

Hittar vi hem?

En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: istockphotos/Getty Images
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016
ISBN 978-91-87213-58-8

Hittar vi hem?

En kartläggning och analys av den sociala
dygnsvården för barn och unga

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Maria Branting har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2016-11-21

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Kerstin Wigzell
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Maria Branting
Föredragande



Förord

När samhället omhändertar ett barn är det ett stort ingripande. Syftet är att skydda barnet och ge förutsättningar för en trygg uppväxt som leder till ett gott liv. All verksamhet som syftar till att förbättra hälsa och livskvalitet för människor behöver på ett systematiskt sätt följa upp vad som görs i verksamheten och vilka resultat det leder till för individerna. Det är särskilt viktigt när det handlar om barn, eftersom de inte kan tala för sig själva på samma sätt som vuxna. Därför är det allvarligt att återigen konstatera att den sociala barn- och ungdomsvården har bristande förutsättningar för att arbeta systematiskt med kvalitetssäkring, uppföljning och kunskapsutveckling.

Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att kartlägga och analysera HVB och verksamheter som erbjuder konsulentstöd till familjehem och jourhem. Den här rapporten utgör Vårdanalys svar på regeringens uppdrag. Vår förhoppning är att rapporten kan bidra med kunskap om vårdens utförare och deras utbud som kan ligga till grund för framtida förbättrings- och utvecklingsarbete. Samtidigt kan vi konstatera att tiden när rapporten har tagits fram har präglats av stora förändringar som påverkat utbudet – under 2015 sökte 35 000 ensamkommande flyktingbarn asyl i Sverige och behovet av placeringar ökade mycket snabbt. Det har varit och är en utmaning för kommunerna, och nu pågår ett arbete med att i efterhand säkerställa att alla dessa barn och ungdomar får insatser i enlighet med sina rättigheter och behov.

På längre sikt behöver också arbetet med att förbättra förutsättningarna för lärande och utvecklande av verksamheten intensifieras, så att alla barn får insatser som är baserade på bästa möjliga kunskapsunderlag. Detta så att den dystra bild som visar att barn som placeras har sämre hälsa och livschanser än andra barn kan vändas till det bättre.



Arbetet har bedrivits av projektledaren Maria Branting och projektmedlemmarna Isabelle Carnlöf, Karl Kjäll och Karin Sandström. Health Navigator AB har bistått med externt stöd i form av en initial kartläggning av förutsättningarna inom den sociala dygnsvården för barn och unga. Ett stort antal personer har intervjuats och på andra sätt bidragit till projektet, och vi vill framföra ett stort tack för dessa värdefulla bidrag. Vi vill rikta ett särskilt varmt tack till de personer som deltagit i projektets referensgrupp: Per Asp (Samhällets styvbarn), Cecilia Grefve (nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården), Annelie Hed (Familjehemmens centralorganisation), Dan Nilsson och Thomas af Bjur (Svenska vård), Roland Oscarsson (Familjehemmens riksförbund), Anna Sabelström (Knas hemma), Inger Wolf Sandahl (Föreningen Socionomer inom Familjehemsvården) och Elin Wernqvist (Barnrättsbyrån). Vi vill också tacka Kjerstin Bergman och Fredrik Hjulström (Sveriges Kommuner och Landsting, SKL) och Berith Josefsson (Socialstyrelsen) för värdefulla synpunkter under arbetets gång.

Stockholm i december 2016

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Den sociala dygnsvården för barn och unga har varit föremål för uppmärksamhet under en längre tid, inte minst i samband med Vanvårdsutredningen och de berättelser om övergrepp, vanvård och andra missförhållanden som beskrevs där (SOU 2009:99). Placerade barn är en på många sätt utsatt grupp, med både sämre hälsa och livsvillkor jämfört med andra barn och större risk för ohälsa och sociala problem i vuxen ålder. Och även om barn som placeras på många sätt skiljer sig från varandra så förenas de av att de inte har lika stora möjligheter som vuxna att föra sin egen talan. Samtidigt är de föremål för en av de mest ingripande åtgärder som det offentliga kan utföra. Att vården är trygg och säker, av god kvalitet och utgår från barnets perspektiv är därför centralt.

Antalet barn som placeras har ökat – stort inslag av privata aktörer

Antalet barn och unga som är placerade har ökat kraftigt under de senaste tjugo åren. Ökningen på senare tid förklaras till stor del av ett ökande antal ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige. De vanligaste formerna för placering är familjehem och hem för vård eller boende (HVB). Ett familjehem är ett enskilt hem, vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Det kan både vara ett hem i barnets eget nätverk, eller ett hem där familjehemmet och barnet inte har någon tidigare relation. Med HVB avses ett heldygnsboende med personal som tillhandahåller behandling eller annan vård. Den sociala dygnsvården för barn och unga kännetecknas av en stor andel privata utförare. Inom HVB-vården har antalet privata verksamheter ökat från 1990-talet och framåt. Inom familjehemsvården har så kallade konsulentverksamheter blivit allt vanligare. Konsulentverksamheter rekryterar och förmedlar familjehem samt erbjuder familjehemmen stöd och handledning. Konsulentverksamheter drivs oftast av privata aktörer i företagsform.



Vårdanalys har regeringens uppdrag att kartlägga och analysera konsulentverksamheter och HVB

Mot bakgrund av utvecklingen med en kraftigt ökad efterfrågan av platser och ett ökande antal privata aktörer ser regeringen ett behov av att få en bättre nationell överblick, och har därför gett Vårdanalys ett uppdrag att kartlägga och analysera HVB och verksamheter som bedriver konsulentstöd till familjehem och jourhem. Tyngdpunkten för kartläggningen ska vara verksamheter i enskild regi, men även kommunalt bedriven verksamhet ska omfattas.

För verksamheter som bedriver konsulentstöd till familjehem och jourhem ska Vårdanalys enligt uppdraget

- kartlägga omfattningen av konsulentverksamheter, uppdelat på driftsform
- ge en översiktlig bild över utvecklingen över tid och skälen till att kommunerna köper tjänster från verksamheterna ifråga, samt formerna för kommunernas köp av tjänster
- kartlägga och beskriva innehållet i konsulentverksamheternas tjänsteutbud samt översiktligt beskriva kompetens och utbildningsbakgrund hos de verksamma
- beskriva och analysera kommunala kostnader för att anlita familjehem och jourhem som förmedlas av konsulentverksamheter, samt jämföra kostnaderna med vad som gäller för familjehem som anlitas direkt av kommunerna, utan förmedlingsinsats.

För HVB ska Vårdanalys enligt uppdraget

- samlat beskriva och analysera nuläge och utveckling när det gäller omfattningen av HVB i enskild regi i förhållande till HVB i kommunal regi – beskrivningen och analysen ska avse bland annat volymen boenden, antal och andel placerade flickor respektive pojkar samt omfattningen av kommunernas köp av boendeplatser
- översiktligt beskriva och analysera utbud samt kompetens och utbildningsbakgrund hos de anställda i förhållande till HVB i kommunal regi
- översiktligt beskriva och analysera kvaliteten i verksamheterna, inklusive frågor om trygghet och säkerhet, samt kommunala kostnader och avgifter för boendeplatser för enskilt drivna HVB i förhållande till HVB i kommunal regi.

Vårdanalys regeringsuppdrag är alltså huvudsakligen inriktat på att ta fram vad som skulle kunna betecknas som grundläggande verksamhetsstatistik för familjehemskonsulenter respektive HVB. För att skapa en kontext till kartläggningen har Vårdanalys i rapporten även valt att inkludera en översiktlig beskrivning av den sociala barn- och ungdomsvårdens grundläggande förutsättningar samt en beskrivning av vårdens målgrupper och deras behov.

Sammanfattningsvis besvarar rapporten fyra övergripande frågor:

1. Vilka är de grundläggande förutsättningarna för styrning, organisation och resurser inom den sociala dygnsvården för barn och unga?
2. Vilka är målgrupperna och hur ser behoven ut inom den sociala dygnsvården för barn och unga?
3. Hur ser utbudet, arbetssätten och kostnaderna ut för konsulentverksamheter i familjehemsvården?
4. Hur ser utbudet, arbetssätten och kostnaderna ut inom HVB-vården och vilka skillnader finns mellan verksamheter med olika regiform?

Det finns en lång rad viktiga frågor ur ett barn- och närståendeperspektiv som inte behandlas i den här rapporten. Det beror i huvudsak på uppdragets utformning och den tid som funnits till förfogande för att besvara uppdraget, men också på avsaknaden av datakällor för att belysa kvalitet ur ett barn- och närståendeperspektiv. Vi kan konstatera att det finns ett stort behov av att genomföra fortsatta analyser av den sociala barn- och ungdomsvården ur ett barn- och närståendeperspektiv.

Metod och datakällor

Som grund för vår kartläggning och analys har vi genomfört litteratur- och dokumentstudier, analyser av statistik, enkätundersökningar och intervjuer med experter, företrädare för kommuner, utförare, brukare och andra intresseorganisationer. En betydande del av beskrivningen av verksamheternas utbud, personal och kostnader bygger på uppgifter som verksamheterna själva lämnat i enkätundersökningar, och behöver därför tolkas med viss försiktighet. Enkätundersökningarnas relativt låga svarsfrekvens påverkar också möjligheten att generalisera resultaten. De självrapporterade uppgifterna i enkätundersökningarna har även kompletterats med uppgifter från kommunerna och med uppgifter från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn av verksamheterna.



FÖRUTSÄTTNINGARNA INOM DEN SOCIALA DYGNSVÅRDEN FÖR BARN OCH UNGA INNEBÄR RISKER FÖR BARNEN

Den sociala dygnsvården har en bred målgrupp

Den sociala dygnsvården har en bred målgrupp och ska kunna tillgodose ett varierat vård- och omsorgsbehov. Barnen i behov av placering utanför hemmet är i alla åldrar, från spädbarn till unga vuxna, och kan ha problem till följd av omsorgsbrist och övergrepp eller beteendeproblem som kriminalitet och missbruk. Många har en sammansatt problematik, med kombinationer av sociala problem, psykiatriska diagnoser, andra hälsoproblem och dåliga skolutfall. Det är kommunernas socialnämnder som ytterst ansvarar för den sociala dygnsvården för barn och unga. Variationen mellan kommunerna i hur många barn de placerar är stor, vilket innebär att de har olika förutsättningar att möta barnens behov och olika beredskap att möta förändringar i behoven. Sedan 2006 ansvarar kommunerna också för mottagandet av ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige. Ensamkommande barn och unga har varierande bakgrunder och behov, men har det gemensamt att de befinner sig i ett land där de inte kan språket och ofta saknar nätverk. De kan också ha fysiska och psykiska skador till följd av situationen innan eller under flykten till Sverige. Under senare år har det ökade antalet ensamkommande barn inneburit att den sociala dygnsvården har ökat i omfattning. Hösten 2015 var särskilt utmanande, då kommunerna behövde hitta lämpliga boendeanternativ till ett stort antal barn och unga på kort tid.

Hög personalomsättning och svårigheter att klara kompetensförsörjningen inom socialtjänsten innebär risker för barnen

Socialtjänsten har under en längre tid haft problem med hög personalomsättning och svårigheter att klara kompetensförsörjningen – problem som har ökat ytterligare under senare år. Det innebär risker för de placerade barnen. Bland annat ökar risken för bristfälliga utredningar, både av barnens behov och av den som ska utföra vården. Den höga personalomsättningen påverkar också kontinuiteten. I våra intervjuer framkommer att det inte är ovanligt att barn och unga har kontakt med så många som tio olika handläggare under placeringstiden. Resursbristen beskrivs också påverka uppföljningen av vården. I intervjuerna framkommer att uppföljningen hålls till en miniminivå, istället för att utgå från en bedömning av behov eller önskemål från barnen. Sammantaget innebär situationen inom socialtjänsten en ökad risk för att man saknar viktig kunskap, och att barnen därmed riskerar att utsättas för skadliga miljöer och behov av omplaceringar.

Möjligheterna för systematisk uppföljning brister på alla nivåer

Förutsättningarna för att analysera och följa upp dygnsvården för barn och unga är bristfälliga på alla nivåer. Utöver att uppföljningen av enskilda barn påverkas negativt av en pressad arbetssituation inom socialtjänsten finns det också brister i uppföljningen på gruppnivå. Endast tio procent av kommunerna uppger sig följa upp insatser i HVB- och familjehemsvården för att utveckla och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen 2016f). Även på nationell nivå är det bristande förutsättningar. Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga innehåller uppgifter om barnen och antalet insatser, medan uppgifter om HVB-hemmen finns i IVO:s omsorgsregister och sammanställningar av tillsynsbeslut. Där finns dock ingen koppling till barnen. Det är därmed inte möjligt att följa upp och bedöma vårdens resultat baserat på de källorna. När det gäller familjehem och konsulentverksamheter finns ingen nationell statistik. Det ökande antalet ensamkommande barn och unga har också inneburit att statistiken blir allt mer missvisande. Sedan 2013 inkluderar registret över insatser endast barn med fullständigt personnummer, och ensamkommande barn och unga inkluderas inte alls i uppgifterna om dygnsvårdens kostnader. Utöver att det saknas möjlighet att följa upp vårdens kvalitet saknas också i stor utsträckning vetenskapligt underlag om nyttan och effekten av olika vård- och behandlingsinsatser. Sammantaget innebär det här att kunskapen och informationen om den sociala dygnsvården har allvarliga brister.

KONSULENTVERKSAMHETERNA ANLITAS INTE ALLTID STRATEGISKT

Konsulentverksamheterna fyller flera olika viktiga funktioner

Vår kartläggning visar att 96 procent av kommunerna anlitar konsulentverksamheter, men att omfattningen varierar. Antalet vård dygn i konsulentstödd familjehemsvård har ökat under de senaste tre åren och år 2015 kunde omkring en tredjedel av vård dyggen i familjehem hänföras till konsulentstödda familjehem. Även antalet konsulentverksamheter har ökat kraftigt, från ett tjugotal i början av 2000-talet till uppskattningsvis 300 verksamheter år 2016. Kartläggningen visar att konsulentverksamheterna rekryterar familjehem och avlastar socialtjänsten på olika sätt, att de erbjuder stöd och handledning till familjehemmen, och att en tredjedel av verksamheterna utför stöd- och behandlingsinsatser riktade mot det placerade barnet i alla eller större delen av placeringarna. I hälften av verksamheterna var 75 procent eller mer av de placerade barnen och ungdomarna ensamkommande.



Uppskattningsvis hälften av alla konsulenter hade socionomutbildning. Andra vanliga utbildningsbakgrunder var hälso- och sjukvårdsutbildning och andra högskoleutbildningar.

Kommunerna har anlitat konsulentverksamheter även för barn utan särskilda behov

Dygnskostnaden för vård i familjehem som förmedlas av konsulentverksamheter är högre än för vård i familjehem som anlitas direkt av kommunen. Det kan vara motiverat i de fall barnets behov och stödet till familjehemmet är mer omfattande och tjänsten håller hög kvalitet. Men vår kartläggning visar att många kommuner år 2015 anlidade konsulentverksamheter även vid placeringar av barn och unga utan behov som motiverar förstärkt stöd till familjehemmet. Skälet för att anlita konsulentverksamheter var i de fallen istället att man saknade platser i egna familjehem. Det var särskilt vanligt när det gäller ensamkommande barn och unga. Samtidigt var det vanligt att kommunen betalade för ett standardiserat paket av insatser, där både rekrytering och stöd- och handledningsinsatser ingick. Det innebär att kommunerna i vissa fall har betalat för tjänster som inte är motiverade utifrån barnens eller familjehemmens behov. En bidragande orsak till att den situationen har uppstått är troligtvis att kommunerna haft små incitament att hålla kostnaderna nere, eftersom staten har ersatt kommunerna för familjehemsplaceringar av ensamkommande barn och unga.

Vår kartläggning visar också att många konsulentverksamheter ger sina familjehem högre arvode och omkostnadsersättning än vad familjehem som anlitas direkt av kommunen får. Förutsatt att konsulentverksamheten fyller den tänkta funktionen får familjehemmet dessutom mer stöd och handledning. Eftersom kommunerna anlitar konsulentverksamheter även vid placeringar av barn utan särskilda behov är det möjligt att familjehemmen, genom att ansluta sig till en konsulentverksamhet, får mer betalt och mer stöd för att ta hand om barn med samma omsorgsbehov. Det riskerar att skapa en situation där kommunerna på sikt får svårare att själva rekrytera familjehem.

Kommunernas kontroll och styrning av familjehemsvården har brustit

I våra intervjuer, och i lägesbeskrivningar från Socialstyrelsen, har det framkommit att situationen under hösten 2015 har medfört att kommunerna inte fullt ut har förmått att ta sitt ansvar för en trygg och säker vård av god kvalitet. Socialnämnden har ansvar för planering och uppföljning av vården,

och ska genomföra en utredning av familjehemmet och ingå avtal med familjehemmet, oavsett om en konsulentverksamhet är inblandad eller inte. Men under den pressade situation som rådde har det bland annat förekommit att man i alltför hög grad har förlitat sig på konsulentverksamhetens utredning av familjehemmet. Det har i vissa fall medfört att barn har placerats i olämpliga och otrygga miljöer, vilket i kombination med en bristfällig uppföljning är särskilt problematiskt.

