvändigt för att barnets vård skall kunna ordnas. Anställda ska ställas i relation till antalet barn eller unga personer som vårdas, den vård och fostran de behöver samt verksamhetens natur.⁴¹

En barnskyddsanstalt ska ha ett tillräckligt stort antal yrkesutbildade personer inom socialvården och tillräcklig annan personal för den vård och fostran som barn och unga personer behöver. Enligt 3 § lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) är dessa personer de som har fått rätt att utöva yrke (legitimerad yrkesutbildad person) och de som har rätt att använda en yrkesbeteckning för en yrkesutbildad person inom socialvården (yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning). Legitimerade yrkesutbildade personer inom socialvården är socialarbetare, socionom, genom inom äldreården och rehabiliteringsledare. Med socialarbetare avses en person som i Finland har avlagt högre högskoleexamen i vilken det ingår eller utöver vilken personen har genomfört huvudämnesstudier i socialt arbete eller universitetsstudier i socialt arbete motsvarande ett huvudämne.⁴² Yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning är närvårdare, hemvårdare och vårdare av utvecklingshämmande.

Den föreståndare som ansvarar för vård- och fostringsuppgifter vid anstalten ska uppfylla särskilda krav. För den yrkesmässiga ledningen av det sociala arbetet krävs rätt att utöva socialarbetaryrket på grundval av utbildning som genomgått i Finland.⁴³ Huvudsakligen administrativa ledningsuppgifter inom socialvården får skötas av en socialarbetare eller en person som har en för uppgiften lämplig högre högskoleexamen och kännedom om branschen samt dessutom tillräcklig ledarförmåga. Andra ledningsuppgifter inom socialvården, inklusive styrning av klientarbetet, får skötas av en person som har en för uppgiften lämplig högskoleexamen, kännedom om branschen och tillräcklig ledarförmåga.⁴⁴

Vid beräkningen av antalet anställda och personalstrukturen för personalen i vård- och fostringsuppgifter ska hänsyn tas till de särskilda behoven bland verksamhetsenhetens klienter och verksamhetens art. Personaltillgången, personalens kompetens och introduk-

⁴¹ 59 § barnskyddslagen.

⁴² 7 § lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården.

⁴³ 7 och 9 §§ lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården.

⁴⁴ 46 a § 3 mom. socialvårdslagen.

tionen av personalen ska tryggas så att brister i fråga om dem inte leder till tillgripande av begränsningar eller till sådana sätt att genomföra begränsande åtgärder eller sådan praxis som äventyrar barnets säkerhet eller kränker barnets människovärde.⁴⁵

Tillsyn

Regionförvaltningsverket och tillsyns- och tillståndsmyndigheten Valvira har tillsyn av barnskyddsanstalterna. Regionförvaltningsverket ska uppgifter följa verksamheten vid barnskyddsanstalterna med hjälp av inspektionsbesök på eget initiativ och i synnerhet övervaka deras bruk av begränsningar. I samband med tillsynen ska regionförvaltningsverket ge ett barn möjlighet till förtroligt samtal med en representant för verket.⁴⁶

Omfattning

Som framgår ovan har placering en vidare betydelse i Finland än i de andra nordiska länderna. År 2020 var 1,6 av alla barn i åldern 0–17 år var placerade utanför hemmet, men bara 1,1 procent var omhändertagna med eller mot vårdnadshavares eller sin egen vilja. Dessutom kan brådskande placeringar göras i akuta situationer.

Uppgifter om placerade barn och unga tyder ändå på att familjehemsvården svarar för en mindre del av samhällsvården för barn och unga i Finland än i övriga Norden. År 2020 var 38,9 av barn i åldern 0–17 år placerade i en familj utanför hemmet, 6,9 procent i ett professionellt familjehem och 36,2 procent i en institution. Andelarna var i stort sett desamma om åldersgruppen utsträcks till 0–20 år. Införandet av professionella familjehem som en särskild placeringsform verkar inte ha lett till större förändringar. Både i gruppen 0–17 år och 0–20 år har andelen placeringar i professionella familjehem minskat något sedan 2016 från 10,0 respektive 11,5 procent av alla placeringar.⁴⁷

⁴⁵ 60 § barnskyddslagen.

⁴⁶ 79 § barnskyddslagen.

⁴⁷ Sotkanet.fi, *Statistikuppgifter om finländarnas välfärd och hälsa*: <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/haku> (sökningar på indikatorer inom området barnskydd 2022-03-22).

Eftervård

Eftervård ska alltid ordnas när vård utom hemmet eller en långvarig placering inom öppenvården har avslutats, oberoende av barnets ålder.⁴⁸ Syftet med eftervården är att erbjuda barnet eller den unga stöd för boende, utbildning, social och psykisk funktionsförmåga, hälso- och sjukvård samt försörjning. Stödet inom eftervården utgår alltid från barnets eller den ungas individuella behov. Eftervården genomförs enligt en individuell klientplan för eftervården, som ses över regelbundet.⁴⁹ Skyldigheten att ordna eftervård omfattar också stöd till barnets eller den ungas föräldrar eller andra som ansvarar för fostran i synnerhet då barnet återvänder hem efter vård utom hemmet. I sådana fall kan stödet omfatta till exempel stödåtgärder inom öppenvården för föräldrarna eller ekonomiskt stöd.

Stödåtgärderna inom eftervården ska alltid planeras utifrån barnets eller den unges individuella behov och i samarbete med myndigheterna. Eftervården kan omfatta vilka tjänster som helst inom social- och hälsovården, utgående från barnets individuella behov. Tillräcklig försörjning och boende är grundförutsättningar för att barnet ska klara sig. De ska alltid ordnas när rehabiliteringen av den unga så kräver. För en ung person inom eftervården ska välfärdsområdet utan dröjsmål ordna ett tillräckligt ekonomiskt stöd samt rätta till bristerna i boendeförhållandena eller ordna en behovsrelaterad bostad när en otillräcklig försörjning, bristfälliga boendeförhållanden eller avsaknad av bostad är ett väsentligt hinder för rehabiliteringen.⁵⁰

Ansvar för eftervården ligger på det välfärdsområdet som ansvarar för barnets vård utom hemmet. Ansvar för behovsprövad eftervård ligger på det välfärdsområdet som har fattat beslut om eftervården.⁵¹ Skyldigheten att ordna eftervård upphör senast när den unga personen fyller 25 år eller när fem år har förflutit från det att barnet sedan en placering utom hemmet avslutades senast har varit klient hos barnskyddet.⁵² Åldersgränsen för när eftervården upphör höjdes från 21 till 25 år från och med den 1 januari 2020. I det finska barnskyddet avslutas klientrelationer överhuvudtaget vid 25 års ålder.

⁴⁸ 75 § barnskyddslagen.

⁴⁹ 30 § barnskyddslagen.

⁵⁰ 76 och 76 a §§ barnskyddslagen.

⁵¹ 16–16 b §§ barnskyddslagen.

⁵² 75 § barnskyddslagen.

När eftervården avslutas ska socialarbetaren vid behov tillsammans med den unga personen göra upp en plan, i vilken skrivs in de tjänster och stödåtgärder som den unga personen har tillgång till sedan eftervården avslutats.⁵³

Norge

Placeringar kan göras akut eller för planerad vård med eller utan samtycke från barnet eller den som har föräldraansvar för barnet. En ny lag om barnevernet, barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97), som gäller från och med 2023 nämns bara familjehem (fosterhjem) och institution som placeringsformer för vård med eller utan samtycke från barnet eller den som har föräldraansvar för barnet.⁵⁴ Det kan dock beslutas om placering även i en utbildnings- och behandlingsinstitution vid vård utan samtycke.

Vid val av placeringsställe ska bland annat barnets synpunkt, identitet och behov av omsorg i en stabil miljö vägas in tillsammans med behovet av kontinuitet i barnets uppfostran samt barnets etniska, religiösa, kulturella och språkliga bakgrund. Det ska också läggas vikt vid hur länge vård utan samtycke ska pågå och på barnets umgänge med föräldrar, syskon och andra som barnet har en nära anknytning till. Om barnet ska bo i familjehem ska barnevernet bedöma om någon i barnets familj eller nära nätverk kan väljas.⁵⁵

Familjehem

Indelning

Följande typer av familjehem finns i Norge:

- Familjehem inkl. förstärkta familjehem (kommunala)
- Familjehem för barn i familj- och nära nätverk (kommunala)
- Specialiserade familjehem (statliga)
- Jourhem (beredskapshjem) (statliga).

⁵³ barnskyddslagen 76 §.

⁵⁴ 3–2 och 5–3 §§ lov om barnevern (barnevernsloven) (LOV-2021-06-18-97).

⁵⁵ 5–3 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

Familjehem är den vanligaste formen i Norge. Familjehemsföräldrar ska ha särskild förmåga, tid och överskott till att kunna ge barn ett tryggt och bra (godt) hem.⁵⁶ Den kommunala barneverntjänsten har ansvar för att välja ett lämpligt familjehem utifrån barnets behov. Familjehem kan även förstärkas med olika stödinsatser vid behov.

Familjehem för barnets familj eller nätverk blir familjehem på samma sätt som andra familjehem. De får även samma ersättning och uppföljning. Kraven för att bli familjehemsförälder för ett barn man känner är desamma som annars. Om det helt säkert bedöms vara till barnets bästa att placeras hos någon de känner kan man eventuellt avvika något från kraven. 31 procent av alla barn i fosterhem i Norge bodde 2020 i nätverkshem. Det har ökat med nästan 30 procent de senaste fem åren.⁵⁷

Sedan 2022 kan placeringar i särskilda fall göras i specialiserade familjehem som den statliga myndigheten Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetaten) bistår kommunerna med. Specialiserade familjehem är privata familjehem som har särskilda förutsättningar och kompetens för att ge omsorg till ett barn i en definierad målgrupp. De följs upp och får systematisk handledning och utbildning av Bufetat. Utöver grundutbildning får de specialanpassad utbildning för uppgiften innan och under placeringen. Bufetat kan erbjuda specialiserad familjehem till barn som bedöms vara i målgruppen och Bufetatdet finns ett tillgängligt specialiserat hem. Vård i specialiserade familjehem ska ge barn med behov av särskild omsorg uppföljning, god omsorg och förändringsmöjligheter. Specialiserade familjehem ska bara användas om barnets behov inte kan ges av ett ordinärt familjehem och det utifrån barnets bästa bedöms vara ett bättre alternativ än en barnevernsinstitution. Specialiserade familjehem är till för barn i målgruppen i alla åldrar, men ungdomar över 13 år prioriteras. Barn kan bo i specialiserade familjehem till de fyller 20 år. Familjehemmet kan även ingå ett avtal med Bufetat om att vara ordinarie familjehem tills den unge fyller 23 år.⁵⁸

Jourhem (beredskapshjem) har omsorgen för barn och unga i en akut situation och under en tillfällig period, tills man har hittat en

⁵⁶ § 9–3 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁵⁷ Bufdir, *Barn i fosterhjem og beredskapshjem*: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/barn_i_fosterhjem/ (hämtad 2023-09-19).