DET SAKNAS FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT BEDÖMA KVALITETEN I HVB-VÅRDEN

Nya och ökande behov har förändrat HVB-vårdens sammansättning

HVB-vården har länge kännetecknats av en stor andel privata utförare. På senare tid har det dock skett en förändring. Det ökande antalet ensamkommande barn och unga har inneburit att allt fler offentligt drivna HVB har startat. Andelen privata utförare är därmed lägre än tidigare, och utgör nu ungefär hälften av alla HVB. En majoritet av de offentliga HVB-hemmen har ensamkommande barn och unga som främsta målgrupp, medan det gäller för ungefär hälften av de privata HVB-hemmen. När det gäller HVB för övriga barn och unga kännetecknas privata HVB enligt vår kartläggning av att de i större utsträckning än offentliga HVB för samma målgrupp erbjuder utrednings- och stödinsatser samt hälsoundersökningar. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att privata och offentliga HVB i stor utsträckning är olika typer av verksamheter.

För att belysa kvalitet behövs fler uppgifter

Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att översiktligt beskriva eventuella skillnader i kvalitet mellan enskilt och kommunalt bedrivna HVB. Vår kartläggning visar att det finns en skillnad mellan privata och offentliga HVB när det gäller personalens utbildning. Privata HVB för övriga barn och unga har en lägre andel personal med universitets- eller högskoleexamen med social inriktning än offentliga HVB för samma målgrupp. I stället är andelen personal med eftergymnasial utbildning med social inriktning större hos privata HVB. Vad den skillnaden innebär för kvaliteten i vården och omsorgen om barnen är dock svårt att dra några slutsatser om. I fråga om personaltäthet ser vi inga statistiskt signifikanta skillnader mellan privata och offentliga HVB för övriga barn och unga, medan offentliga HVB för ensamkommande barn har lägre personaltäthet än privata HVB för samma målgrupp. Men utan uppgifter om



barnens vårdbehov kan vi inte att värdera betydelsen av den skillnaden. Vi har också analyserat IVO:s tillsyn av verksamheterna. Flest anmärkningar fick verksamheterna när det gäller områdena trygghet och säkerhet, personalens kompetens samt barnens självbestämmande och integritet. Inom det sista området var det en något större andel av inspektionerna av privata HVB som innebar att brister uppmärksammades, i övrigt var det inga skillnader mellan verksamheter med olika regiform. Uppgifterna från tillsynen säger dock inget om resultatet av vården, det vill säga hur det går för barnen efter placeringen. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att möjligheterna att mäta och följa upp HVB-vården brister, och att det är svårt att uttala sig om kvalitet utifrån de uppgifter som finns tillgängliga i dag. Samtidigt är möjligheten att definiera och mäta kvalitet en central förutsättning för att en tjänst ska vara lämplig för utkontraktering till privata aktörer. Givet att en så betydande del av vården i dag bedrivs av privata aktörer är det särskilt angeläget att utveckla bättre uppföljningsmöjligheter, som utgår från ett barnperspektiv.

Stora skillnader mellan HVB för ensamkommande och övriga HVB

Vår kartläggning visar också att det finns stora skillnader mellan HVB för ensamkommande och HVB för övriga barn och unga, där HVB för ensamkommande barn i mindre utsträckning erbjuder olika utrednings- och behandlingsinsatser, har fler inskrivna barn i genomsnitt, lägre personaltäthet, större andel personal med enbart gymnasieutbildning eller högskoleutbildning med annan inriktning än social inriktning och fler anmärkningar vid tillsynen. Några av de skillnaderna kan förstås och motiveras utifrån att gruppen som helhet har ett mindre behandlingsbehov. Samtidigt visar vår enkät att olika psykiatriska diagnoser, självskadebeteende och utåtagerande beteende är förhållandevis vanligt förekommande och att många av barnen lider av sömnsvärigheter, stress, oro, ångest, nedstämdhet och otrygghet.

REKOMMENDATIONER

► *Regeringen bör stärka den långsiktiga styrningen av den sociala dygnsvården för barn och unga*

Inom den sociala dygnsvården för barn och unga verkställs några av samhällets mest ingripande åtgärder, och de barn som placeras är utsatta på många sätt. Det gör att kraven på en god vård och omsorg bör ställas

särskilt högt. Samtidigt har vi i vår kartläggning sett att förutsättningarna för en god vård och omsorg är bristfälliga i flera avseenden, vilket medför risker för de placerade barnen. För att säkerställa att barnen får en trygg och säker vård av god kvalitet krävs långsiktiga och sammanhållna insatser på såväl kommunal, regional som statlig nivå. Vi bedömer därför att regeringen bör se över vad som kan göras för att stärka styrningen av den sociala dygnsvården för barn och unga.

Vår kartläggning har bland annat visat att situationen när det gäller kompetensförsörjning inom socialtjänsten innebär risker för barnen. Regeringen bör därför överväga åtgärder för att stärka kompetensförsörjningen på området. Vi har i kartläggningen också konstaterat att det saknas viktigt underlag för både verksamhetsutveckling, strategisk styrning och ledning samt forskning och utveckling. Vi bedömer därför att det är angeläget att regeringen vidtar åtgärder för att stärka kunskapen och möjligheterna till uppföljning av den sociala dygnsvården. Vi menar, i likhet med vad som framförts i LVU-utredningen, att staten har en viktig roll för att främja, stödja och bidra till effektiva strukturer för kunskapsstyrning och systematisk uppföljning (SOU 2015:71 s. 964). Flera olika aktörer har tidigare föreslagit olika sätt att förbättra möjligheten att följa upp och analysera den sociala dygnsvården, bland annat genom att sammanfoga och utvidga existerande register. Det finns också förslag om program för forskning och utveckling gällande innehåll och kvalitet i vården (SOU 2015:71 s. 821) och ett nationellt kunskapscentrum för familjehemsvård (SOU 2014:3 s. 228). I fråga om familjehemsvården har tidigare utredningar påpekat att det finns anledning för staten att ta ett större ansvar, och har bland annat föreslagit åtgärder för att underlätta rekrytering av familjehem (SOU 2014:3 s. 226–227) och utökad statlig tillsyn och kontroll av familjehemsvården (SOU 2014:3 s. 188 och 215). Några av de åtgärderna har redan genomförts eller är under beredning.

Vår sammantagna bedömning är att regeringen behöver ta ett långsiktigt ansvar för att säkerställa en positiv utveckling av den sociala dygnsvården för barn och unga.

► *Kommunerna bör vidareutveckla strategier för att förstärka och följa upp familjehemsvården*

För att alla barn och unga som behöver placeras i familjehem ska kunna få sina behov tillgodosedda är det viktigt att kommunerna har tillgång till ett varierat och tillräckligt stort utbud av familjehem. Det är också angeläget



att familjehemmen får det stöd de behöver för att kunna ge barnen en god omvårdnad. Vår kartläggning har visat att flera kommuner har svårt att rekrytera familjehem, och många gånger har använt konsulentverksamheter som ett sätt att få tillgång till familjehem. När kommunerna anlitar konsulentverksamheter vid placeringar av barn utan särskilda behov innebär det att de i vissa fall betalar för tjänster de inte behöver. De i vissa fall omotiverat bättre villkor som erbjudits konsulentstödda familjehem kan också på sikt ytterligare försvåra för kommunerna att rekrytera egna familjehem. Vår sammantagna bedömning är att kommunerna behöver fortsätta att utveckla sitt arbete med att rekrytera, utbilda och stödja familjehemmen, inte minst med hänsyn till att allt fler barn med särskilda behov placeras i familjehem.

Det finns kommuner som bedriver förstärkt familjehemsvård i egen regi eller i samverkan med andra, och ytterligare kommuner som har planer på att starta upp egen förstärkt familjehemsvård. Det finns också exempel på kommuner som har valt att lägga mer resurser på rekrytering av familjehem, antingen i egen regi eller i samverkan med andra kommuner, för att inte behöva anlita konsulentverksamheter enbart för rekrytering. Valet mellan att rekrytera och förstärka familjehem i egen regi eller genom att anlita konsulentverksamheter bör bygga på en lokal analys av förutsättningarna och behoven. Om kommunerna anlitar konsulentverksamheter bör de se över hur de på bästa sätt upphandlar tjänsterna. Det finns flera exempel på kommuner som brutit upp konsulentverksamheternas standardiserade tjänstepaket vid upphandlingar och därmed minskat risken att betala för tjänster som barnet eller familjehemmet inte behöver.

Vår kartläggning har också visat att kommunernas kontroll och styrning av familjehemsvården i vissa fall har brustit. Det är angeläget att socialnämnderna fullföljer sitt ansvar för att själva utreda och ingå avtal med familjehemmen även i de fall då konsulentverksamheter anlitas, och att de följer upp vården med utgångspunkt från barnens önskemål och behov.



Innehåll

1. Inledning.....	25
1.1 Bakgrund	25
1.2 Vårdanalys har regeringens uppdrag att kartlägga konsulentverksamheter och HVB	26
1.3 Avgränsningar och definitioner.....	28
1.4 Metod och datakällor.....	30
1.5 Rapportens fortsatta disposition	31
2. Förutsättningar för den sociala dygnsvården för barn och unga...35	
2.1 Lagstiftning, statlig tillsyn och kunskapsstyrning.....	35
2.2 Kommunernas ansvar och organisering.....	37
2.3 Antalet placeringar och kostnaderna har ökat – men vi vet inte hur mycket eftersom statistiken brister	40
2.4 Begränsade förutsättningar för evidensbaserad praktik och systematisk uppföljning.....	44
2.5 Hög personalomsättning och svårigheter att klara kompetensförsörjningen inom socialtjänsten	46
2.6 Sammanfattning.....	48
3. Målgrupper och behov i den sociala dygnsvården för barn och unga.....	51
3.1 Målgruppen för den sociala dygnsvården är bred	51
3.2 Flest pojkar och tonåringar	52
3.3 Statistiken ger en begränsad bild av skälen till placering	55



3.4	De placerade barnens behov varierar.....	57
3.5	Vanligt med brister i hälsa och skolgång	58
3.6	Ensamkommande barn och unga har delvis andra behov.....	61
3.7	Sammanfattning.....	63
4.	Konsulentstöd till familjehem	67
4.1	Familjehem – en insats i förändring.....	67
4.2	Konsulentverksamheter rekryterar och förstärker familjehem	71
4.3	Vår kartläggning ger en mer detaljerad bild av verksamheterna och deras utbud	73
4.4	Verksamheterna arbetar med flera olika målgrupper	78
4.5	Tjänsterna riktar sig till socialtjänsten, familjehemmen och barnen.....	79
4.6	Konsulenterna är ofta socionomer	85
4.7	Konsulentverksamheter anlitas ofta på grund av brist på kommunala familjehem.....	87
4.8	Blandade omdömen från kommunerna	88
4.9	Varierande former för anlitan­de av konsulentverksamheter	91
4.10	Högre kostnad för konsulentstödd familjehemsvård	95
4.11	Vår kartläggning bekräftar tidigare utredningars slutsatser om konsulentverksamheter	101
4.12	Utveckling pågår.....	102
4.13	Sammanfattning.....	102
5.	Utbudet inom HVB-vården	107
5.1	Stor variation inom HVB-vården	107
5.2	HVB kan drivas i kommunal eller enskild regi.....	110
5.3	HVB-vården har en hög andel privata utförare	111
5.4	Andelen privat HVB-vård har minskat	112
5.5	Vår undersökning ger en mer detaljerad bild av utbudet	114
5.6	De flesta offentliga verksamheter har ensamkommande som målgrupp.....	114
5.7	Psykiatriska diagnoser är vanligt förekommande	117
5.8	Insatser och kompetens varierar utifrån verksamheternas målgrupp och regiform	119
5.9	Vissa kvalitetskillnader mellan offentliga och privata HVB	128
5.10	Kostnaden per vård­dygn varierar beroende på målgrupp och regiform	138
5.11	Sammanfattning.....	141

6. Övergripande slutsatser och rekommendationer.....	147
6.1 Förutsättningarna inom den sociala dygnsvården för barn och unga innebär risker för barnen	147
6.2 Konsulentverksamheterna anlitas inte alltid strategiskt	148
6.3 Det saknas förutsättningar för att bedöma kvaliteten i HVB- och familjehemsvården	150
6.4 Rekommendationer	151
7. Referenser	157
Bilagor	165
Bilaga 1 – Regeringens uppdrag till Vårdanalys.....	165
Bilaga 2 – Metodbeskrivning	169





Inledning

1.1 BAKGRUND

Den sociala dygnsvården för barn och unga har varit föremål för uppmärksamhet under en längre tid, inte minst i samband med Vanvårdsutredningen och de berättelser om övergrepp, vanvård och andra missförhållanden som beskrevs där (SOU 2009:99). Även om barn som placeras på många sätt skiljer sig från varandra så förenas de av att de inte har lika stora möjligheter som vuxna att föra sin egen talan. Samtidigt är de föremål för en av de mest ingripande åtgärder som det offentliga kan utföra. Att vården är trygg och säker, av god kvalitet och utgår från barnets perspektiv är därför centralt.

Placerade barn är en på många sätt utsatt grupp – de har både sämre hälsa och livsvillkor jämfört med andra barn, och större risk för ohälsa och sociala problem i vuxna ålder. Till exempel är det omkring 3–10 gånger vanligare med vissa psykiatriska diagnoser bland placerade barn, och endast 60 procent uppnår gymnasiebehörighet jämfört med 88 procent bland övriga barn (Socialstyrelsen 2014b, Socialstyrelsen 2016a). Registerstudier har också visat att barn som varit långvarigt placerade har höga överrisker – upp till 6–10 gånger större risk – för framtida självmord, missbruk, kriminalitet och försörjningsproblem (Socialstyrelsen 2010).

Enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) har kommunernas socialnämnder ett övergripande ansvar att bland annat verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden, och för att i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga. För barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt ska socialnämnden enligt samma paragraf i nära samarbete med hemmen sörja för att de får det skydd och stöd som de behöver och, om barnets bästa motiverar det, vård och fostran utanför



det egna hemmet. De vanligaste formerna för placering utanför det egna hemmet är familjehem och hem för vård eller boende (HVB). Med familjehem avses enligt 3 kap. 2 § SoL ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Med HVB avses enligt 3 kap. 1 § SoL 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.

Antalet barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet har ökat kraftigt under de senaste tjugo åren, från omkring 15 000 barn år 1992 (Lundström och Sallnäs 2014) till mer än 30 000 år 2013. Ökningen på senare tid förklaras till stor del av en ökning av antalet ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige. Ensamkommande barn som söker asyl eller har fått uppehållstillstånd placeras enligt samma principer som gäller för andra barn i Sverige.

Den sociala dygnsvården för barn och unga är ett område som kännetecknas av en stor andel privata utförare. Inom HVB-vården ökade antalet privata verksamheter i samband med en ökad efterfrågan på institutionsvårdsplatser under 1990-talet, och fortsatte sedan att öka i snabb takt (SOU 2014:3 s. 97). Inom familjehemsvården har så kallade konsulentverksamheter blivit allt vanligare under senare år. Konsulentverksamheter kan översiktligt beskrivas som verksamheter som rekryterar och förmedlar familjehem, och som erbjuder familjehemmen stöd och handledning. Konsulentverksamheter drivs oftast av privata aktörer i företagsform.

1.2 VÅRDANALYS HAR REGERINGENS UPPDRAG ATT KARTLÄGGA KONSULENTVERKSAMHETER OCH HVB

1.2.1 Regeringens uppdrag till Vårdanalys

Mot bakgrund av utvecklingen med en kraftigt ökad efterfrågan av platser i både HVB och familjehem och ett ökande antal privata aktörer ser regeringen ett behov av att få en bättre nationell överblick över dessa verksamheter. Regeringen har därför gett Vårdanalys ett uppdrag att kartlägga och analysera HVB och verksamheter som bedriver konsulentstöd till familjehem och jourhem. Tyngdpunkten för kartläggningen ska vara verksamheter i enskild regi, men även kommunal verksamhet ska omfattas.

För verksamheter som bedriver konsulentstöd till familjehem och jourhem ska Vårdanalys

- kartlägga omfattningen av konsulentverksamheter, uppdelat på driftsform
- ge en översiktlig bild över utvecklingen över tid och skälen till att kommunerna köper tjänster från verksamheterna ifråga, samt formerna för kommunernas köp av tjänster
- kartlägga och beskriva innehållet i konsulentverksamheternas tjänsteutbud samt översiktligt beskriva kompetens och utbildningsbakgrund hos de verksamma
- beskriva och analysera kommunala kostnader för att anlita familjehem och jourhem som förmedlas av konsulentverksamheter, samt jämföra kostnaderna med vad som gäller för familjehem som anlitas direkt av kommunerna, utan förmedlingsinsats.