⁵⁸ Bufetat, *Tjenestekatalog Fosterhjem* (avsnitt 5.2.2): https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/tjenestekatalog_fosterhjem.pdf.

mer varaktig omsorgslösning eller tills de flyttar tillbaka till föräldrarna. Staten i Norge har en skyldighet att förse kommunerna med jourhem. Det är önskvärt att jourhemsföräldrar har relevant kompetens eller erfarenhet. Det kan till exempel vara yrkesmässig erfarenhet av att arbeta med barn och unga, relevant utbildning eller tidigare erfarenhet som familjehemsförälder. I ett jourhem är en av de vuxna anställda av Bufetat på heltid. Jourhemmen följs upp nära av Bufetat och får utbildning och kontinuerlig handledning.⁵⁹

Godkännande/tillstånd

Barneverntjenesten i den placerande kommunen har ansvar för att godkänna familjehemmet. Alla familjehem måste genomgå en utredning och en utbildning innan kommunen kan bestämma huruvida familjen är lämplig att bli familjehem. Detta görs genom ett program som heter PRIDE och tillhandahålls av Bufetat. Kursen omfattar 30 timmar och kan bestå av både fysiska och digitala möten. Mellan mötena ges läxor och det genomförs hembesök i familjehemmet. Processen tar normalt cirka tre till fyra månader.⁶⁰

Kraven för att bli ett specialiserat familjehem är annorlunda än för att bli ett vanligt familjehem. De ska ha särskilda förutsättningar för att kunna ge omsorg till barn och unga med behov för tät uppföljning. Det är önskvärt att en av de vuxna har relevant utbildningsbakgrund, yrkesmässig erfarenhet eller tidigare erfarenhet som fosterhem. Specialiserade familjehem måste vara godkända som familjehem och ha genomfört grundutbildningen för familjehem. Specialiserade familjehem får utöver det även specialanpassad utbildning (opplæring) för uppdraget både innan och under placeringen. De följs också upp oftare och får systematisk handledning och ”opplæring” från konsulenter på den statliga nivån, Bufetat.⁶¹

Att vara jourhem ställer särskilda krav på familjehemmet eftersom man måste vara beredd på att ta emot ett barn i kris. Kraven på jourhem är därför samma som för specialiserade familjehem. Jourhem måste också vara godkända som fosterhem och ha genomfört grund-

⁵⁹ Bufetat, *Tjenestekatalog Fosterhjem* (avdelning 5.1).

⁶⁰ Bufdir, *Prosessens for å bli fosterhjem*: <https://ny.bufdir.no/fosterhjem/prosess/> (hämtad 2023-09-18).

⁶¹ Bufdir, *Ulike typer fosterhjem*: <https://ny.bufdir.no/fosterhjem/ulike-typer-fosterhjem/#spesialisertefosterhjem> (hämtad 2023-09-18).

utbildningen. Dessutom får de ”opplæring” som är anpassad för beredskapshem och får tät uppföljning av Bufetat.⁶²

Stöd

Familjehem får, om kommunerna ber om det, erbjudande om grundutbildning (inklusive godkännande) från Bufetat. Kommunerna kan annars välja att själv ge fosterhemmet utplärningen utifrån riktlinjer från staten. Alla som blir familjehem har en plikt att ta emot det.

Utöver grundutplärningen finns olika typer av förstärkningsinsatser. Dessa innefattar till exempel särskild handledning, avlastning, ökad ersättning eller ”friköp” (möjlighet att ta ledigt från arbetet). Insatserna kan vara kortvariga eller mer varaktiga och de kan kombineras. Målet med förstärkningsinsatser är att barn ska kunna bo kvar i sitt familjehem även när barnet eller familjehemmet har behov av extra stöd under en kortare eller längre tid. Bufetat kan ge kommunerna handledning om vilka insatser som finns och rekommenderas till det specifika barnet.⁶³

Barneverntjenesten och familjehemmet ska ingå ett skriftligt avtal om respektive parts förpliktelser. Avtalet är framtaget av Bufdir.

Tillsyn

Barneverntjenesten i den placerande kommunen ska följa upp placerade barns situation i familjehemmet. Barneverntjenesten ska besöka familjehemmet så ofta som nödvändigt, men minst 4 gånger per år. Om barneverntjenesten bedömer att förhållandena i familjehemmet är goda kan besöken minskas till minimum 2 gånger per år för barn som har varit placerade i familjehem i mer än 2 år. Uppföljningsansvaret inkluderar råd, handledning och stöd till familjehemsföräldrar så länge barnet är i familjehemmet.⁶⁴

Kommunen som familjehemmet bor i ska dessutom utföra tillsyn på familjehemmet från det att placeringen inleds tills barnet fyller 18 år.

⁶² Bufdir, *Ulike typer fosterhjem*: <https://ny.bufdir.no/fosterhjem/ulike-typer-fosterhjem/#spesialisertefosterhjem> (hämtad 2023-09-18).

⁶³ Bufdire, *Veiledning og oppfølging av fosterforeldre*: <https://www.bufdir.no/fosterhjem/veiledning-og-oppfolging-av-fosterforeldre/> (hämtad 2023-09-19).

⁶⁴ § 7 F18.12.2003 nr 1659Forskrift om fosterhjem.

Tillsynen ska säkra att barnet får försvarbar omsorg i familjehemmet och att de förutsättningar som föranledde placeringen följs upp.⁶⁵ Det omfattar även tillsyn på att barnets etniska, religiösa, kulturella och språkliga bakgrund tillvaratas, inklusive samiska barns rätt till sitt språk och kultur. ”Fosterhjemskommunen” och ”omsorgskommunen” kan avtala vem som ska ha ansvar för tillsynen.⁶⁶

Tillsynen utförs av en oberoende tillsynsperson som utses av kommunen. Tillsynspersonen kan vara en privatperson som bör ha erfarenhet av att arbeta med barn. Tillsynspersonen bör ha samma kulturella eller språkliga tillhörighet som barnet eller besitta kompetens i minoritetsbarns eget språk eller kultur.⁶⁷ Tillsynen genomförs genom föransända hembesök hos familjehemmet minst fyra gånger per år. Efter varje besök lämnar tillsynspersonen en skriftlig rapport till barneverntjänsten.

Institutionsvård

Institutionsvården i Norge skiljer sig på flera sätt från den i de andra nordiska länderna. Som framgår ovan har den mindre omfattning än i de andra länderna. Statens ansvar för institutionsvården går också längre. Det är Bufetat som ansvarar för etablering och drift av de institutioner som faller under barnevernsloven.⁶⁸ Barnevernet ska fortlöpande följa upp placeringen och värdera beslutet när placeringen pågått i sex månader. Placeringen får bara göras om institutionen professionellt (faglig) och materiellt är i stånd att ge barnet tillfredsställande hjälp i förhållande till syftet med placeringen.⁶⁹

Ett barn kan placeras i en institution till följd av allvarliga beteendeproblem med eller utan samtycke från barnet eller den som har föräldraansvaret. Det kan handla om allvarlig eller upprepad kriminalitet, missbruksproblem eller andra problem. Placeringen får göras i upp till fyra veckor eller den tid som beslutas vid placeringen för observation, undersökning och kortare behandling. Vid ett nytt beslut kan placeringen förlängas med upp till ytterligare fyra veckor.

⁶⁵ I den norska lagstiftningen är ”forsvarlig” ett återkommande ord. Här översätts det med ”försvarbar”, som enligt Svensk ordbok innebär något som kan försvaras. Ett alternativ kan vara ”skäligen”, det vill säga något som det finns goda skäl för men också något som är rimligt eller befogat.

⁶⁶ § 8 F18.12.2003 nr 1659 Forskrift om fosterhjem.

⁶⁷ § 8 F18.12.2003 nr 1659 Forskrift om fosterhjem

⁶⁸ 16–3 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁶⁹ 10 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

Om det är troligt att barnet behöver mer långvarig behandling kan barnet placeras i en behandlings- eller utbildningsinstitution i upp till tolv månader utan eget samtycke eller samtycke från den som har föräldraansvaret. Vid ett nytt beslut kan den placeringen förlängas med upp till ytterligare tolv månader.

Den nya barnevernsloven anger som övergripande kvalitetskrav på institutionsvården att ge försvarlig (ungefär: försvarbar) omsorg och behandling. Institutionen ska bemöta barn hänsynfullt och med respekt för deras personliga integritet samt värna den enskildes rättssäkerhet.⁷⁰ I den nya lagen anges också förutsättningarna för institutionsvården mer samlat än i dag, till exempel vid akuta placeringar. Vissa ändringar har också gjorts. Ett exempel är kriterierna för placering med eller utan samtycke i institution. Från och med 2023 avser de barn som begår allvarliga eller upprepade lagbrott, har ett problematiskt bruk av droger (rusmidler) eller har annan form av utpräglad normlöst beteende.⁷¹

Till skillnad från i de andra nordiska länderna finns det inte säkrade eller låsta institutioner för barn och unga vårdbehov i Norge. Det finns dock ett antal möjligheter för institutionerna att ingripa mot barnets vilja i konkreta situationer, till exempel genom fasthållning, begränsning av besök, kropps- och rumsvisitation m.m. Dessa regleras genom föreskrifter från regeringen. Det finns också två särskilda enheter för unga i åldern 15–18 år som dömts till fängelsestraff och vårdas i institution för att inte behöva vara i kriminalvården. Dessa enheter har fyra platser var och en förhöjd säkerhetsnivå.⁷²

Med den nya barnevernsloven kommer användningen av maktmedel vid institutioner att göras i lagen i stället för i särskilda föreskrifter. En utgångspunkt är att institutionen får använda milda former av fysisk makt om det är uppenbart nödvändigt för att ge barnet försvarbar omsorg eller om det är uppenbart nödvändigt för att värna trygghet och trivsel för alla på institutionen. Det kan handla om att kortvarigt hålla fast barnet eller leda barnet.⁷³ Institutionen ska dock arbeta systematiskt för att förebygga tvång och andra ingrepp i barns personliga integritet. Institutionen ska också gå igenom använd-

⁷⁰ 4-4-4-5 §§ barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁷¹ 6-1-2 §§ barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁷² Det Kongelige barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. *Rundskriv Q-19/2012 (juni 2012). Retningslinjer til forskrift 15. november 2011 om rettigheter og bruk av tvang under opphold på barneverninstitusjon (rettighetsforskriften).*

⁷³ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet/Deloitte 2019 s. 36.

ningen av tvång och andra maktmedel med barnet så snart som möjligt efter ingripandet.