För HVB ska Vårdanalys

- samlat beskriva och analysera nuläge och utveckling när det gäller omfattningen av HVB i enskild regi i förhållande till HVB i kommunal regi – beskrivningen och analysen ska avse bland annat volymen boenden, antal och andel placerade flickor respektive pojkar samt omfattningen av kommunernas köp av boendeplatser
- översiktligt beskriva och analysera utbud samt kompetens och utbildningsbakgrund hos de anställda i förhållande till HVB i kommunal regi
- översiktligt beskriva och analysera kvaliteten i verksamheterna, inklusive frågor om trygghet och säkerhet, samt kommunala kostnader och avgifter för boendeplatser för enskilt drivna HVB i förhållande till HVB i kommunal regi.

I bilaga 1 redovisar vi en sammanfattning av hur vi har besvarat regeringens uppdrag.

1.2.2 Rapportens frågeställningar

Fokus för regeringens uppdrag till Vårdanalys är att ta fram vad som kan beskrivas som grundläggande verksamhetsstatistik om den sociala dygnsvårdens utförare. Det är även huvudfokus för den här rapporten. Men för att sätta in kartläggningen i ett sammanhang har vi också valt att inkludera en översiktlig beskrivning av dygnsvårdens grundläggande förutsättningar samt vårdens målgrupper och deras behov.



Vi har formulerat fyra övergripande frågor som rapporten söker besvara:

1. Vilka är de grundläggande förutsättningarna för styrning, organisation och resurser inom den sociala dygnsvården för barn och unga?
2. Vilka är målgrupperna och hur ser behoven ut inom den sociala dygnsvården för barn och unga?
3. Hur ser utbudet, arbetssätten och kostnaderna ut för konsulentverksamheter i familjehemsvården?
4. Hur ser utbudet, arbetssätten och kostnaderna ut inom HVB-vården och vilka skillnader finns mellan verksamheter med olika regiform?

1.2.3 Flera centrala frågor ur ett barn- och närståendeperspektiv behandlas inte i uppdraget

Den sociala dygnsvårdens utförare och deras utbud är centrala för att säkerställa att barnen får en trygg och säker vård av god kvalitet. Men samtidigt finns det många andra frågor som är viktiga för att säkerställa en god vård. Några exempel är socialtjänstens arbete med förebyggande insatser, upphandling, utredningar, uppföljning, stöd till barnets biologiska föräldrar och stöd efter vårdens avslut. Ett annat exempel är samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola. Även den statliga regleringen, tillsynen och kunskapsstyrningen är viktiga för att säkerställa en god vård. Vissa av dessa områden berörs översiktligt i rapporten, medan andra inte ingår. Det beror framför allt på uppdragets utformning och på den tid vi har haft till förfogande för att genomföra det.

Uppdragets utformning och tidsmässiga ramar har även påverkat möjligheten att ha ett tydligt brukarperspektiv i analysen. Möjligheten att ha ett tydligt barn- och närståendeperspektiv har också påverkats av att det saknas datakällor som belyser kvalitet ur ett brukarperspektiv. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns ett stort behov av fortsatta analyser av den sociala dygnsvården för barn och unga.

1.3 AVGRÄNSNINGAR OCH DEFINITIONER

1.3.1 Stödboende, särskilda ungdomshem och LSS-placeringar ingår inte

Stödboende är en ny placeringsform, som infördes i januari 2016. Den är avsedd för barn och unga i åldern 16–20 år som bedöms kunna bo i eget boende med anpassat stöd och som saknar särskilt vård- eller behandlingsbehov

(3 kap. 1 a § socialtjänstförordningen (2001:937) (SoF)). Eftersom placeringsformen är så pass ny att endast ett begränsat antal verksamheter hunnit komma igång vid studiens genomförande har den inte inkluderats i regeringsuppdraget, och inte heller i rapporten.

Inte heller de *särskilda ungdomshemmen* inkluderas. De är en form av HVB som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS), där majoriteten av barnen är placerade med stöd av 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och behöver stå under särskilt noggrann tillsyn (12 § LVU). Hemmen har särskilda befogenheter (tvångsåtgärder) enligt 15–20 §§ LVU som inte andra former av HVB har. Även i övrigt gäller särskilda regler, till exempel ska hemmen enligt 3 kap. 6 § SoF ha tillgång till läkare och de bör ha tillgång till psykologisk expertis.

Boende i familjehem är en av de tio insatser som kan beslutas med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). *Placeringar i familjehem enligt LSS* kan enligt 9 § 8 LSS göras för personer som uppfyller kraven för att ingå i någon av LSS tre personkretsar. Boende utanför hemmet med stöd av LSS har inte varit huvudfokus för den här rapporten och därför behandlas främst placeringar som görs med stöd av SoL och LVU.

1.3.2 Regiform kan definieras på olika sätt

I regeringens uppdrag till Vårdanalys efterfrågas uppgifter om HVB i kommunal respektive enskild regi. Med *kommunal regi* menas som regel verksamhet som bedrivs av kommunen, medan *enskild regi* vanligtvis avser verksamhet som på uppdrag av och mot ersättning av kommunen bedrivs av en annan aktör, till exempel ett aktiebolag, en stiftelse eller ett kooperativ. Enskild regi kan vara i form av egen regi eller entreprenad. *Egen regi* innebär att man både äger och driver verksamheten, medan *entreprenad* innebär att man, efter ett upphandlingsförfarande, driver verksamhet på kommunens uppdrag.

I uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen som gäller statistik om HVB gör man istället ofta skillnad mellan offentlig och privat verksamhet, där *offentlig verksamhet* inkluderar både verksamhet som bedrivs av kommunen i egen regi och av annan aktör på entreprenad, medan *privat verksamhet* är verksamhet som bedrivs i privat egen regi. Anledningen till att man använder den indelningen är att alla offentliga verksamheter, det vill säga även entreprenader, i dagsläget endast behöver anmäla sin verksamhet, medan privata verksamheter behöver ansöka om tillstånd för att bedriva verksamhet (7 kap. 1 § SoL).



Ytterligare en möjlig uppdelning är mellan offentliga och privata utförare, där *privata utförare* inkluderar privata verksamheter i egen regi och entreprenader (se bland annat 3 kap. 18 c § kommunallagen (1991:900) (KL)), och *offentliga utförare* inkluderar verksamheter i kommunens egen regi och entreprenader som drivs av ett hel- eller delägt kommunalt bolag eller en sådan stiftelse eller förening som avses i 3 kap. 18 b § KL.

I rapporten analyserar och redovisar vi i möjligaste mån uppgifter om kommunal och enskild verksamhet enligt definitionen ovan, men beroende på från vilken källa vi hämtar våra uppgifter kan sättet att se på och definiera regiform variera. För läsbarhetens skull kommer vi främst att använda oss av begreppen privat och offentlig verksamhet.

1.4 METOD OCH DATAKÄLLOR

1.4.1 Vi har använt litteratur, register, enkäter och intervjuer i analysen

Som grund för kartläggningen och analysen har vi genomfört litteratur- och dokumentstudier, analyser av statistik, enkätundersökningar och intervjuer. Först genomförde vi en mer övergripande kartläggning för att belysa generella förutsättningar, förändringar och utmaningar inom den sociala dygnsvården för barn och unga. Kartläggningen inkluderade en litteraturgenomgång, analys av statistik samt intervjuer med experter, företrädare för kommuner, utförare, brukare och andra intresseorganisationer.

Därefter genomförde vi en enkätundersökning riktad till samtliga kommuner, för att kartlägga kommunernas användning av konsulentverksamheter. Enkätundersökningen kompletterades med drygt 30 intervjuer med personer inom socialtjänsten som arbetar med familjehemsplaceringar av barn och unga. För att ge en bild av verksamheternas utbud av tjänster och personalens kompetens genomförde vi också en enkätundersökning riktad till verksamheterna.

För att kartlägga HVB-verksamheternas utbud, personal och kvalitet genomförde vi en enkätundersökning bland verksamheterna och analyserade uppgifter från tillsyn av verksamheterna, baserat på data från IVO.

Som stöd i arbetet har vi även fört diskussioner med en referensgrupp, och rapporten eller delar av rapporten har faktagranskats av referensgruppen och av andra sakkunniga inom området. Under arbetets gång har vi även haft samråd med IVO, Socialstyrelsen och Vårdförhållanden. En mer utförlig beskrivning av hur vi har arbetat redovisas i bilaga 2.

1.4.2 Beskrivningen bygger i stor utsträckning på enkätundersökningar

En betydande del av beskrivningen av verksamheternas utbud, kvalitet och kostnader bygger på uppgifter som verksamheterna själva har lämnat i enkätundersökningar. Det betyder att uppgifterna behöver tolkas med viss försiktighet. Enkätundersökningar är också förknippade med problem relaterat till bortfall. För HVB-verksamheterna är det möjligt att med hjälp av *Omsorgsregistret* bedöma om de verksamheter som inte har svarat på enkäten skiljer sig från de som har svarat vad gäller uppgifterna i registret. När det gäller konsulentverksamheterna är det svårare att göra den typen av bortfallsanalys (se mer utförlig beskrivning i bilaga 2). För att komplettera de självrapporterade uppgifterna i enkätundersökningarna har vi också analyserat uppgifter från IVO:s tillsyn av HVB-hemmen, och uppgifter från kommunerna om konsulentsverksamheterna.

1.4.3 Kartläggningen återspeglar en exceptionell tidsperiod

Vi har genomfört kartläggningen under år 2016 och uppgifterna återspeglar i olika delar läget under 2015 och 2016. År 2015 var ett år då ett mycket stort antal ensamkommande barn sökte asyl i Sverige. År 2014 sökte strax över 7 000 ensamkommande barn asyl i Sverige och under 2015 ökade antalet till drygt 35 000. De senaste åren har omkring 30 000 barn och unga varit placerade utanför hemmet någon gång under året, vilket illustrerar att 35 000 asylsökande barn och ungdomar i behov av placering utgör en betydande ökning av efterfrågan på boendeplatser för barn och ungdomar. I vår analys har vi behövt förhålla oss till att hösten 2015 inte kan ses som representativ för normalläget inom dygnsvården för barn och unga. Samtidigt finns ett behov av så aktuella uppgifter som möjligt för att kartläggningen ska vara relevant som underlag för en vidare diskussion. I rapporten beskriver vi i den mån det är möjligt både hösten 2015 och situationen tidigare år.

1.5 RAPPORTENS FORTSATT DISPOSITION

Kapitel 2 ger en övergripande beskrivning av de grundläggande förutsättningarna för styrning, organisation och resurser inom den sociala dygnsvården för barn och unga.

Kapitel 3 innehåller en beskrivning av målgrupperna och behoven inom den sociala dygnsvården för barn och unga.

Kapitel 4 och 5 beskriver utbudet, arbetssätten och kostnaderna – kapitel 4



för familjehemsvården med fokus på konsulentverksamheter, och kapitel 5 för HVB-vården med fokus på verksamheter med olika regiform.

Kapitel 6 sammanfattar Vårdanalys slutsatser av kartläggningen och ger övergripande rekommendationer för fortsatt utvecklingsarbete inom den sociala dygnsvården för barn och unga.



Förutsättningar för den sociala dygnsvården för barn och unga

I det här kapitlet beskriver vi de grundläggande förutsättningarna för den sociala dygnsvården för barn och unga vad gäller styrning, organisation och resurser. Först beskriver vi översiktligt olika aktörers ansvar, och därefter utvecklingen av antalet placeringar och kostnader. Vi belyser också förutsättningarna för en evidensbaserad praktik och systematisk uppföljning och beskriver läget vad gäller personalomsättning och kompetensförsörjning inom socialtjänsten. Beskrivningarna bygger på en genomgång av rapporter och utredningar, registerdata samt våra intervjuer med experter, kommunföreträdare, utförare, brukare och intresseorganisationer inom området.

2.1 LAGSTIFTNING, STATLIG TILLSYN OCH KUNSKAPSSTYRNING

Placeringar av barn och unga görs antingen med stöd av SoL eller LVU. Placeringar som görs med stöd av SoL är en frivillig form av vård, vilket innebär att den grundar sig på samtycke från barnets vårdnadshavare och barn som fyllt 15 år. I första hand ges vård till barn inom ramen för SoL, men om föräldrarna eller barnet motsätter sig vården kan placeringen göras utan samtycke enligt LVU, om förutsättningarna enligt den lagen är uppfyllda.

Enligt 6 kap. 1 § SoL ska kommunernas socialnämnder sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller HVB. Kommuner som driver HVB ska anmäla verksamheten till IVO innan den påbörjas, och bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser och enskilda individer som driver HVB behöver ansöka om tillstånd (7 kap. 1 §



SoL). Verksamheter som bedriver konsulentstöd till familjehem och jourhem är i dagsläget inte en tillståndspliktig verksamhet, men efter att frågan utretts inom ramen för LVU-utredningen har regeringen lämnat en remiss till lagrådet med förslag om införande av tillståndsplikt (Lagrådsremiss 2016).

IVO ansvarar för den statliga tillsynen av kommunernas socialtjänst och av enskilda verksamheter som erbjuder vård eller boende, vilket betyder att de ansvarar för tillsyn av både familjehemsvården och HVB-vården (13 kap. 1 § SoL). Tillsynen innebär att IVO bland annat granskar att vården och omsorgen är säker, har en god kvalitet och uppfyller övriga krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter (13 kap. 2 § SoL). När det gäller HVB-vården för barn och unga finns lagstadgade krav på att inspektioner ska göras minst en gång per år (3 kap. 19 § SoF). Motsvarande krav saknas för familjehemsvården. Socialtjänstens familjehemsverksamhet berörs i praktiken sällan av tillsyn, och de enskilda familjehemmen bara vid klagomål från enskilda personer (SOU 2015:71 s. 168).

Socialstyrelsen har under senare år tagit fram flera föreskrifter och allmänna råd gällande den sociala barn- och ungdomsvården, bland annat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård och boende, föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:7) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård, föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende samt allmänna råd (SOSFS 2014:6) om socialtjänstens handläggning av ärenden som gäller barn och unga.

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) märks det tydligt inom socialtjänsten att den statliga styrningen genom lagar, förordningar och föreskrifter har ökat, något som enligt dem kan tolkas som en reaktion på tidigare identifierade brister (SKL 2015).

Den statliga kunskapsstyrningen av den sociala barn- och ungdomsvården sker främst genom de olika former av kunskapsstöd som Socialstyrelsen tar fram. Myndigheten har exempelvis publicerat en handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter för barn och unga som är placerade (Socialstyrelsen 2012), vägledningar om placerade barns skolgång och hälsa (Socialstyrelsen och Skolverket 2013) samt om socialtjänstens arbete med ensamkommande barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2013c), ett utbildningsmaterial för familjehem (Socialstyrelsen 2013b) samt en standardiserad bedömningsmetod för familjehem (Socialstyrelsen 2014a).

2.2 KOMMUNERNAS ANSVAR OCH ORGANISERING

2.2.1 Kommunernas socialnämnder ansvarar för vården

Enligt 6 kap. 2 § SoL ansvarar varje kommun för att det finns tillgång till familjehem och HVB. Socialnämnderna ska också tillhandahålla den utbildning som behövs för familjehem (6 c §), och ge dem som vårdar barnet råd, stöd och annan hjälp som de behöver (7 a §). Inför beslut om placering ska socialtjänsten genomföra en utredning av barnets behov (11 kap. 1 § SoL). Socialnämnden ska också göra en utredning av familjehemmet, och vid placering av ett barn göra en bedömning av om familjehemmet har förutsättningar att tillgodose det enskilda barnets behov (6 kap. 6 § SoL). Enligt 11 kap. 3 § SoL ska en vårdplan upprättas när ett barn behöver vårdas i ett HVB eller familjehem, och i samband med placeringen ska den kompletteras med en genomförandeplan som konkret beskriver hur insatserna ska genomföras. Socialnämnden ska sedan noga följa upp vården, främst genom regelbundna personliga besök, enskilda samtal med barnet, samtal med den eller dem som tagit emot barnet och samtal med vårdnadshavarna (6 kap. 7 b § SoL). Vid uppföljningen ska man särskilt uppmärksamma barnets hälsa, utveckling, sociala beteende, skolgång och relationer till närstående (7 b §). En särskilt utsedd socialsekreterare ska ansvara för kontakterna med barnet (7 c §).

2.2.2 Sättet att organisera arbetet och antalet placeringar skiljer sig åt mellan kommunerna

Den sociala barn- och ungdomsvården är en del av kommunernas individ- och familjeomsorg. Det kommunala självstyret gör att individ- och familjeomsorgens organisation varierar. Under de senaste tjugofem åren har den variationen ökat, bland annat när det gäller specialiseringen i olika delar av verksamheten. Specialisering i socialtjänsten utvecklades först inom försörjningsstödverksamheten. Därefter har det varit en stark specialiseringstrend både inom och mellan de olika områdena i individ- och familjeomsorgen. Inom den sociala barn- och ungdomsvården förekommer exempelvis specialisering avseende ålder (barn respektive unga) och olika delar av ärendeprocessen (utredning, planering och uppföljning). Hur kommunerna väljer att organisera sig handlar mycket om deras storlek. I de minsta kommunerna kan det vara svårt att överhuvudtaget tala om intern organisation, eftersom personalstyrkan kan bestå av enstaka personer (Wiklund 2006). De praktiska möjligheterna och de upplevda behoven att specialisera verksamheten tycks öka med invånarantalet (Bergmark och Lundström 2005).