Indelning

Det finns ingen särskild kategorisering av institutionerna i den nu gällande barnevernsloven, men de brukar delas in i akut-, omsorgs- och behandlingsinstitution utifrån vad som anges i lagen.⁷⁴

I den nya lag som gäller från 2023 används ”atferdsinstitusjon” som en övergripande benämning växelvis med ”barnevernsinstitusjon” och enbart ”institusjon”. För barn med funktionsnedsättning finns utbildnings- eller behandlingsinstitution.⁷⁵ Institutioner kan också ha särskilda hem för att ta emot barn med allvarliga beteendeproblem och vara knutna till en enhet för uppföljning av hemmen med ansvar också för utbildning, behandling och vägledning för hemmen.⁷⁶ I förslaget till den nya barnevernsloven understryker den norska regeringen att den fortsatta differentieringen av vård för olika målgrupper inte ska läggas fast i lag utan göras professionellt i ljuset av ny kunskap och erfarenhet.⁷⁷

Inom dessa ramar har Bufetat ansvar för att det finns ett tillräckligt utbud av differentierade institutionsplatser (Oslo kommun har dock ett eget ansvar för sin institutionsvård). Ytterligare en målgruppsdifferentiering har i praktiken införts för barn och unga som vårdas i institution med beteendeproblem. Differentieringen regleras inte i lag, men tillämpas av det nationella intagsteamet (NIT) vid institutionsplaceringar. Den innebär att vården vid olika avdelningar har utformats för att motsvara behoven hos följande tre målgrupper:

- Unga med allvarliga beteendeproblem och låg risk för att utveckla bestående problem med kriminalitet in i vuxen ålder.
- Unga med allvarliga beteendeproblem och hög risk för att utveckla bestående problem med kriminalitet in i vuxen ålder.
- Unga med bestående missbruksproblem. Dessa unga kan också ha beteendeproblem, men missbruksproblematiken dominerar.

⁷⁴ Bufdirektoratet, *Bistand från Bufetat*: <https://www.bufdir.no/Barnevern/Inntak>.

⁷⁵ 5–2 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁷⁶ 10–22 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁷⁷ Det Kongelige Barne- og familjdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021) *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernsloven*, s. 342.

Målgruppsdifferentieringen görs för att undvika att unga som placeras i institution påverkar varandra och bidrar till en negativ utveckling. Målgruppsvärderingen görs av en psykolog och med hjälp av ett särskilt riskbedömningsinstrument (YLS/CMI) som kartlägger riskfaktorer för att varaktiga beteendeproblem som missbruk, kriminalitet och våld utvecklas och fortsätter. Unga med allvarliga beteendeproblem kan erbjudas plats på en institution som tillämpar behandlingsmodellen MultifunC.

Differentieringen kompletteras med ett standardiserat vårdförlopp vid institutionsvård för barn. Det standardiserade vårdförloppet har utarbetat av en ”spetskompetensmiljö” inom Barne-, ungdoms- och familjedirektoratet (Bufdirektoratet) och implementeras nu i myndighetens omsorgsinstitutioner. Syftet är att säkerställa att insatserna i alla dessa institutioner genomförs med utgångspunkt i gemensamma övergripande målsättningar och professionell metodik baserad på ett gemensamt kunskapsunderlag och ett gemensamt administrativt ramverk. Ramverket ska bidra till bättre kartläggningar av de ungas behov och mer systematisk uppföljning. Det standardiserade vårdförloppet innehåller också en operationalisering av barnevernets övergripande kvalitetsmål i konkreta kvalitetsindikatorer för omsorgsinstitutionerna.⁷⁸

Bufdirektoratet har hittills eftersträvat ytterligare en typ av differentiering som innebär att vården av barn med akuta behov och beteendeproblem koncentreras till de statliga institutionerna. Direktoratet anser att det finns särskilda svårigheter med att upphandla vården från privata utförare. De som behöver vården är särskilt utsatta, tjänsterna är komplexa, kvaliteten är svår att bedöma och den som upphandlar tjänsten har inte samma information om den som säljer. Målsättningen har till stor del uppnåtts vid de akuta placeringarna, men inte vid placeringar till följd av beteendeproblem. Regeringen har därför föreslagit att differentieringen i stället ska inriktas på att statliga institutioner ska svara för vården av barn med särskilt omfattande uppföljningsbehov.⁷⁹

⁷⁸ Det Kongelige Barne- og familjdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021).

⁷⁹ Se *Forskrift om godkjenning av private og kommunale institusjoner som skal benyttes for barn som plasseres utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernsloven* FOR-2003-10-27-1283.

Godkännande/tillstånd

Bufetat kvalitetssäkrar de statliga institutionerna för barn och unga och godkänner de privata institutionerna inom området.⁸⁰

I barnevernsloven finns övergripande krav på bemanning och kompetens i institutionsvården. Varje institution ska ha försvarbar bemanning och kompetens och en plan som säkrar en professionellt försvarbar verksamhet över tid. De anställda ska ha tillräcklig bredd och rätt nivå i förhållande till institutionens målgrupp och målsättning. ”Faglig personell” som anställs ska minst ha relevant kandidatexamen (bachelorutbildning), med möjlighet till undantag i vissa fall. Det avser personal som har till uppgift att ge försvarbar omsorg och behandling till de barn som bor i institutionen. Institutionen ska svara för att de anställda får nödvändig professionell vägledning och utbildning. Vilka utbildningar som ska anses relevanta är det upp till Bufdirektoratet att bedöma.⁸¹

Varje institution ska ha en föreståndare (leder) och en ställföreträdare för denne. Nya krav på dessa personers utbildning har nyligen införts med en införandeperiod till och med 2030. Då ska var varje föreståndare och ställföreträdande föreståndare ha relevant kandidatexamen och genomfört vidareutbildning på minst 30 poäng.⁸²

Vissa av dessa krav har nyligen införts i barnevernsloven efter att tidigare ha funnits i särskilda föreskrifter.⁸³ Det finns också andra krav i riktlinjer m.m. Utöver det finns ytterligare krav om att varje institution ska ha en hälsoansvarig som tillsammans med föreståndaren och övrig personal bidrar till att barnen får nödvändig hälsovård.⁸⁴ Bufdirektoratet har tidigare preciserat att institutionerna ska eftersträva att upp till hälften av de anställda har professionell kompetens inom barnevernets område eller socialt arbete och vilka utbildningar som är relevanta för det.⁸⁵

⁸⁰ § 10–17 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97). Se även *Forskrift om godkjenning av private og kommunale institusjoner som skal benyttes for barn som plasseres utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernsloven* FOR-2003-10-27-1283.

⁸¹ § 10–16 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97). Jfr Det Kongelige Barne- og familjehjelpdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021) s. 345.

⁸² § 10–16 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁸³ *Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner* FOR-2008-06-10-580.

⁸⁴ Det Kongelige Barne- og familjehjelpdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernsloven, s. 59.

⁸⁵ Barne-, ungdoms- og familjedirektoratet/Deloitte 2019 s. 71 f.

Den norska regeringen har bedömt att kompetensen i institutionsvården behöver höjas och vissa krav som tidigare funnits i särskilda föreskrifter har tagits in i barnevernsloven för ökad tydlighet. De nya kraven på föreståndare och ställföreträdande föreståndare är en del av det arbetet.⁸⁶ I övrigt förs ytterligare krav från den tidigare föreskriften om kvalitet över till den barnevernsloven för ökad tydlighet om de samlade kvalitets- och kompetenskraven vid institutioner. Det framgår bland annat att varje institution ska ha en definierad målgrupp och mål för sin professionella verksamhet samt använda metoder som är professionellt och etiskt försvarbara efter institutionens målgrupper och mål.⁸⁷ Dessutom ska även statliga institutioner godkännas för att öka öppenheten om kvalitetskontrollen och stärka de statliga institutionernas legitimitet.⁸⁸

Tillsyn

Statsforvalteren, det vill säga statens regionala representant i varje fylke, är tillsynsmyndighet inom barnevernet.⁸⁹ Statsforvalteren kan förelägga en institution att åtgärda brister i verksamheten eller besluta att en institution ska stängas.⁹⁰ Dessa bestämmelser förs över till den nya barnevernsloven, där det också anges ett mål med den statliga tillsynen inom barnevernet. Den statliga tillsynen ska bidra till att stärka kvaliteten i barnevernet och till att barnevernsmyndigheterna säkerställer barns och föräldrars rättssäkerhet samt använder försvarbara tjänster och åtgärder.⁹¹

Omfattning

Av de barn mellan 0–17 år som var placerade utanför hemmet i slutet av 2020, var 84 procent placerade i familjehem, vilket utgör 1 procent av alla barn i Norge. Antalet barn och unga i familjehem har ökat under många år, men har de senaste åren stabiliserat sig på cirka 11 000. Mellan 2017 och 2020 har antalet barn och unga i familjehem

⁸⁶ Det Kongelige Barne- og familjdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021) s. 343 ff.

⁸⁷ 10-15-10-17 §§ barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁸⁸ Det Kongelige Barne- og familjdepartementet. Prop. 133 L (2020–2021) s. 351.

⁸⁹ § 16-7 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁹⁰ § 17-1 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁹¹ 17-1 § barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

minskat något. Minskningen har skett i familjehem utanför familj och nära nätverk, medan antalet som bor i familjehem i familj eller nära nätverk fortsätter att öka.

2021 bodde knappt 1 000 barn och unga i institution. Det utgör 7 procent av alla barn och unga som är placerade utanför hemmet. Antalet har minskat de senaste åren som ett resultat av en uttalad politisk vilja att minska användandet av institutioner och öka användandet av familjehem. Det innebär att tröskeln för att bedömas ha behov av en institutionsplats har ökat de senaste tio åren. Huvudsakligen är det unga från 13 år som bor i institution. Huvuddelen av barnen har också psykiska hälsobehov.⁹²

Fördelningen vid olika typer av institutioner såg ut på följande sätt den 31 december 2018:

- Omkring två tredjedelar av barnen i institutionsvård var placerade i omsorgsinstitutioner med plats för 1–10 barn per avdelning. Två tredjedelar av barnen var placerade i privat drivna omsorgsinstitutioner.
- Omkring 6 procent av barn och unga i institutionsvård bodde i en institution för unga med låg risk för fortsatt utveckling av beteendeproblem medan nästan 7 procent bodde i en institution för unga med en hög sådan risk.
- Drygt 10 procent bodde i institutioner för unga med långvarigt drogmissbruk.

Under perioden 2014–2018 utfördes 977 risk- och sårbarhetskartläggningar av unga i början av vistelsen i en behandlingsinstitution. Resultaten pekar på att risknivån hade ökat under perioden (från 18,64 till 20,04).