Jämfört med andra välfärdsinsatser är placering utanför hemmet en insats som rör en liten del av befolkningen. Eftersom placeringarna dessutom är fördelade på ett stort antal kommuner är antalet placeringar som varje kommun genomför mycket litet på vissa håll. År 2014 var det genomsnittliga antalet påbörjade familjehemsplaceringar per kommun 19, och det genomsnittliga antalet påbörjade HVB-placeringar var 13 samma år. Antalet påbörjade familjehemsplaceringar varierade från 0 till 746, och HVB-placeringarna från 0 till 539. Det var 25 procent av kommunerna som påbörjade 8 eller färre placeringar i familjehem och 6 eller färre placeringar i HVB. Sammanfattningsvis har kommunerna varierande volymer i sin HVB- och familjehemsvård, vilket bland annat påverkar deras förutsättningar att möta barnens behov.

2.2.3 Kommunernas ansvar inkluderar även ensamkommande barn och unga

Sedan 2006 ansvarar kommunerna också för mottagandet av ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige (prop. 2005/06:46). Det innebär att kommunen ansvarar för att barnen får boende, stöd och hjälp både under tiden som asylsökande och efter beviljat uppehållstillstånd. Enligt 2 § lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) får kommunerna anordna boenden för ensamkommande barn som söker asyl eller som har beviljats uppehållstillstånd med eller efter tillfälligt skydd.

När ett ensamkommande barn kommer till Sverige får barnet ett tillfälligt boende i den kommun där det först kommer i kontakt med myndigheterna (ankomstkommunen). Därefter anvisar Migrationsverket en kommun som får det långsiktiga ansvaret för barnet (anvisningskommunen) (3 § LMA). Tidigare byggde anvisningen på frivilliga överenskommelser mellan staten och kommunerna, men sedan 2014 då en ändring infördes i 3 § LMA enligt förslag i prop. 2012/13:162, kan anvisning ske till alla kommuner, oavsett om de har en överenskommelse eller inte. Hur många barn som anvisas till en viss kommun beror på hur stor kommunen är och kommunens tidigare mottagande.

Ensamkommande barn och unga placeras enligt samma principer som andra barn i Sverige, och de vanligaste placeringsformerna är familjehem och HVB. Däremot är det förhållandevis vanligt att ensamkommande barn och unga handläggs av särskilda enheter eller verksamheter inom kommunerna (Socialstyrelsen 2016c, Socialstyrelsen 2016d).

Mottagande av ensamkommande barn och unga

Ett ensamkommande barn är enligt 1§ lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) en person som är under 18 år och som vid ankomsten till Sverige är skild från båda sina föräldrar eller från någon annan vuxen person som får anses ha trätt i föräldrarnas ställe, eller som efter ankomsten står utan sådan ställföreträdare. Mottagandet av ensamkommande barn och unga är ett obligatoriskt åtagande för kommunerna enligt LMA och innebär ansvar för exempelvis boende, omsorg, skola samt hälso- och sjukvård till barnen.

Kommunernas ansvar är olika beroende på var i asylprocessen det ensamkommande barnet befinner sig. Den kommun där barnet ger sig till känna för myndigheter kallas barnets ankomstkommun. Ankomstkommunen ska ordna med ett tillfälligt boende och utreda barnets behov. Därefter anvisar Migrationsverket barnet till en kommun som får ett mer långsiktigt ansvar för barnet. Anvisningskommunen ska utreda barnets behov enligt socialtjänstlagen och besluta om lämpligt boende. Anvisningskommunen kan besluta om placering i ett HVB eller familjehem i en annan kommun som då kallas barnets placeringskommun eller vistelsekommun. Anvisningskommunen ansvarar för att barnet får det stöd och den hjälp som hon eller han behöver även om barnet placeras i ett boende i en annan kommun. Placeringskommunen ansvarar dock för att ordna skolgång för barn som placerats i kommunen.

Källa: Arbetsmarknadsdepartementet (2016), Migrationsverket (2016a)

Det är staten som ansvarar för finansieringen av mottagandet av ensamkommande barn och unga, och kommunerna får ersättning för vissa kostnader, till exempel för utredning inför placering och för vård och boende. Ersättningen för vård och boende varierar för närvarande beroende på om det är inom ramen för de tidigare överenskommelserna med staten eller inte, och skiljer sig delvis mellan asylsökande barn och barn med uppehållstillstånd. Ett nytt ersättningssystem kommer att träda i kraft år 2017.



Statlig ersättning för ensamkommande barns boende

Staten ansvarar för finansieringen för mottagandet av ensamkommande barn och ersätter kommunerna för vissa kostnader i samband med mottagande enligt bestämmelser i förordningen (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl. Statlig ersättning för ensamkommande barns boende lämnas för kommunens kostnader för vård utanför hemmet som beslutats enligt SoL eller LVU. Kommunen kan även få ersättning för boende för ensamkommande ungdomar som har fyllt 18 men inte 21 år, men då krävs att beslut om vård enligt SoL eller LVU har fattats före 18 års ålder. Det har under senare år funnits flera parallella ersättningsmodeller. Ersättningarna har till exempel varit olika beroende på om mottagandet skett inom eller utom de överenskommelser som staten har slutit med kommunerna om mottagande av ensamkommande barn.

Ersättning för överenskomna platser:

- 1 600 kronor per dygn för varje överenskommen plats i familjehem eller HVB.
- 300 kronor per dygn för varje belagd plats i familjehem eller HVB.

Ersättning för platser utöver eller utan överenskommelse:

- 1 900 kronor per dygn för vård i HVB av asylsökande och faktisk kostnad för vård i HVB av barn med uppehållstillstånd.
- Faktiska kostnader för vård i familjehem.
- Faktiska kostnader för vård enligt LVU.

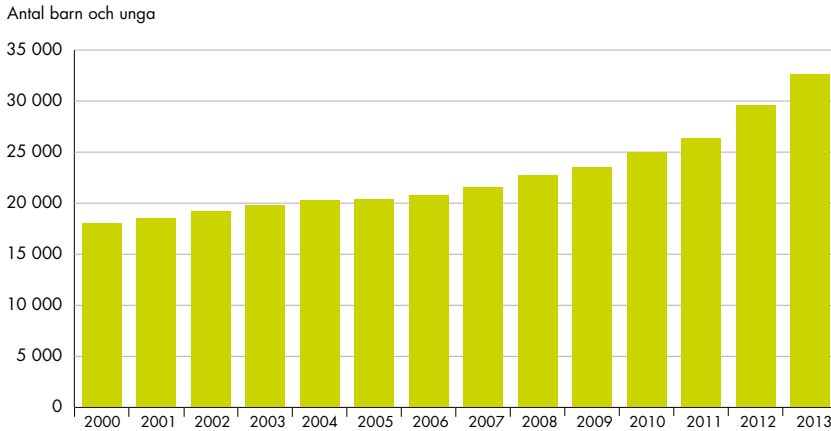
Regeringen planerar att fatta beslut om ett nytt ersättningssystem för mottagande av ensamkommande barn som är tänkt att börja gälla från och med den 1 juli 2017. Det nya systemet för ersättningar kommer inte längre att utgå från överenskommelser och ersättningsnivåerna kommer att förändras.

Källa: Arbetsmarknadsdepartementet (2016)

2.3 ANTALET PLACERINGAR OCH KOSTNADERNA HAR ÖKAT – MEN VI VET INTE HUR MYCKET EFTERSOM STATISTIKEN BRISTER

Antalet barn som är placerade utanför hemmet någon gång under året har ökat under 2000-talet, från 18 000 barn och unga år 2000 till 32 600 år 2013. Placeringarna har ökat även i relativ mening, antalet barn och unga per 1 000 barn och unga i befolkningen som var placerade utanför hemmet någon gång under året ökade från 8 per 1 000 år 2000 till 14 per 1 000 år 2013. Efter 2013 går det inte att samlat beskriva hur många barn och unga som var placerade utanför hemmet. Det beror på att statistiken efter det inte längre inkluderar alla ensamkommande barn (se faktaruta på sidan 41).

Figur 2.1 Antal barn och unga 0–20 år som var placerade utanför hemmet någon gång under året enligt SOL och/eller LVU år 2000–2013.



Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen). Uppgifter hämtade från årsstatistiken för respektive år.

Det går inte att samlat beskriva nuläge eller utveckling avseende socialtjänstens insatser till barn och unga

År 2006 övertog kommunerna ansvaret för ensamkommande barn och unga, och insatser för ensamkommande barn inkluderas därefter i Socialstyrelsens statistik över socialtjänstens insatser till barn och unga. Ensamkommande barn som fortfarande är asylsökande har inget fullständigt personnummer. Fram till och med 2013 har Socialstyrelsen kunnat inkludera även barn utan fullständigt personnummer i statistiken genom manuella åtgärder. Efter år 2013 har detta inte längre varit möjligt, och därför ingår enbart barn och unga med fullständigt personnummer i statistiken från och med 2014. Ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd ingår i statistiken när de har fått ett personnummer. Däremot kan de inte särredovisas, eftersom ensamkommande i dagsläget inte är en variabel i registret.

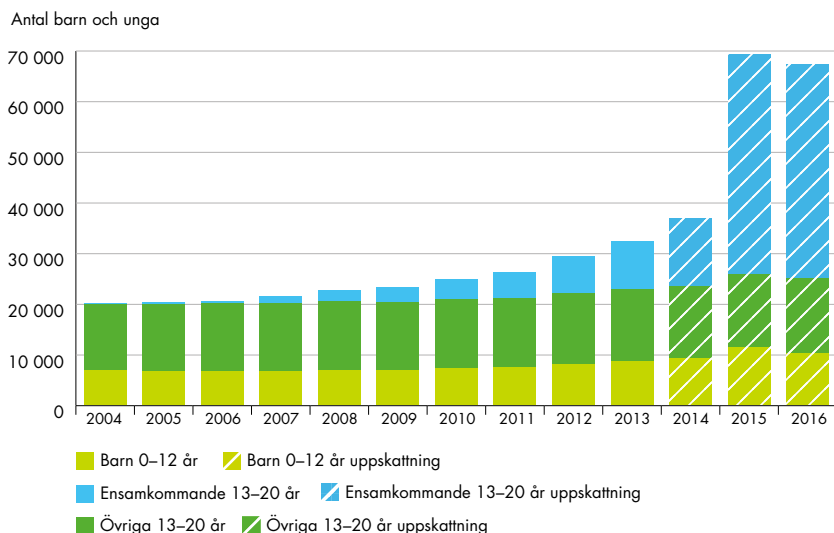
2.3.1 Ensamkommande barn och unga förklarar en stor del av ökningen

Antalet ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige har ökat successivt under flera år. Socialstyrelsen har i en studie gjort ett försök att skatta antalet ensamkommande barn som är placerade, genom att utgå ifrån att barn som är födda utanför Norden, inte var folkbokförda i Sverige året innan de placerades för första gången, inte hade några folkbokförda

föräldrar i Sverige vid placeringen och saknade föräldrar vid placeringen är ensamkommande barn. Studien visar att ensamkommande barn och unga, enligt den definitionen, sedan 2005 står för i stort sett hela ökningen av antalet barn som någon gång under året varit placerade i HVB (Socialstyrelsen 2015b).

För att kunna ge en samlad bild av gruppen placerade barn och unga efter 2013 har vi – utifrån Socialstyrelsens skattning av antalet placerade ensamkommande barn och Migrationsverkets verksamhetsstatistik – gjort en uppskattning av antalet placerade barn 2014, 2015 och 2016 (hur vi har gått tillväga beskrivs närmare i bilaga 2). Figur 2.2 illustrerar utvecklingen över tid enligt vår uppskattning. Med reservation för osäkerheten i de antaganden som ligger till grund för skattningen visar vår uppskattning att antalet barn och unga som var placerade utanför hemmet någon gång under året har fördubblats mellan 2013 och 2015. Ensamkommande barn och unga beräknas utgöra omkring 60 procent av alla barn som var placerade utanför hemmet någon gång under 2015.

Figur 2.2. Uppskattning över antalet placerade barn 0–12 år, ensamkommande ungdomar 13–20 år och övriga ungdomar 13–20 år. Uppgifter enligt Socialstyrelsens uppskattning 2004–2013, Vårdanalys uppskattning 2014–2016.



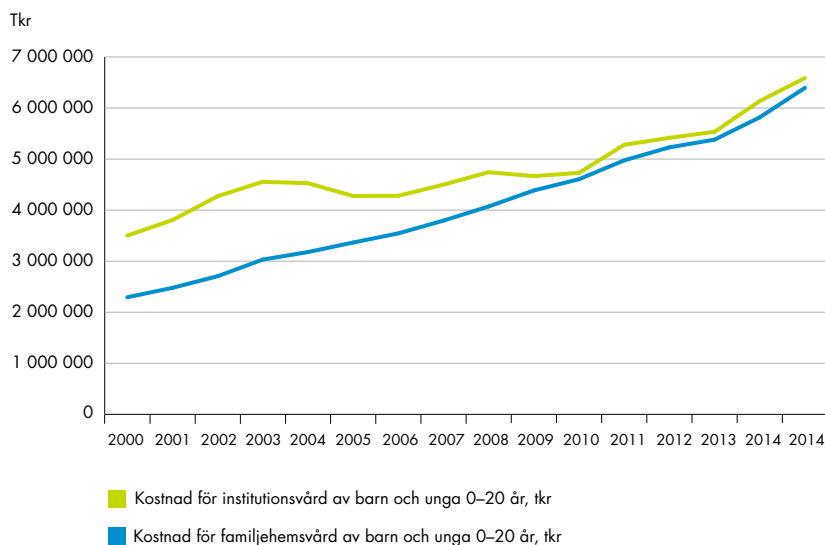
Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen), Socialstyrelsen (2014c), Vårdanalys uppskattning.

Kommentar: Efter år 2013 går det inte att med grund i registret över insatser för barn och unga beskriva det totala antalet placerade barn eftersom barn och unga utan fullständigt personnummer inte längre ingår i statistiken. Uppgifterna för år 2014–2016 bygger på uppskattningar som Vårdanalys har gjort. Se bilaga 2 för metodbeskrivning.

2.3.2 Kommunernas kostnader för den sociala dygnsvården för barn och unga har ökat

År 2015 utgjorde kommunernas kostnad för hela individ- och familjeomsorgen i genomsnitt omkring 7 procent av deras totala driftskostnader, och insatser för barn och unga utgjorde i sin tur omkring 45 procent av individ- och familjeomsorgen. Den sammanlagda kostnaden för barn- och ungdomsvården (inklusive öppenvårdsinsatser) var närmare 19 miljarder kronor, varav 6,6 miljarder var HVB-vård och 6,4 miljarder familjehemsvård (SCB 2016). I figuren nedan redovisas utvecklingen av kostnaderna för familjehemsvård och HVB-vård under perioden 2000–2015. Under den perioden har kostnaderna för HVB-vården nästan fördubblats och kostnaden för familjehemsvården blivit nästan tre gånger högre. I uppgifterna om kommunernas kostnader för den sociala barn- och ungdomsvården inkluderas inte kostnader för ensamkommande barn och unga (se faktaruta på sidan 44).

Figur 2.3. Kostnadsutveckling för familjehemsvård och HVB-vård i löpande priser år 2000–2015.



Källa: Kolada.

Det går inte att samlat beskriva kostnaderna för den sociala dygnsvården

De nationellt sammanställda uppgifter som finns om kommunernas kostnader för socialtjänstinsatser till barn och unga inkluderar inte kostnader för ensamkommande barns boende. Det beror på att staten ersätter kommunerna för dessa. En del av de ensamkommande barnen (de som har fullständigt personnummer) finns med i registret över socialtjänstinsatser till barn och unga, men däremot finns inga kostnader för deras boende med i den totala kostnaden för dygnsvården. Därför går det inte att redovisa rättvisande nyckeltal som kräver att kostnaden relateras till volym. Sådana nyckeltal är exempelvis kostnaden per vård dygn och kostnaden per brukare.

Statens ersättningar till kommunerna för ensamkommande barn och ungas boende var omkring 6 miljarder år 2014 och omkring 9 miljarder år 2015 (Migrationsverket 2016c). För barn och unga med uppehållstillstånd inkluderar ersättningarna även annat än boendeersättningar. I huvudsak rör det sig om den schablonsumma om 30 000 kronor som kommunen får för varje barn som mottas i kommunen. Uppgifterna för 2015 är i skrivande stund inte kompletta, eftersom det finns en eftersläpning både i kommunernas ansökningar om ersättning och i Migrationsverkets handläggning av ansökningarna.

2.4 BEGRÄNSADE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EVIDENSBASERAD PRAKTIK OCH SYSTEMATISK UPPFÖLJNING

Trots att det inom den sociala dygnsvården ryms ingripande insatser som påverkar många barn och som ökar i omfattning, är det ett område där det saknas mycket kunskap. En ny genomgång av forskning på området visar att det nästan helt saknas svensk forskning som belyser till exempel vård- och behandlingsmetoder inom social dygnsvård, vilka barn som har nytta av institutionsvård och vilka former av stöd till familjehem som ger positiva effekter (Forte 2015). Det saknas också utvärderingar av de mest använda metoderna för att utreda blivande familjehem (Socialstyrelsen 2006).

Mot bakgrund av den begränsade vetenskapliga evidensen för många av insatserna inom den sociala barn- och ungdomsvården finns ett stort behov av kunskap i form av systematisk uppföljning. Förutsättningarna för systematisk uppföljning är dock begränsade, både på nationell och på lokal nivå. På nationell nivå finns Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, som syftar till att belysa omfattningen av heldygnsplaceringar. Socialstyrelsen är enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken

statistikansvarig myndighet för vård- och omsorgsområdet och samlar in uppgifter till registret över insatser för barn och unga med stöd av 2 § d och e förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter. Registret innehåller individstatistik med uppgifter om bland annat barnets och föräldrarnas födelseland, insatstyp (SoL/LVU), placeringsform (familjehem, jourhem, nätverkshem, HVB, SiS särskilda ungdomshem) samt datum för beslut, placering och avslut. Registret innehåller dock ingen information om skälet för insatsen, det vill säga varför barn och unga blir placerade. Det inkluderar dessutom endast barn och unga med fullständigt personnummer, vilket innebär att asylsökande ensamkommande barn och unga som inte har fått uppehållstillstånd inte ingår i statistiken. Registret innehåller inte heller uppgifter om familjehemmen eller HVB-hemmen. När det gäller familjehem finns ingen nationell statistik. Uppgifter om HVB-hemmen finns i IVO:s omsorgsregister som förs enligt 4 kap. 3 a § socialtjänstförordningen (2001:937) och i sammanställningar av tillsynsbeslut från de inspektioner som IVO har genomfört enligt 13 kap. SoL. När det gäller IVO:s uppgifter om HVB-hemmen finns det dock ingen koppling till de barn som är placerade på hemmen, vilket innebär att det inte är möjligt att fullt ut följa upp och bedöma vårdens kvalitet.

Även på lokal nivå brister uppföljningen. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att endast 10 procent av kommunerna systematiskt har följt upp insatserna i HVB och familjehem för att utveckla och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen 2016f). De vanligaste uppgifterna som kommunerna redovisar när det gäller uppföljning av barn och unga i samhällsvård är vårdkostnader. Endast ett fåtal redovisar resultaten av insatserna, eller barnens och föräldrarnas uppfattning om insatserna (SKL 2012). Däremot pågår det utvecklingsarbete kring barns brukarmedverkan i en majoritet av länen (SKL 2016a).

I stort sett alla kommuner använder idag samma system – BBIC, Barns behov i centrum – för handläggning, genomförande och uppföljning av ärenden inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det innebär att man har en enhetlig och evidensbaserad struktur för sitt arbete. BBIC är också tänkt att fungera för systematisk uppföljning på gruppnivå. Socialstyrelsen har tagit fram en informationsspecifikation som ger en grundläggande struktur för dokumentation och informationshantering med stöd av BBIC. Kopplat till informationsspecifikationen finns också en lista över variabler för systematisk uppföljning. Men för att kommunerna ska kunna använda BBIC för systematisk uppföljning krävs ytterligare utvecklingsarbete, och framför allt uppdaterade och förbättrade IT-stöd (SKL 2015).



2.5 HÖG PERSONALOMSÄTTNING OCH SVÅRIGHETER ATT KLARA KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN INOM SOCIALTJÄNSTEN

Samtidigt som antalet placeringar har ökat kännetecknas socialtjänsten av en allt högre personalomsättning och ökade svårigheter att klara kompetensförsörjningen. Personalomsättningen i socialtjänsten har varit hög under lång tid, men har ökat under de senaste åren. Resultaten från en enkät till landets alla socialchefer visar att nära hälften av socialcheferna anser att det är mycket svårt att rekrytera chefer till den sociala barn- och ungdomsvården, och hela 90 procent att det är svårt eller mycket svårt att rekrytera socialsekreterare. Jämfört med år 2014 är det 30 procentenheter fler som bedömer rekryteringsläget som svårt eller mycket svårt (Vision 2015). I en annan undersökning framgår att sju av tio kommuner behöver anlita bemanningsföretag för att klara sitt uppdrag, och att behovet att anlita bemanningsföretag har ökat under de senaste åren (Erkers 2014).

Den höga personalomsättningen innebär också svårigheter att klara kompetensförsörjningen. Personal som arbetar inom den sociala barn- och ungdomsvården ställs ofta inför komplexa uppgifter och svåra beslut, och det är viktigt med kompetens och erfarenhet. Erfarenheten bland socialtjänstanställda varierar dock kraftigt. Skillnaderna är störst i storstäderna och större kommuner, där andelen socialsekreterare med socionomutbildning och minst tre års erfarenhet varierar mellan 7 och 100 procent (Socialstyrelsen 2016a). Enligt SKL har mer erfarna socionomer gått vidare till arbete utan inslag av utredning, tvång och kontroll, medan nyutexaminerade socionomer med generalistutbildning, utan fördjupade kunskaper om barn och unga, ofta är de som arbetar inom myndighetsutövningen (SKL 2015).

2.5.1 Situationen med hög personalomsättning och problem med kompetensförsörjning innebär risker för barnen

Situationen med hög personalomsättning och problem med kompetensförsörjning riskerar att leda till bristande utredningar av både barn och familjehem, minskade möjligheter till information och delaktighet för barnen samt begränsningar i kontinuitet och uppföljning av vården. Utredningar av såväl barn som utförare är bland de viktigaste delarna i socialtjänstens arbete för att skapa en vård av hög kvalitet och för att skydda barn och ungdomar från skadliga miljöer. Bristfälliga utredningar kan öka risken för omplaceringar och för en vård som inte är anpassad efter barnets behov. I våra intervjuer har det framkommit att tids- och resursbrist har lett till att man i vissa fall har placerat barn trots att man inte har slutfört utredningen. Det innebär att viktig

information kan gå förlorad. Bland annat lyfts att socialtjänsten inte alltid känner till om det finns andra barn placerade i familjehemmet, och att utförare av vård inte alltid ges tillräckligt med underlag, exempelvis om hälsotillstånd eller tidigare placeringshistoria, för att kunna möta barnets behov.

Personalomsättning och brist på tid i handläggningen av ärenden beskrivs i våra intervjuer också påverka möjligheterna för barnen att få information och vara delaktiga. I flera intervjuer betonas att placerade barns möjlighet till delaktighet är en av de aspekter som förbättrats mest över tid, men att det ändå kvarstår utmaningar. Den höga personalomsättningen kan också leda till brist på kontinuitet i de placerade barnens liv. I våra intervjuer framkommer att det inte är ovanligt att barn och unga har kontakt med så många som tio olika handläggare under placeringstiden. När IVO sammanfattar ett analysprojekt finner de att 33 barn var med om 57 byten av handläggare, och att några hade bytt handläggare fyra eller fem gånger under undersökningsstiden (IVO 2014). IVO menar att det som inte fungerar i kontakterna med barn och unga ofta beror på att socialsekreterare byts ut och att kontinuiteten brister. Samtidigt är socialsekreteraren en helt central person för placerade barn och unga; socialsekreteraren kan till exempel påverka hur länge placeringen ska pågå eller hur ofta det är möjligt att träffa föräldrar och syskon. Barn och unga har i intervjuer själva uttryckt att de vill att socialsekreteraren ska känna dem och att de vill ha en personlig relation (IVO 2014).

I IVO:s undersökning har det också framkommit att många placerade barn vill träffa socialsekreteraren oftare (IVO 2014). Den särskilt utsedda socialsekreteraren ska besöka barnet regelbundet utifrån den omfattning som är lämpligt utifrån barnets behov och önskemål. Men i våra intervjuer beskrivs hur resursbristen har lett till att uppföljningar inte alltid görs utifrån konkreta behovsbedömningar och barnens egna önskemål, utan snarare hålls till en miniminivå. Det innebär att man saknar viktig kunskap om barnens situation och om effekterna av insatserna, både för det enskilda barnet och som underlag för verksamhetsutveckling.

Socialstyrelsens intervjuer med chefer inom individ- och familjeomsorgen i början av 2016 visar att det stora antalet ensamkommande barn och unga som behövde boendeplatser förstärkte problemen med personalomsättning och bristfälliga utredningar av både barn och familjehem (Socialstyrelsen 2016b, Socialstyrelsen 2016c, Socialstyrelsen 2016d). I våra intervjuer beskrivs också att det ökande antalet ensamkommande flyktingbarn har inneburit utmaningar eftersom man saknar kunskap om exempelvis kris, trauma och asylprocessen. Många kommuner har också haft svårt att finna lämpliga tolkar (Socialstyrelsen 2016a).



2.6 SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det är en stor variation mellan kommunerna i hur många barn man placerar: från inte ett enda barn upp till drygt 740 barn i familjehem till omkring 540 barn i HVB per år. Det innebär att kommunerna har olika förutsättningar att möta barnens behov, och varierande förutsättningar och beredskap att möta förändringar i behoven.

Under 2000-talet har både antalet och andelen barn och unga som placeras utanför hemmet ökat. Antalet ensamkommande flyktingbarn som sökt asyl i Sverige under senare år förklarar en stor del av ökningen. Sammantaget har utvecklingen inneburit att den sociala dygnsvårdens omfattning har ökat kraftigt på kort tid. Samtidigt kännetecknas socialtjänsten av en hög personalomsättning, vilket riskerar att leda till bristfälliga utredningar och begränsningar i kontinuitet och uppföljning, vilket i sin tur kan leda till en vård som inte är anpassad till barnens behov och ökad risk för omplaceringar. Situationen under hösten 2015 var särskilt utmanande, då kommunerna behövde hitta lämpliga boendalternativ till ett stort antal barn och unga på kort tid.

Trots att det rör en särskilt utsatt grupp och verksamheter som medför stora kostnader för samhället är det i dagsläget svårt att få en samlad bild av den sociala dygnsvården för barn och unga. Det beror bland annat på att inte alla ensamkommande barn inkluderas i statistiken över insatser, och inte heller ingår i redovisningen av dygnsvårdens kostnader. Möjligheterna till uppföljning är också begränsade på andra sätt. De register som finns ger inte tillräckligt med information för att kunna användas som underlag för verksamhetsutveckling eller strategisk styrning och ledning. Det saknas också i stor utsträckning vetenskapligt underlag om nyttan och effekten av olika vård- och behandlingsinsatser.



Målgrupper och behov i den sociala dygnsvården för barn och unga

Utbudet och arbetssättet inom den sociala dygnsvården påverkas av de behov som systemets olika aktörer ska kunna möta. Behovet av social dygnsvård utgörs dels av antalet barn och unga i behov av placering i olika boendeformer, dels av de olika behov av fostran, stöd, tillsyn och behandling som de placerade barnen och ungdomarna har. I det här kapitlet beskriver vi barnen som placeras med avseende på kön, ålder och behov. Beskrivningen ger en översiktlig bild av målgrupperna och deras behov utifrån den nationellt sammanställda information som finns tillgänglig.

3.1 MÅLGRUPPEN FÖR DEN SOCIALA DYGN SVÅR DEN ÄR BRED

Socialtjänsten har ett vidomfattande uppdrag att ta vid när insatser från familj, nätverk och välfärdsstatens övriga system inte räcker till, och målgruppen för den sociala barn- och ungdomsvården är därför svår att avgränsa. Det saknas en entydig beskrivning av vårdens målgrupp och hur den ska benämnas, men ett ofta använt begrepp är ”barn som far illa eller som riskerar att fara illa” (SOU 2015:71 s. 160). LVU-utredningen beskriver gruppen, med utgångspunkt i förarbeten till socialtjänstlagen, som barn som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller som har allvarliga relationsproblem i sin familj samt barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa på grund av eget beteende (till exempel missbruk, kriminalitet eller andra typer av självdestruktivt



beteende) eller som utsätts för hot och våld av jämnåriga. Även barn med stora problem i skolsituationen föranledda av en social problematik kan ingå i målgruppen (SOU 2015:71 s. 162–163). Ensamkommande barn och unga som är asylsökande eller har fått uppehållstillstånd är också en av den sociala dygnsvårdens målgrupper.

För vissa grupper har socialtjänstens ansvar beskrivits som otydligt, främst framhålls barn med neuropsykiatrisk störning och psykisk ohälsa (SOU 2015:71 s. 164). Enligt LVU-utredningen faller dock psykisk ohälsa eller störning hos barn och unga utanför socialtjänstens kompetensområde om det inte finns en samtidig social problematik. Inte heller renodlade inlärningsproblem är ett ansvar för barn- och ungdomsvården (SOU 2015:71 s. 163).

Barn som placeras utanför hemmet kommer förhållandevis ofta från familjer med bristande ekonomiska och sociala resurser. Studier har till exempel visat att det bland de placerade barnen finns en betydande överrepresentation av barn med utländsk bakgrund, barn till ensamstående föräldrar samt barn till föräldrar med långtidssjukskrivning, låg utbildning och låg socioekonomisk status i övrigt. Bland barn (0–6 år) med en ensamstående, lågutbildad mamma utan förvärvsarbete, som lever helt eller delvis på ekonomiskt bistånd under flera år, är den statistiska risken en på sju att bli placerad i familjehem eller vid institution någon gång under förskoleåren. Motsvarande relativa risk för barn som lever med två föräldrar och där modern har högskoleutbildning och arbete är mindre än en på tvåtusen (Socialstyrelsen 2010, Franzén m.fl. 2008, Skoog 2013).

3.2 FLEST POJKAR OCH TONÅRINGAR

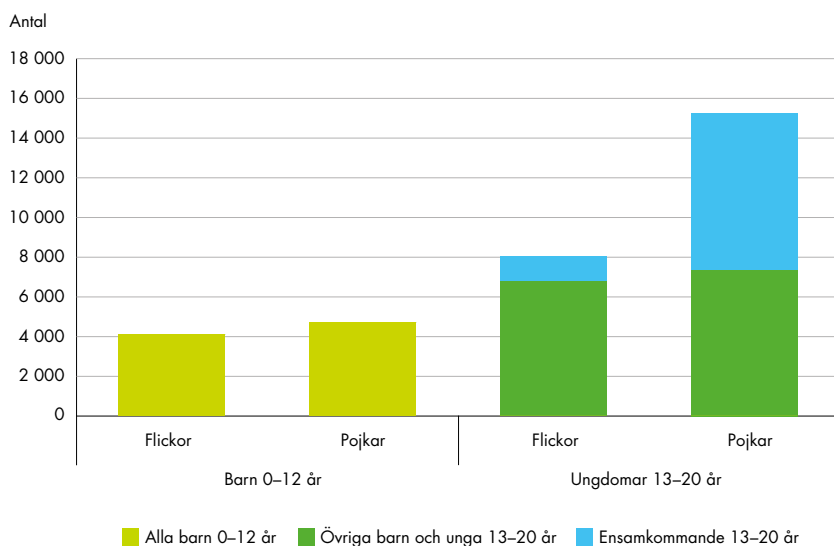
3.2.1 För att beskriva målgruppen har vi använt uppgifter från år 2013

Från och med år 2014 är det inte längre möjligt att samlat beskriva gruppen barn och unga som placeras utanför hemmet med hjälp av nationell statistik (se faktaruta på sidan 41). Anledningen är främst att inte alla ensamkommande barn och unga längre ingår i statistiken. Eftersom ensamkommande barn och unga numera utgör en betydande del av de barn som är placerade i familjehem och HVB blir det problematiskt att i en målgruppsbeskrivning utgå från uppgifter där de inte är inkluderade. Vi har därför använt oss av 2013 års uppgifter. Samtidigt har det skett förändringar i sammansättningen av gruppen under 2014 och 2015 som inte avspeglas i målgruppsbeskrivningen för 2013. Förändringen består i huvudsak av ett ökat antal ensamkommande barn och unga.

3.2.2 Tonåringar utgör en majoritet av placerade barn och unga

Figur 3.1 visar antalet pojkar och flickor som var placerade utanför hemmet någon gång under 2013 fördelat på antal barn 0–12 år respektive 13–20 år. Av figuren framgår att tonåringar utgjorde majoriteten av de barn och unga som var placerade utanför hemmet – 70 procent av dem som var placerade utanför hemmet någon gång under 2013 var tonåringar. Pojkar i tonåren är den största gruppen och av dem var ungefär hälften ensamkommande barn och unga.

Figur 3.1. Antal flickor och pojkar 0–12 respektive 13–20 år som var placerade utanför hemmet någon gång år 2013 (samtliga placeringsformer).