Vidare bedömdes 340 unga under perioden 2013–2018 avseende risken för att utveckla långvariga beteendeproblem som missbruk, kriminalitet och våld. Bedömningarna gjordes vid inskrivningen och vid vårdens avslutande. Vid inskrivningen hade 12 procent låg risk, 40 procent låg till måttlig risk, 29 procent måttlig till hög risk och 18 procent mycket hög risk. Vid vårdens avslutande hade andelen i lågriskgruppen ökat till 34 procent medan andelen i gruppen med

⁹² Bufdirektoratet, *Barnevernsstatistikk*: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern> (hämtad 2023-10-08).

måttlig till hög risk hade minskat till 18 procent. Andelen med mycket hög risk var oförändrad mellan inskrivning och vårdens avslutande.⁹³

Eftervård

Barnevernsloven anger att insatser som påbörjats innan en ung person fyllt 18 år ska fortsätta eller ersättas av andra insatser när den unge samtycker till det och har behov av hjälp och stöd från barnevernet för en god övergång till vuxenlivet. Insatser kan ges även om den unge varit utan hjälp och stöd en tid.

I god tid innan den unge fyller 18 år ska barnevernet ta kontakt med den unge för att bedöma om pågående insatser ska fortsätta eller ersättas av andre insatser. Eftervård kan beslutas fram till att den unge fyller 25 år.⁹⁴

Nya utredningar om placeringar av barn och unga

Införandet av den nya barnevernsloven har varit en del av en större reform av barnevernet med olika utvecklingsinsatser. En statlig utredning, Barnevernsutvalget, har också på uppdrag av den norska regeringen bedömt hur barnevernet kan sörja för bättre kvalitet och rättssäkerhet i de mest allvarliga och sammansatta ärendena. Barnevernsutvalget har bland annat tagit upp frågor om olika sektorer ansvar samt regelverk och insatser i ärenden där barn och unga har allvarliga och sammansatta behov i skärningspunkten mellan barnevernet, hälso- och sjukvården och rättsväsendet.⁹⁵ I mars 2023 lämnade Barnevernsutvalget sitt betänkande till barne- och familjdepartementet. Betänkandet omfattar förslag om hela barnevernet. Placeringsformerna berörs relativt kortfattat med hänvisning till att familjehemsvården nyligen förändrats och att institutionsvården ses över i särskild ordning. Barnevernsutvalget föreslår dock att barnevernet särskilt ska bedöma om inte barns och unga behov kan tillgodoses på annat sätt, främst i fosterhem, innan en placering görs i institutionsvård. Vidare föreslår Barnevernsutvalget en förstärkning av arbetet med specia-

⁹³ Barne-, ungdoms- och familjedirektoratet/Deloitte 2019 s. 58.

⁹⁴ § 3–6 barnevernsloven (LOV-2021-06-18-97).

⁹⁵ Det Kongelige Barne- og familjdepartementet. Prop. 133 L (2020 – 2021) *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernsloven*, s. 62 f.

liserade fosterhem som kan ge behandlingsfamiljer som alternativ till omsorg och behandling i institutionsvård.⁹⁶

Under 2022 och 2023 har en annan utredning, Barnevernsinstitusjonsutvalget arbetat på uppdrag av den norska regeringen med att se över institutionsvården för barn och unga. Den kommittén har arbetat utifrån en problemförståelse som till stora delar ringar in samma frågor som den här utredningen arbetat med när det gäller HVB, det vill säga institutionsvårdens syfte och roll i vårdkedjan och vad som krävs för att den institutionsanalys som behövs ska vara meningsfull för barn och unga och ge de önskade resultaten.⁹⁷ Detta utvalg ska lämna sina förslag i oktober 2023.

⁹⁶ Norges offentlige utredninger NOU 2023:7. *Trygg barndom, sikker fremtid. Gjennomgang av rettssikkerheten for barn og foreldre i barnevernet Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 19. mars 2021. Avgitt til Barne- og familiedepartementet 20. mars 2023*, s. 313 ff.

⁹⁷ Barnevernsinstitusjonsutvalget, *Barnevernsinstitusjonsutvalgets problemforståelse*: <https://barnevernsinstitusjonsutvalget.no/> (hämtad 2023-08-11).

Statens offentliga utredningar 2023

Kronologisk förteckning

1. Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. Ju.
2. En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfordelning mellan myndigheter. Fi.
3. Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. Ju.
4. Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. Fi.
5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. S.
6. En lag om tilläggs-skatt för företag i stora koncerner. Fi.
7. På egna ben. Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. A.
8. Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. A.
9. Ett statligt huvudmannskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. S.
10. Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. S.
11. Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. KN.
12. Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. Ju.
13. Patientöversikter inom EES och Sverige. S.
14. Organisera för hållbar utveckling. KN.
15. Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. LI.
16. Staten och betalningarna. Del 1 och 2. Fi.
17. En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. Ju.
18. Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. KN.
19. Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. U.
20. Förbud mot bottenfrålning i marina skyddade områden. LI.
21. Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. U.
22. Datalagring och åtkomst till elektronisk information. Ju.
23. Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. S.
24. Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. A.
25. Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. Ju.
26. Översyn av entreprenörsansvaret. A.
27. Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. LI.
28. Samhället mot skolattacker. U.
29. Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? S.
30. Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. S.
31. Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. U.
32. Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. Ju.
33. Ett förbättrat resegarantisystem. Fi.
34. Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. Ju.
35. Nya regler om hållbarhetsredovisning. Ju.
36. Genomförande av minimilöne-direktivet. A.

37. Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldssingrepp samt omvändelseför-sök. Ju.
38. Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldssättning. Fi.
39. En inre marknad för digitala tjänster – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Fi.
40. Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. S.
41. Förutsättningarna för en ny kollektiv-avtalad arbetslöshetsförsäkring. A.
42. Ett modernare regelverk för legalise-ringar, apostille och andra former av intyganden. UD.
43. En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. Fi.
44. En översyn av regleringen om frihets-berövande påföljder för unga. Ju.
45. Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verk-samhet. Fi.
46. Jakt och fiske i renbetesland. LI.
47. En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. Fi.
48. Rätt förutsättningar för sjukskriv-ning. S.
49. Skyddet för EU:s finansiella intressen. Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. Fi.
50. En modell för svensk försörjnings-beredskap. Fö.
51. Signalspaning i försvars-underrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. Fö.
52. Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. S.
53. En ändamålsenlig arbetsskadeförsäk-ring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. S.
54. Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. Fi.
55. Vem äger fastigheten. Ju.
56. Några smittskyddsfrågor inom social-tjänsten och socialförsäkringen. S.
57. Åtgärder för tryggare bostadsområden. Ju.
58. Kultursamhället – utvecklad sam-verkan mellan stat, region och kommun. Ku.
59. Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation. U.
60. Utökade möjligheter att använda preventiva tvångsmedel 2. Ju.
61. En säker och tillgänglig statlig e-legitimation. Fi.
62. Vi kan bättre!
Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus. S.
63. Sveriges säkerhet i etern. Ku.
64. Ett förändrat regelverk för framtidens el- och gasnät. KN.
65. Bättre information om hyresbostäder. Kartläggning av andrahands-marknaden och ett förbättrat lägen-hetsregister. LI
66. För barn och unga i samhällsvård. S.

Statens offentliga utredningar 2023

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

På egna ben.

Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. [7]

Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. [8]

Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. [24]

Översyn av entreprenörsansvaret. [26]

Genomförande av minimilönedirektivet. [36]

Förutsättningarna för en ny kollektiv-avtalad arbetslöshetsförsäkring. [41]

Finansdepartementet

En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. [2]

Posttjänst för hela slanten.
Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. [4]

En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. [6]

Staten och betalningarna. Del 1 och 2. [16]

Ett förbättrat resegarantisystem. [33]

Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldssättning. [38]

En inre marknad för digitala tjänster - kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [39]

En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. [43]

Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. [45]

En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. [47].

Skyddet för EU:s finansiella intressen.

Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. [49]

Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. [54]

En säker och tillgänglig statlig e-legitimation. [61]

Försvarsdepartementet

En modell för svensk försörjningsberedskap. [50]

Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. [51]

Justitiedepartementet

Skräpta straff för flerbaldig brottslighet. [1]

Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. [3]

Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. [12]

En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. [17]

Datalagring och åtkomst till elektronisk information. [22]

Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. [25]

Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. [32]

Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. [34]

Nya regler om hållbarhetsredovisning. [35]

Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldssintyg och oskuldssingrepp samt omvändelseförsök. [37]

En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. [44]

Vem äger fastigheten. [55]
Åtgärder för tryggare bostadsområden.
[57]
Utökade möjligheter att använda
preventiva tvångsmedel 2. [60]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Tillfälligt miljötillstånd för
samhällsviktig verksamhet
– för ökad försörjningsberedskap. [11]
Organisera för hållbar utveckling. [14]
Värdet av vinden. Kompensation,
incitament och planering för
en hållbar fortsatt utbyggnad av
vindkraften. Del 1 och 2. [18]
Ett förändrat regelverk för framtidens
el- och gasnät. [64]

Kulturdepartementet

Kultursamhället – utvecklad samverkan
mellan stat, region och kommun. [58]
Sveriges säkerhet i etern. [63]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag
för en stärkt bioekonomi. [15]
Förbud mot bottentrålning i marina
skyddade områden. [20]
Kamerabevakning för ett bättre
djurskydd. [27]
Jakt och fiske i renbetesland. [46]
Bättre information om hyresbostäder.
Kartläggning av andrahands-
marknaden och ett förbättrat lägen-
hetsregister. [65]

Socialdepartementet

Från delar till helhet. Tvångsvården
som en del av en sammanhållen och
personcentrerad vårdkedja. [5]
Ett statligt huvudmannskap
för personlig assistans.
Ökad likvärdighet, långsiktighet
och kvalitet. [9]
Tandvårdens stöd till våldsutsatta
patienter. [10]
Patientöversikter inom EES och Sverige.
[13]

Ett modernare socialförsäkringsskydd för
gravida. [23]
Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett
samhälle som främjar fysisk aktivitet?
[29]
Ett trygghetssystem för alla. Nytt
regelverk för sjukpenninggrundande
inkomst. [30]
Förbättrade möjligheter för barn att
utkräva sina rättigheter enligt barn-
konventionen. [40]
Rätt förutsättningar för sjukskrivning. [48]
Ett stärkt och samlat skydd
av välfärdssystemen. [52]
En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring
– för bättre ekonomisk trygghet,
kunskap och rättssäkerhet. Volym 1
och 2. [53]
Några smittskyddsfrågor inom social-
tjänsten och socialförsäkringen. [56]
Vi kan bättre!
Kunskapsbaserad narkotikapolitik
med liv och hälsa i fokus. [62]
För barn och unga i samhällsvård. [66]

Utbildningsdepartementet

Statlig forskningsfinansiering.
Underlagsrapporter. [19]
Informationsförsörjning på skolområdet.
Skolverkets ansvar. [21]
Samhället mot skolattacker. [28]
Framtidens yrkeshögskola
– stabil, effektiv och hållbar. [31]
Ny myndighetsstruktur för finansiering av
forskning och innovation. [59]

Utrikesdepartementet

Ett modernare regelverk för legaliseringar,
apostille och andra former av intyganden. [42]