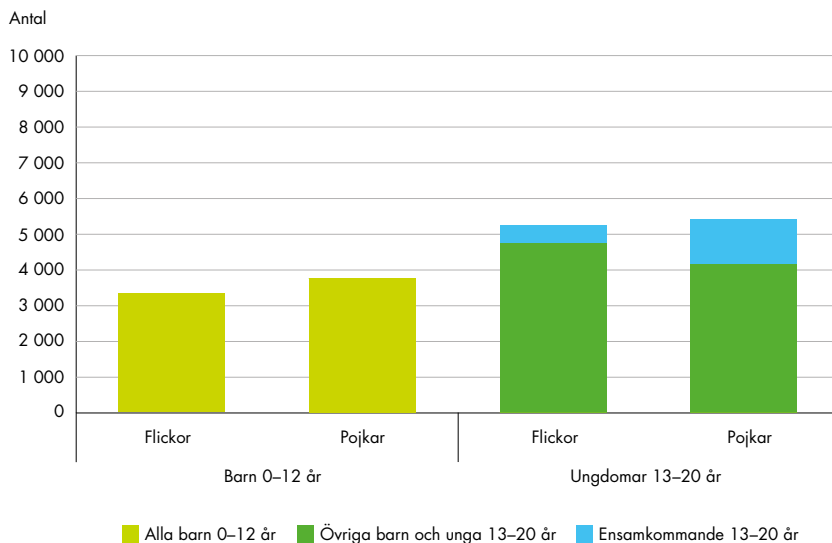
Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen), Socialstyrelsen (2014c).

I figur 3.2 beskrivs antalet flickor och pojkar placerade i familjehem i åldern 0–12 respektive 13–20 år. Av de barn och unga som varit placerade i familjehem någon gång under år 2013 var cirka 40 procent 0–12 år och cirka 60 procent 13–20 år. Pojkarna var något fler än flickorna.

I figur 3.3 beskrivs antal pojkar och flickor som under 2013 varit placerade i HVB. De allra flesta som placerades i HVB var i åldern 13–20 år och av dessa var en majoritet ensamkommande barn och unga. Bland de HVB-placerade barnen var pojkarna i majoritet i båda åldersgrupperna.

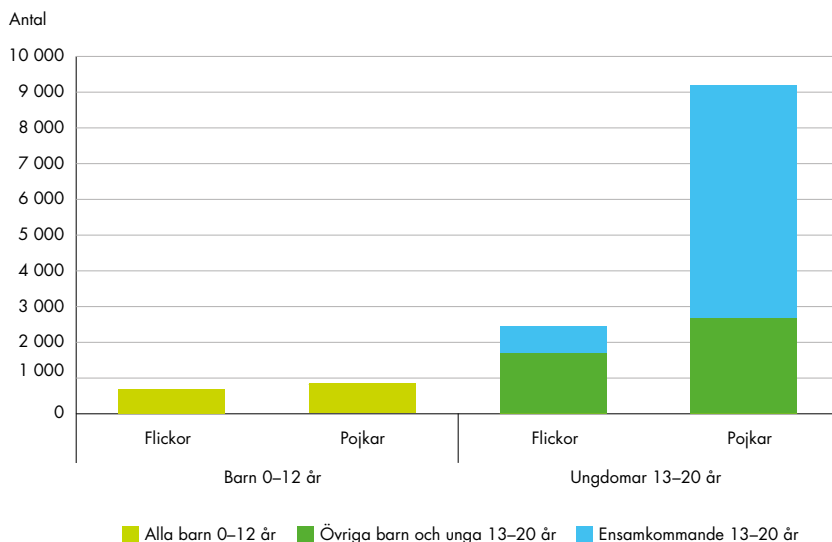


Figur 3.2. Antal flickor och pojkar per åldersgrupp som var placerade i familjehem någon gång under 2013.



Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen), Socialstyrelsen (2014c).

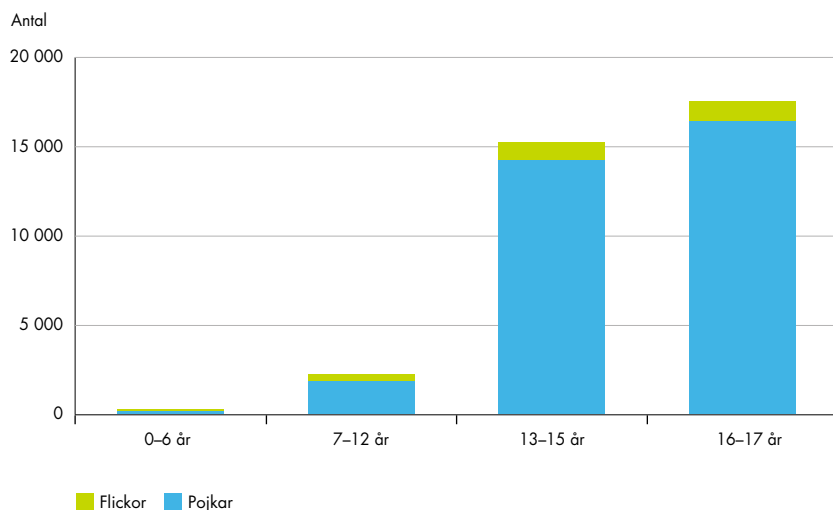
Figur 3.3 Antal pojkar och flickor per åldersgrupp som var placerade i HVB någon gång under 2013.



Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen), Socialstyrelsen (2014c).

Sammanfattningsvis visar figur 3.1–3.3 att pojkarna och tonåringarna är i majoritet bland de placerade barnen. Som vi tidigare har påpekat fångar inte figurerna ökningen av antalet ensamkommande barn och unga. Sannolikt utgör pojkar i tonåren en ännu större del av de placerade barnen under senare år. Det antagandet stöds av figur 3.4 som visar köns- och åldersfördelningen bland de ensamkommande barn och unga som sökte asyl i Sverige under 2015.

Figur 3.4. Ålders- och könsfördelning bland de ensamkommande barn och unga som sökte asyl i Sverige år 2015.



Källa: Migrationsverket (2016b).

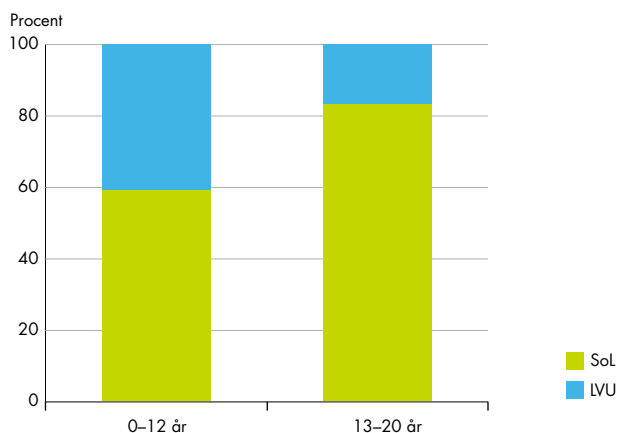
3.3 STATISTIKEN GER EN BEGRÄNSAD BILD AV SKÄLEN TILL PLACERING

På nationell nivå samlas inga uppgifter in om skälen till placering eller vilka vård- och omsorgsbehov barnen bedöms ha. Den nationella statistiken omfattar istället uppgifter som barnens ålder, placeringsform och placeringstidens längd. Registret som statistiken grundar sig på, *Socialstyrelsens register över socialtjänstens insatser för barn och unga*, innehåller också uppgifter om vilket lagrum placeringen görs med stöd av. Det vanligaste är att placeringar av barn utanför hemmet görs med stöd av SoL, och alltså är baserade på samtycke. Inom gruppen SoL-placeringar finns flera placeringsskäl men det går inte att beskriva dem med hjälp av statistik. I fråga om LVU-placeringar går det däremot att urskilja om placeringen gjorts med hänvisning till brister i hemmiljön eller till barnets eget beteende alternativt en kombination av brister i hemmiljön och barnets beteende.



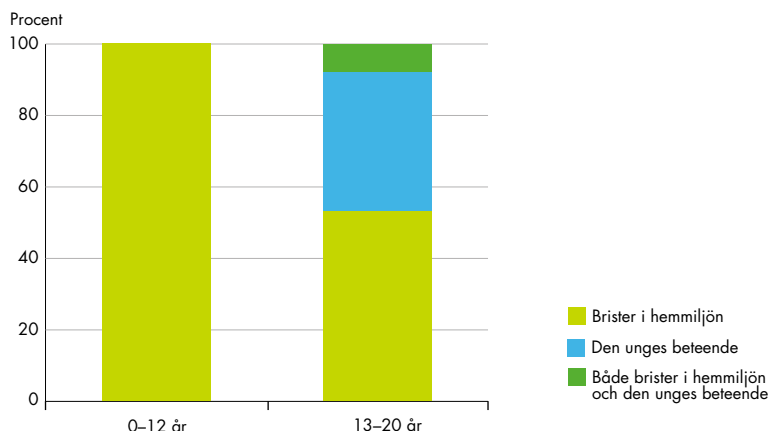
Figur 3.5 och 3.6 illustrerar förhållandet mellan SoL- och olika typer av LVU-placeringar år 2013 för yngre respektive äldre barn. Figur 3.5 visar att frivilligplaceringar är vanligast i båda åldersgrupperna men att tvångsplaceringar är vanligare bland de yngre barnen än bland de äldre. Figur 3.6 visar hur placeringar med stöd av LVU fördelar sig på olika orsaker. För yngre barn är det uteslutande brister i hemmiljön som är skälet till barnets placering. Av de 13–20-åringar som placeras med stöd av LVU är brister i hemmiljön skälet till placering i drygt 50 procent av fallen och barnets eget beteende i strax under 40 procent. Resterande placeringar görs på grund av en kombination av barnets hemmiljö och beteende.

Figur 3.5. Antal barn och unga 0–12 och 13–20 år som var placerade utanför hemmet den 1 november 2013 efter lagrum.



Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen).

Figur 3.6. Andel barn och unga placerade enligt LVU efter placeringsorsak den 1 november 2013.



Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen).

3.4 DE PLACERADE BARNENS BEHOV VARIERAR

En del av de barn och unga som placeras i familjehem eller HVB är i behov av utrednings- eller behandlingsinsatser under placeringen. Behovet av utrednings- och behandlingsinsatser tycks till viss del hänga ihop med barnets ålder. För yngre barn, som oftast placeras i familjehem, är målet med placeringen oftast att barnet ska få omsorg och fostran som kan kompensera för brister i den egna hemmiljön. När det gäller äldre barn och ungdomar kan det generella omsorgsbehovet och behovet av professionella utrednings- och behandlingsinsatser variera. För ungdomar med utagerande och självdestruktivt beteende är det dock ofta aktuellt med en placering som innehåller en utrednings- eller behandlingsinsats (Socialstyrelsen 2012).

Utredningen Barnuppdraget i Stockholms socialtjänst (den så kallade BUSS-utredningen) kombinerade ålder, placeringsskäl och behov i en översiktlig målgruppsbeskrivning för stadens familjehemsvård (Stockholms stad 2009). I tabell 3.1 återges de målgrupper utredningen definierade tillsammans med exempel på behov som enligt utredningen kunde vara aktuella hos de olika målgrupperna. Vi har kompletterat BUSS-utredningens behovsbeskrivning med ensamkommande barns behov samt för vilka grupper HVB-placering kan vara aktuellt, baserat på uppgifter från våra intervjuer och vår litteraturläsa. Observera att kategoriseringen är översiktlig och att individuella behov inte alltid passar in i kategoriseringen.



Det är omständigheterna i det enskilda fallet som är avgörande för vilka behov som beaktas i varje enskild utredning. Ytterst är det enligt 1 kap. 2 § SoL barnets bästa som ska vara avgörande vid åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn.

Kategoriseringen visar att barnens behov bland annat kan skiljas åt i fråga om det främst är inriktningen normalisering eller inriktningen professionalisering som är aktuell. Det framgår också att även yngre barn kan ha behov av utrednings- och behandlingsinsatser under sin placeringstid (Stockholms stad 2009).

Tabell 3.1. Exempel på målgrupper och behov i heldygnsvården.

Grupp	Behov att beakta inför placering
Späda barn 0–18 månader.	Anknytning och familjetillhörighet, familj i rätt ålder för ett spädbarn. HVB är oftast inte ett alternativ.
Barn 1,5–12 år som tagit skada av allvarlig omsorgsbrist.	Behov av särskilda insatser kan finnas, erfaret familjehem som kan samverka med andra aktörer. Behov av extern handledning och stöd till familjehemmet och tillgång till psykologkompetens för barnet. HVB är oftast inte ett alternativ.
Barn 1,5–12 med föräldrar som brutit i omsorgen men som inte visar tecken på att allvarligt ha tagit skada av detta.	Normaliserat, kärleksfullt och strukturerat familjeliv. Placering hos släkt eller annan närstående kan vara aktuell. HVB är oftast inte ett alternativ.
Tonåringar utan beteendeproblem, allvarliga relationsproblem eller omsorgs- svikt kan ligga bakom placeringen. Ofta psykologiskt övergivna.	Behov av trygga vuxna som som inte i första hand vill utveckla föräldraroll men som kan stödja den unge i övergivenhetsproblematik, identitetsutveckling, utbildning och vuxenblivande. HVB är oftast inte ett alternativ.
Tonåringar i rikszon som måste skyddas från sitt eget beteende, vanliga problem är t.ex. kriminella handlingar, missbruk och övrigt nedbrytande beteende.	Trygga och stabila vuxna, matchning kan med fördel föregås av utredningsplacering. Det behövs bedömning av den unges psykologiska utveckling. Flexibelt och tålmodigt familjehem behövs och det kan finnas behov av föräldraträningsprogram. HVB kan vara ett alternativ.
Ungdomar med sammansatta problem, oftast kriminalitet och psykiatriska svårigheter.	Behov av förstärkt familjehemsvård, dvs. professionella insatser i form av t.ex. behandlingsfamilj förstärkt med andra kompetenser. Fokus på behandling istället för familjeanknytning. Lämpliga behandlingsprogram, extra stöd och intensiv handledning till familjehemmet. HVB kan vara ett alternativ.
Ensamkommande barn och unga.	Behov av vuxenstöd, hjälp med traumatisering, fysiska och psykiska skador, språkutveckling, skolgång, identitet, integration, sociala relationer, meningsfull fritid. HVB kan vara ett alternativ.

Källa: Baserat på kategorisering av familjehemsvårdens målgrupper i Stockholms stad (2009), kompletterad med information från Socialstyrelsen (2013a) och intervjuaterial.

3.5 VANLIGT MED BRISTER I HÄLSA OCH SKOLGÅNG

Förutom de olika typer av social problematik som tidigare beskrivits är det vanligt att de placerade barnen också har andra svårigheter och behov. Olika typer av problematik hänger dessutom ofta samman och kan förstärka varandra (Socialstyrelsen och Skolverket 2013, Mattsson och Vinnerljung

2016, Socialstyrelsen 2010). Placerade barn har ofta problem i skolan och brister i sin fysiska och psykiska hälsa, tandhälsa och psykosociala utveckling.

3.5.1 Fysisk hälsa och tandhälsa

Forskare har visat att de annars välfungerande hälsokontroller som ges till barn inte räcker till för barn som placeras utanför hemmet. Till exempel kan de ha uteblivit från rutinmässiga hälsokontroller under tiden de bott med sina föräldrar. I en svensk studie från år 2014 fick 120 barn som var placerade utanför hemmet genomgå en hälsokontroll. Resultatet blev att den ansvarige barnläkaren skrev totalt 99 specialistremisser för 61 barn till antingen somatisk mottagning, barn- och ungdomspsykiatri eller båda. Studien visade också att en förhållandevis låg andel av gruppen hade genomgått ordinarie syn- och hörselkontroller och att de hade betydligt lägre vaccinationstäckning än andra barn. Hälften av barnen hade behandlingskrävande karies. Ytterligare en aspekt som brukar framhållas är reproduktiv hälsa. Flickor som varit placerade utanför hemmet blir tre till fyra gånger oftare mammor under sin tonårstid (Mattsson och Vinnerljung 2016).

3.5.2 Psykisk hälsa

I jämförelse med gruppen icke placerade barn och unga är det mycket vanligt att de placerade barnen har en psykiatrisk diagnos och behandlas med psykofarmaka (Socialstyrelsen 2014b). Socialstyrelsen genomförde år 2014 en studie av förskrivning av psykofarmaka och förekomsten av psykiatriska diagnoser bland placerade barn. Tabell 3.2 visar förekomsten av vissa psykiatriska diagnoser i gruppen placerade barn år 2013. Den vanligaste diagnosen är adhd – både pojkar och flickor har adhd i betydligt högre utsträckning än icke placerade pojkar och flickor i samma ålder. De placerade pojkarna har diagnoser i något lägre utsträckning än flickorna, vilket troligtvis förklaras av att det bland de placerade tonårspojkarna finns ett stort antal ensamkommande flyktingbarn. Andra diagnoser som är mycket vanliga bland placerade barn jämfört med icke placerade är ångestdiagnoser, missbruk och autismspektrumstörningar. Förutom att Socialstyrelsens studie visade på en hög förekomst av psykiatriska diagnoser bland de placerade barnen konstaterades också en hög förskrivning av psykofarmaka som till stor del, men inte helt, förklarades av diagnossammansättningen (Socialstyrelsen 2014b).



Tabell 3.2. Psykiatriska diagnoser i patientregistret (öppen och sluten vård) åren 2012–2013. Andel bland personer 13–21 år som var folkbokförda i Sverige år 2013, fördelat efter kön, ålder och placeringsform. Procent.

	Missbruk	Depression	Ångest	Sömn- och ätsstörning etc.	Utvecklingsstörning	Autism-spektrumstörning	Adhd
Flickor 13–17 år							
Ej placerade	0,4	1,6	2,2	1,1	0,3	0,9	2,2
Familjehem	2,3	5,9	10	2,1	2	4,8	14
HVB	8,6	14,1	31,4	10,9	1,8	10	32,7
Pojkar 13–17 år							
Ej placerade	0,5	0,7	1,2	0,3	0,5	1,9	4,9
Familjehem	2	2,4	5,2	1,3	3,8	7,6	21,5
HVB	2,7	5,1	11	2,6	1	4,1	10,5

Placering avser personer som var placerade under hela året (2013).

Källa: Socialstyrelsen (2014b).

3.5.3 Svaga skolresultat

Barn som placeras utanför hemmet har sämre skolresultat än andra barn. Barn i familjehem får påtagligt sämre betyg i grundskolan jämfört med andra barn med samma begåvning. De reparerar dessa betyg i lägre utsträckning än andra i gymnasiet eller under vuxenutbildning och hoppar av gymnasiet oftare än andra barn och unga. Eftersom de också i lägre utsträckning än andra unga vuxna fullföljer en högskoleutbildning har de en klart lägre utbildningsnivå i vuxen ålder. Det kan finnas flera bidragande orsaker till de sämre skolresultaten, men många studier tyder på att de inte enbart kan förklaras av brister i kognitiv förmåga eller markant lägre utbildningsambitioner. Sambanden mellan psykisk hälsa och kognitiva funktioner är dessutom komplexa och vissa studier visar att skolmisslyckanden kan orsaka beteendeproblem snarare än tvärtom (Mattson och Vinnerljung 2016).

Det finns flera svenska analyser som pekar på skolgångens stora betydelse för placerade barns möjligheter att nå goda livsutfall. Att klara sig i skolan tycks vara en starkt skyddande faktor för placerade barn och det som starkast förklarar att de lyckas undvika missbruk, kriminalitet, självmord och bidragsberoende. I Mattson och Vinnerljung (2016) sammanfattas det som att ”så länge det inte går riktigt dåligt i skolan är oddsen ganska bra för att de ska leva ett någorlunda normalt liv i vuxen ålder.”

3.5.4 Ökat antal barn med svår och sammansatt problematik?

I flera av våra intervjuer uttrycks att behovet av vård- och omsorgsinsatser i gruppen placerade barn har ökat över tid. De intervjuade berättar om att målgruppen i dag har en tyngre problematik, att fler ungdomar har allvarliga problem nu än förr och att det inte längre finns några "lätta fall". En av de intervjuade menar att "ribban har höjts" för att bli placerad utanför hemmet och syftar då på att det krävs mer för att bli placerad utanför hemmet idag än vad det gjordes förr.

Denna förändring kan till viss del bero på medvetna beslut och ändrade prioriteringar i kommunerna. Socialtjänsten har under en längre tid satsat på öppna insatser till barn och ungdomar vilket kan ha fått till följd att de barn och unga som ändå placeras till slut är de ungdomar som har ett omfattande vårdbehov (SOU 2009:68, Socialstyrelsen 2016a, Stockholms stad 2009). Den bilden stöds också av våra intervjuer med personal inom familjehemsvården. Flera av de intervjuade lyfter att de medvetet arbetar för att undvika placeringar eftersom forskning så tydligt visar att det sällan gynnar barnens utveckling. Det gäller särskilt placeringar i HVB, men även generellt försöker de i första hand att arbeta med andra insatser än placering utanför hemmet.

Även om berättelserna om en ökad tyngd i målgruppen kommer från flera håll går det dock inte att belägga om problembilden i objektiv mening blivit svårare över tid eller inte.

3.6 ENSAMKOMMANDE BARN OCH UNGA HAR DELVIS ANDRA BEHOV

Ensamkommande barn och unga utgör en allt större del av de barn som är placerade i samhällsvård. Gruppen är förhållandevis homogen sett till köns- och ålderssammansättningen vilket riskerar att dölja den individuella behovsvariation som finns i gruppen. Enligt Backlund m.fl. (2012) är en gemensam nämnare att de ensamkommande oftast har vuxit upp i länder med osäkerhet och väpnade konflikter i vardagen. Deras familjbakgrund kännetecknas av förluster och splittrade familjer och de flesta har inte haft en fungerande skolgång. Vanliga orsaker till flykten är risk för liv och hälsa på grund av våldsamma konflikter, hot till följd av att man tillhör en utsatt minoritet, hot om att behöva delta i krig, hot mot sina livsval eller en upplevelse av att hemlandet inte kan erbjuda någon önskvärd framtid. Det finns också ensamkommande barn som själva inte känner till bakgrunden till flykten (Backlund m.fl. 2012). I en studie av ensamkommandes upplevelser av första tiden i Sverige konstaterades att de flesta ungdomarna vid ankomsten till



Sverige inte hade några föreställningar eller medvetenhet om Sverige. Flykten till Sverige kunde dessutom vara en av många flykter (Backlund m.fl. 2012).

Regeringen förde i propositionen 2005/06:46 *Mottagande av ensamkommande barn* fram normaliseringsprincipen. Den innebär att samma regler och sociala omvårdnadssystem, så långt det är möjligt, bör gälla för samtliga barn och unga som vistas i Sverige och att socialtjänstlagen ska beaktas. Mottagandet och omhändertagandet av ensamkommande präglas också av ett integrationstänkande. Samtidigt är integration ett begrepp utan tydlig definition, både inom mottagningen generellt och inom socialtjänsten specifikt. I den nationella politiken används begreppet *etableringsinsatser* som paraplybegrepp för de samhälleliga stödinsatser som ges till nyanlända vuxna (se exempelvis prop. 2009/10:60).

Ensamkommande flyktbarn antas oftast vara en grupp med ett mindre vårdbehov än andra placerade barn (se till exempel prop. 2015/16:43). Det finns visst stöd för denna syn, en studie har exempelvis visat att de ensamkommande klarar sig förhållandevis väl utbildningsmässigt och yrkesmässigt i sitt vuxna liv. Jämfört med utlandsfödda barn som kommit till Sverige med sina föräldrar har ensamkommande goda utfall vad gäller utbildningsnivå och sysselsättning senare i livet (jämfört med barn födda i Sverige med föräldrar födda i Sverige är utbildningsnivån och sysselsättningen dock betydligt lägre). Forskarna menar att några förklaringar till de relativt goda utfallen kan vara att ensamkommande är en grupp med hög kapacitet och motivation som får ett omfattande stöd från samhället (Çelikaksoy och Wadensjö 2015, Backlund m.fl. 2012).

Å andra sidan är den psykiska ohälsan bland ensamkommande förhållandevis stor. Socialstyrelsen konstaterar till exempel att en majoritet av de ensamkommande barnen som söker asyl i Sverige bär med sig svåra erfarenheter från sitt liv före och under flykten. Gruppens psykiska ohälsa kan handla om sömnsvärigheter, återkommande mardrömmar och svårigheter med att komma till ro på kvällen. I skolsammanhang och av boendepersonal kan vissa av de ensamkommande ungdomarna upplevas som svårhanterliga för att de reagerar med ilska eller med ett utåtriktat och aggressivt beteende (Socialstyrelsen 2013a). Preliminära resultat från en registerstudie av ensamkommande barn och unga visar en högre grad av psykiatrisk sjuklighet än hos andra jämnåriga i Sverige (Wadensjö 2016).

Ensamkommande barn kan också ha särskilda behov i förhållande till trygghet och säkerhet. Ett exempel är barn som avviker från sin placering, det vill säga barn som lämnar sitt HVB eller familjehem tillfälligt eller permanent. Ett annat är barn som är eller har varit utsatta för barnnätkenskap eller människohandel (Länsstyrelsen Stockholm 2016, Migrationsverket 2016d).

3.7 SAMMANFATTNING

Den sociala dygnsvården har en bred målgrupp och ska kunna tillgodose ett mycket varierat vård- och omsorgsbehov. Målgruppen för heldygnsvården är barn som far illa eller riskerar att fara illa, en målgruppsbeskrivning som inkluderar flera olika sociala problem. Det handlar exempelvis om barn som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller som har allvarliga relationsproblem i sin familj samt barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa på grund av eget beteende som till exempel missbruk, kriminalitet eller andra typer av självdestruktivt beteende. Barn som placeras utanför hemmet kommer förhållandevis ofta kommer från familjer med bristande ekonomiska och sociala resurser. Ett förhållandevis stort antal av de placerade barnen har en sammansatt problematik, det vill säga kombinationer av sociala problem, psykiatriska diagnoser, andra hälsoproblem och dåliga skolutfall. Överlag tycks problembilden hos de barn och unga som placeras utanför hemmet ha blivit mer komplex över tid.

Barnen i behov av placering utanför hemmet är i alla åldrar, från spädbarn till unga vuxna. Omkring 70 procent av de placerade barnen är tonåringar och pojkarna är i majoritet. Gruppen tonårspojkar utgörs delvis av ensamkommande barn och unga. Det ökade antalet ensamkommande barn och unga som placeras utanför hemmet har medfört att tonårspojkarnas andel av gruppen placerade barn har ökat under senare år.

Ensamkommande barn och ungas behov är delvis annorlunda än hos andra barn som placeras. De ensamkommande barnen har varierande bakgrunder men har det gemensamt att de befinner sig i ett land där de inte kan språket, saknar vårdnadshavare och ofta nätverk i övrigt. De är en grupp som i jämförelse med andra placerade barn har hög kapacitet och egen drivkraft. Samtidigt har de ofta fysiska och psykiska skador av olika slag, till exempel till följd av traumatisering innan eller under flykten till Sverige. En del ensamkommande barn kan ha varit offer för människohandel och andra typer av utnyttjande. Utöver behoven av den sociala och medicinska vård och omsorg som ryms inom normaliseringsprincipen tolkas ensamkommande barns behov ofta i termer av integration och etablering i samhället.





Konsulentstöd till familjehem

I det här kapitlet beskriver vi utbudssidan i familjehemsvården med fokus på verksamheter med konsulentstöd till familjehem (konsulentverksamheter). Vårdanalys har regeringens uppdrag att beskriva och analysera verksamheternas framväxt och funktion i familjehemsvården, deras tjänsteutbud och personal samt kostnaden och formerna för kommunernas anlitande av konsulentstöd. Kapitlet inleds med en översiktlig beskrivning av vad som kännetecknar familjehemsvården. Därefter ger vi en mer detaljerad beskrivning av konsulentverksamheterna baserat på de enkätundersökningar och intervjuer vi har genomfört.

4.1 FAMILJEHEM – EN INSATS I FÖRÄNDRING

Familjehemsvård är en komplex välfärdsinsats som i väsentliga avseenden skiljer sig från andra välfärdsområden. Verksamheten är till exempel reglerad och offentligt finansierad men utförs av privatpersoner inom ramen för deras egna hem och familjeliv. Ett allt större och delvis förändrat behov av familjehemsvård har dessutom medfört förändringar i familjehemsutbudet. Några förändringar som brukar framhållas är en ökad variation avseende typer av familjehem, en högre grad av yrkesmässighet i familjehemsuppdraget och en tilltagande brist på familjehem.

4.1.1 Olika typer av familjehem

Begreppet familjehem rymmer flera olika typer av hem. Familjehem och jourhem är de begrepp som omnämns i lagstiftning. Med familjehem avses enligt 3 kap. 2 § socialtjänstförordningen ett enskilt hem som på uppdrag av

socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård eller fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Ett jourhem är enligt 6 kap. 6 § SoL ett enskilt hem som vid upprepade tillfällen tar emot barn för tillfällig vård och fostran.

Utöver dem finns andra typer av familjehem som inte specificeras i någon författning, till exempel nätverkshem och behandlingsfamiljer. Med nätverkshem avses ett hem i barnets nätverk, det kan till exempel vara fråga om en anhörig eller annan närstående till barnet (Socialstyrelsen 2012). Med behandlingsfamilj avses vanligtvis ett familjehem där barnet placeras under en begränsad period inom ramen för ett strukturerat behandlingsprogram (se nedan i detta stycke).

De olika typerna av familjehem skiljer sig åt i olika aspekter. En sådan aspekt är långsiktigheten i åtagandet. Återföreningsprincipen, det vill säga att målet med vården är att barnet ska kunna flytta tillbaka till sin ordinarie familj (se exempelvis prop 1979/80:1 s.305), medför att uppdraget alltid inbegriper ett visst mått av tillfällighet. Det finns dock gradskillnader. En del familjer tar enbart emot barn för en kortare tid, antingen som jourhem eller som behandlingsfamilj. Andra familjer tar emot barn som är tänkta att växa upp i hemmet. Utvecklingen går mot allt kortare placeringar i familjehem och jourhemsplaceringar har blivit vanligare (SOU 2014:3 s.110).

Familjehemsvård används allt oftare för barn och ungdomar i behov av behandlingsinsatser. Ett uttryck för det är framväxten av behandlingsfamiljer. Det är ett slags mellanform mellan familjehem och HVB som utmärks av att utföraren har ett tydligt och kvalificerat behandlingsuppdrag i förhållande till den som är placerad i ett familjehem. Den huvudsakliga målgruppen för placering i behandlingsfamilj är enligt LVU-utredningen tonåringar i behov av individuell behandling. Behovet kan botten i en kombination av omsorgsbrist och till exempel neuropsykiatrisk eller psykosocial problematik. Vistelsen i behandlingsfamiljen är tidsbegränsad (SOU 2014:3 s. 243 och 250).

Den ökade variationen inom familjehemsutbudet har i huvudsak betraktats som positiv för möjligheterna att kunna möta olika barns behov, men det har också påpekats att vissa placeringsformer som har vuxit fram finns i en lagstiftningsmässig gråzon (SOU 2014:3 s. 250). LVU-utredningen föreslog till följd av detta bland annat att placeringsformen behandling i familj skulle införas i socialtjänstlagen (SOU 2014:3 s. 250).

4.1.2 Ökande professionalisering och yrkesmässighet i familjehemsuppdraget

Ett familjehem ska erbjuda det placerade barnet familjetillhörighet och under placeringstiden svara för den dagliga tillsynen och omsorgen i föräldrarnas ställe (SOU 2015:71 s.697). Men flera tidigare utredningar har beskrivit en ökande professionalisering i familjehemsvården. Med professionalisering avses i detta sammanhang att familjehemsuppdraget ofta är förhållandevis yrkesmässigt, att familjehemsplaceringarna allt oftare innehåller inslag av professionell vård och behandling, att gränsen mellan HVB- och familjehemsvård blir allt suddigare och att privata aktörer, främst konsulentverksamheter, fått en allt större roll i familjehemsvården (SOU 2009:68 s. 414, SOU 2014:3 s. 133 ff., SOU 2015:71 s.165).

Avsaknad av yrkesmässighet är central i lagens definition av vad ett familjehem är (3 kap. 2§ SoF), men i praktiken finns varierande grader av yrkesmässighet inom familjehemsvården. Det har till exempel visats att familjehemsföräldrar förvärvsarbetar i förhållandevis låg utsträckning; 37 procent av familjehemsföräldrarna förvärvsarbetade inte alls enligt en undersökning som Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén genomförde (SOU 2005:81 s. 209). Det är dessutom relativt vanligt att familjer är kontrakterade av kommunen för att ha kontinuerlig beredskap att ta emot barn för jourplacering, och i dessa hem är det vanligt att en vuxen är hemma på heltid (SOU 2014:3 s.99). Inom de behandlingsverksamheter vi beskrev ovan är det vanligt att familjehemsföräldrarna är anställda av behandlingsverksamheten (SOU 2014:3 s. 244).

Flera av de vi intervjuat bekräftar bilden av att familjehemsuppdraget har professionaliserats på olika sätt och blivit mer av ett yrke. De menar att gränsen mellan HVB och familjehem blivit allt mindre tydlig och att vanliga familjer i dag sällan har förutsättningar för att klara av ett familjehemsuppdrag. Det finns till exempel familjehem som bedriver sin verksamhet i företagsform, har det som heltidssysselsättning och fakturerar kommunen. Som anledning till utvecklingen framförs bland annat de placerade barnens allt större behov, de ökade kraven på familjehemmen och olika typer av samhälleliga förändringar som påverkar hur familjer bor och lever sina liv och därmed deras förutsättningar att åta sig ett familjehemsuppdrag. Synen att samhällsförändringar har påverkat möjligheterna att åta sig ett familjehemsuppdrag har lyfts under en längre tid. Rekryteringen av familjehem antas bland annat ha försvårats av att det i de flesta familjer numera finns två arbetande vuxna och att familjers egna barn bor kvar hemma allt längre (SOU 2009:68 s. 405).



4.1.3 Många kommuner har brist på familjehem

Kommunerna ansvarar enligt 6 kap. 2 § SoL för att det finns tillgång till familjehem. Kommunerna ska också enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem och HVB kartlägga och analysera sitt behov av familjehem och planera för och vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa tillgången till hem som kan erbjuda vård som är trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet. För att kunna hålla en hög kvalitet i familjehemsvården och kunna matcha barnet med ett passande familjehem behöver kommunerna ha många hem att välja mellan (SOU 2014:3 s 23).

Svårigheter kring rekrytering av familjehem har varit ett återkommande tema i utredningar av den sociala barn- och ungdomsvården. Riksdagens revisorer drog redan 2002 slutsatsen att bristen på familjehem kan leda till att barn och unga får bo kvar i en olämplig miljö eller placeras i institutionsvård (Riksdagens revisorer 2001/02:16). Barnskyddsutredningen beskrev brist på familjehem år 2009 (SOU 2009:68 s. 405) och LVU-utredningen gjorde detsamma år 2014 (SOU 2014:3 s. 22).

Kommunerna använder olika metoder för att klara av sin rekrytering av familjehem. Vanligt är annonsering av olika slag och även tips från befintliga familjehem. Vissa kommuner har särskilda rekryterartjänster med uppgift att rekrytera, utreda och utbilda familjehem. I några kommuner kombineras arbetet med rollen som familjehemssekreterare (FOU Västernorrland 2016). Små kommuner kan behöva samverka regionalt för att få tillgång till den specialisering och kompetens som krävs för att kunna möta olika behov i familjehemsvården. Våra enkät- och intervjustudier visar att sådan samverkan sker på vissa håll i landet och att det på ytterligare håll finns planer på att starta upp sådana samverkansstrukturer.

Genom våra enkät- och intervjustudier kan vi också konstatera att många kommuner fortfarande har svårt att hitta familjehem. De intervjuade framhåller att kommunerna har svårt både att hitta tillräckligt många familjehem och rätt sorts familjehem. Framför allt finns svårigheter med att hitta familjehem som klarar av placeringar av barn med stora behov eller barn med specifika behov, till exempel allergier eller funktionsnedsättningar. Den senaste tidens utveckling med ett ökande antal ensamkommande flyktingbarn i behov av placering har gjort bristen på familjehem mer akut i många kommuner, och särskilt tydlig var bristen under 2015. I en del kommuner verkar det enbart vara i anslutning till det årets kraftiga behovsökning som svårigheter med rekrytering har uppstått. I andra kommuner innebar den en förvärring av en redan ansträngd situation.

Det finns samtidigt kommuner som inte upplever svårigheter med att hitta de familjehem de behöver. Flera uppger i våra intervjuer att de har ökat ambitionerna i familjehemsvården och att de som regel hittar de familjer de behöver. De kommuner som startade egna HVB för ensamkommande tycks ha upplevt bristen på familjehem under år 2015 som lägre.

Placeringar av barn i familjehem begränsas inte av kommungränserna. En del kommuner har barn placerade på ett stort geografiskt avstånd och vissa kommuner har nästan alla sina familjehemsplacerade barn i en annan kommun. Det tycks särskilt gälla ensamkommande barn och unga (Arbetsmarknadsdepartementet 2016). Det här innebär bland annat att kommunerna till viss del konkurrerar med varandra om familjehemmen. Det ställer också höga krav på samverkan mellan kommunerna eftersom barnen har rätt till exempelvis skola och god man i vistelsekommunen medan ansvaret för omsorg och boende ligger kvar på anvisningskommunen (se faktaruta på sidan 39).

4.2 KONSULENTVERKSAMHETER REKRYTERAR OCH FÖRSTÄRKER FAMILJEHEM

Det finns ett flertal begrepp för de aktörer som arbetar med konsulentstöd till familjehem; *konsulentstödsverksamheter*, *familjehemskonsulenter*, *paraphyorganisationer* och *verksamheter som bedriver konsulentstöd till familjehem* är några. Ibland beskrivs verksamheterna med den typ av vård de arbetar med, alltså förstärkt familjehemsvård. Den formella benämningen har kommit att bli *verksamheter med konsulentstöd för familjehem och jourhem som tar emot barn*. I den här rapporten benämner vi verksamheterna *konsulentverksamheter*. Vilken roll verksamheter med konsulentstöd till familjehem är tänkta att ha eller vilka typer av verksamheter som täcks in av begreppet är i dagsläget inte definierat i författning, och därför har vi i beskrivningen utgått från tidigare utredningar om konsulentverksamheter och gällande lagstiftning.

4.2.1 Grundtanken är förstärkt familjehemsvård

Verksamheter med konsulentstöd till och rekrytering av familjehem började utvecklas inom missbruksvården för vuxna på 1980-talet. Ofta hänvisas till betänkandet *Det förstärkta familjehemmet* (DS S 1981:17) från 1981 som konsulentverksamheternas grunddokument. Verksamheterna skulle enligt betänkandet vara särskilda enheter som hade till uppgift att rekrytera



familjehem som sedan skulle förmedlas till socialtjänsten i kombination med stöd och handledning till hemmen av en konsulent – de skulle förstärka familjehemmen. Verksamheterna var ursprungligen tänkta att organiseras av en eller flera socialnämnder, en ideell förening eller en särskild stiftelse.

Förstärkt familjehemsvård bygger på en idé om att en familjehemsplacering tillsammans med intensivt stöd och professionell handledning samt eventuella behandlingsinslag kan leda till bättre resultat än vad motsvarande vård på institution kan göra. Barnskyddsutredningen definierade ett förstärkt familjehem som ett familjehem som får kompletterande stöd, främst i form av tillgång till tät handledning, dygnet runt-stöd, utbildning och vid behov avlastning. Benämningen förstärkt familjehemsvård kan enligt Barnskyddsutredningen också syfta på att det placerade barnet eller ungdomen får kompletterande stöd och behandling (SOU 2009:68 s. 437). LVU-utredningen menade att målgruppen för den förstärka familjehemsvården främst borde vara familjehem som tar emot barn och unga i behov av särskilt stöd (SOU 2014:3 s. 211). Syftet med förstärkt familjehemsvård är i huvudsak att undvika vårdssammanbrott och på så vis möjliggöra familjehemsvård även för barn med särskilda behov. Vårdssammanbrott är när vården avbryts abrupt och utan planering. I behandlingsplaceringar är vistelsen tidsbegränsad och syftar till att uppnå ett visst behandlingsmål (SOU 2014:3 s. 243).

Verksamheter med konsulentstöd till familjehem är de organisationer som anlitas för att rekrytera och förstärka familjehemmen. Riksförbundet för förstärkt familjehemsvård (RFF) definierar konsulentverksamheter som verksamheter som arbetar med att rekrytera, utreda, utbilda, stödja och handleda familjehem och jourhem samt att förmedla dessa hem och tjänster till socialtjänst och/eller kriminalvård (RFF 2016). En lagrådsremiss angående tillståndsplikt för konsulentverksamheter lämnades till lagrådet 10 november 2016. I lagrådsremissen föreslås att tillståndsplikt ska gälla för *”verksamhet som har till uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn och som lämnar stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn”* (Lagrådsremiss 2016).

4.2.2 Rättsliga ramar

Frågan om tillståndsplikt har behandlats av flera statliga utredningar (SOU 2005:81, SOU 2009:68, SOU 2011:9). Senast frågan utreddes var det av LVU-utredningen som i sitt delbetänkande föreslog att tillståndsplikt skulle införas (SOU 2014:3 s. 215). Som ovan nämndes har en lagrådsremiss angående tillståndsplikt för verksamheter med konsulentstöd till familjehem och jourhem lämnats till lagrådet 10 november 2016.

Den handledning och det stöd som konsulenterna anlitas för definierades av LVU-utredningen som det som ryms inom 6 kap. 7a § SoL. I bestämmelsen anges att socialnämnden i fråga om de barn som vårdas i ett familjehem, jourhem, stödboende eller hem för vård eller boende ska lämna dem som vårdar sådana barn råd, stöd och annan hjälp som de behöver. Konsulentverksamheternas funktion och roll i den sociala barn- och ungdomsvården avgränsas därutöver främst av bestämmelsen i 2 kap. 5 § SoL om att kommunen inte får sluta avtal med en enskild utförare för utförande av uppgifter som är att betrakta som myndighetsutövning. Till myndighetsutövningen inom familjehemsvården hör till exempel familjehemsutredningen, beslut om vården och allt ansvar för barnets vård.

Socialnämnden har enligt 6 kap. 6 § SoL ett ansvar för att utreda familjehem och jourhem inför en placering. En utredning som genomförts av en privat aktör kan inte ligga till grund för ett placeringsbeslut, vilket har konstaterats av JO, eftersom familjehemsutredningen är att betrakta som myndighetsutövning (JO 2001/02 s. 25, se även SOU 2014:3 s. 161, prop. 2006/07:129 s. 58). I samband med beslut om placering ska socialnämnden enligt 6 kap. 6 b § SoL ingå avtal med dem som nämnden avser att anlita som familjehem. Nämndens och familjehemmets åtaganden kring barnets behov av stöd och skydd under placeringen ska framgå av avtalet.

Sammanfattningsvis har socialtjänsten samma ansvar för det placerade barnet vid en konsulentstödd placering som vid en ordinarie familjehemsplacering. Alla insatser som barnet får under en placering ska utredas och beslutas av en socialnämnd och barnets vård ska följas på samma sätt som när barn placeras i familjehem i kommunal regi.

4.3 VÅR KARTLÄGGNING GER EN MER DETALJERAD BILD AV VERKSAMHETERNA OCH DERAS UTBUD

Eftersom kommunerna anlitar konsulentstöd i ökande grad har det funnits behov av en uppdaterad kartläggning av konsulentverksamheternas funktion i familjehemsvården. Vårdanalys har därför på uppdrag av regeringen kartlagt hur anlitaandet av konsulentstöd har utvecklats under senare år, vilka uppgifter konsulentverksamheterna utför på uppdrag av socialtjänsten, varför kommunerna anlitar konsulentverksamheter, hur kommunerna bedömer konsulenternas bidrag till familjehemsvården och vad den konsulentstödda vården kostar i jämförelse med familjehemsvård i kommunal regi. Det har vi gjort genom en enkätundersökning riktad till kommunerna, en intervjustudie med personal inom familjehemsvården i 30 kommuner samt en enkätundersökning riktad till konsulentverksamheter.



Kommunenkäten skickades till samtliga kommuner och svarsfrekvensen blev 64 procent. Kommunenkäten innehöll frågor om skälen till att kommunerna anlitar konsulentstöd, hur mycket konsulentstöd de anlitat och till vilka kostnader. De efterföljande intervjuerna med personer som arbetar med familjehemsplaceringar i socialtjänsten syftade främst till att ställa fördjupande frågor i relation till enkäten, bland annat om vilka tjänster konsulentverksamheterna normalt erbjuder och formerna för köpen.

För att få en mer detaljerad bild av konsulentverksamheternas tjänsteutbud och personal skickade vi också en enkät till de verksamheter vi identifierat i kartläggningen. Enkäten skickades till 323 konsulentverksamheter och vi fick in 130 svar, det vill säga en svarsfrekvens på 40 procent. Den relativt låga svarsfrekvensen påverkar möjligheterna att generalisera utifrån materialet. Eftersom konsulentverksamheterna i flera fall varit svåra att nå har vi haft begränsade möjligheter att genomföra en analys av hur bortfallet påverkar generaliserbarheten (för mer utförlig beskrivning, se bilaga 2).

Sammantaget kan det material vi samlat in användas för att att förstå konsulentverksamheternas roll, funktion och kostnader, men det ger inte en fullständig bild av verksamheterna eller innehållet i den konsulentstödda familjehemsvården som helhet.

4.3.1 Konsulentstödet omfattning

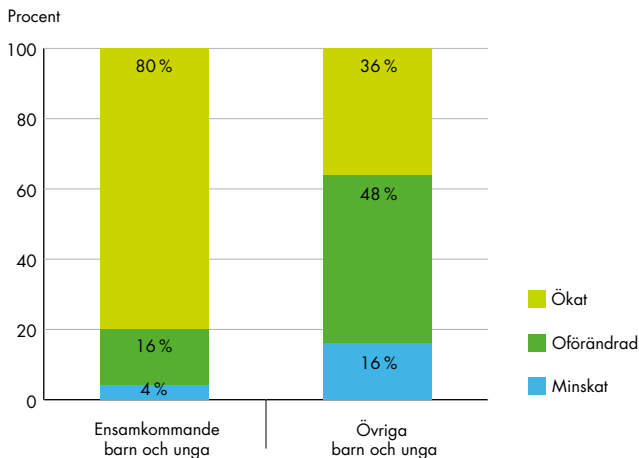
De flesta kommuner anlitar konsulentverksamheter. Barnskyddsutredningen konstaterade att 80 procent av kommunerna hade anlitat en konsulentverksamhet år 2008 (SOU 2009:68). Därefter saknas uppgifter om hur marknaden har utvecklats. Av de kommuner som besvarade vår enkät hade 96 procent anlitat en konsulentverksamhet för placeringar av barn och unga under 2015. 86 procent hade anlitat en konsulentverksamhet för ensamkommande barn och unga och 79 procent hade anlitat konsulentverksamheter för familjehem till andra målgrupper (icke ensamkommande barn och unga) under 2015. 68 procent av kommunerna hade anlitat konsulentverksamhet för både ensamkommande barn och andra målgrupper.

I början av 2000-talet uppskattades antalet konsulentverksamheter till 10–15 stycken. År 2009 uppskattade Barnskyddsutredningen att antalet hade ökat till ett sjuttital och år 2013 hade antalet enligt LVU-utredningen ökat till ett hundratal (SOU 2014:3 sid. 206). Vi uppskattar att det hösten 2016 finns omkring 300 konsulentverksamheter (i bilaga 2 beskriver vi närmare hur vi gjort uppskattningen). Vi har under kartläggningens gång uppfattat att omsättningstakten är hög i konsulentbranschen och att ägarförhållanden

ändras ofta. Det är därför svårt att ringa in exakt hur många företag som är verksamma vid en viss tidpunkt och de uppskattningar som görs riskerar att snabbt bli inaktuella. Branschen karaktäriseras dessutom av en föränderlig efterfrågan till följd av att antalet asylsökande var mycket högt under år 2015 och sedan har minskat kraftigt under år 2016. 300 verksamheter är en försiktig uppskattning, och baseras på antagandet att flera verksamheter som var aktiva 2015 inte längre är aktiva hösten 2016.

I enkäten frågade vi också kommunerna om hur deras användning av konsulentstöd utvecklades under perioden 2012–2015. För placeringar av ensamkommande barn och unga anger 80 procent av kommunerna att deras användning av konsulentstöd har ökat. För övriga barn och unga, det vill säga icke ensamkommande, varierar svaren mer. 48 procent av kommunerna svarar att deras användning av konsulentverksamheter för övriga barn och unga var oförändrad 2015 jämfört med 2012 medan 36 procent menar att anlitandet av konsulentstöd hade ökat för dessa placeringar och 16 procent att det hade minskat (figur 4.1).

Figur 4.1. Utveckling av kommunernas anlitande av konsulentverksamheter 2012–2015 för ensamkommande barn och unga respektive övriga barn och unga.



Källa: Vårdanalys enkät till kommuner våren 2013 (se bilaga 2)

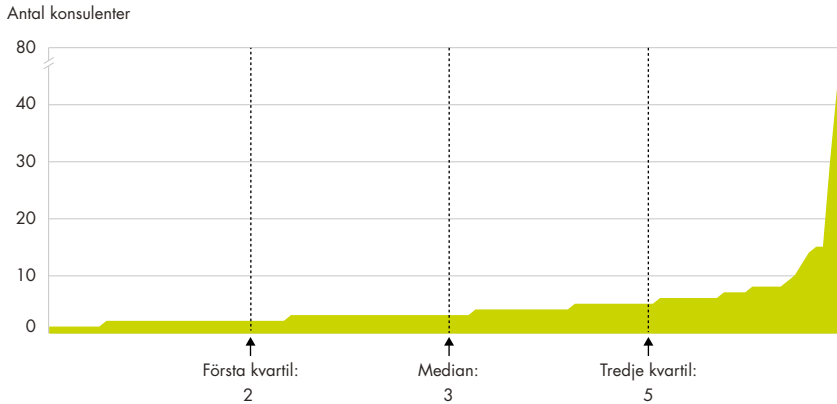
Kommentar: Frågan som ställdes var "Hur har er användning av konsulentstödda jour- och familjehem för barn och unga utvecklats under de senaste fyra åren (2012–2015)?"



Samtidigt vet vi att 80 procent av kommunerna hade anlitat en konsulentverksamhet någon gång redan år 2008 (SOU 2009:68 s.442). Den ökade användningen handlar alltså främst om att kommunerna köper mer konsulentstödd vård än tidigare, inte om att fler kommuner börjat använda konsulentverksamheter. Det bekräftas av kommunernas uppgifter om antalet vård dygn de hade anlitat konsulentverksamheter för 2012 respektive 2015. Användningen hade under perioden ökat även sett till antalet vård dygn i konsulentstödda familjehem. Med hjälp av uppgifter från vår enkät till kommunerna bedömer vi att omkring 33 procent av vård dygnen i familjehem var konsulentstödda 2015. Siffran är dock osäker, konfidensintervallet (intervallet inom vilket vi med 95 procents sannolikhet kan säga att andelen konsulentstödda vård dygn ligger) är 20–52 procent.

4.3.2 Konsulentverksamheternas storlek och ägarform

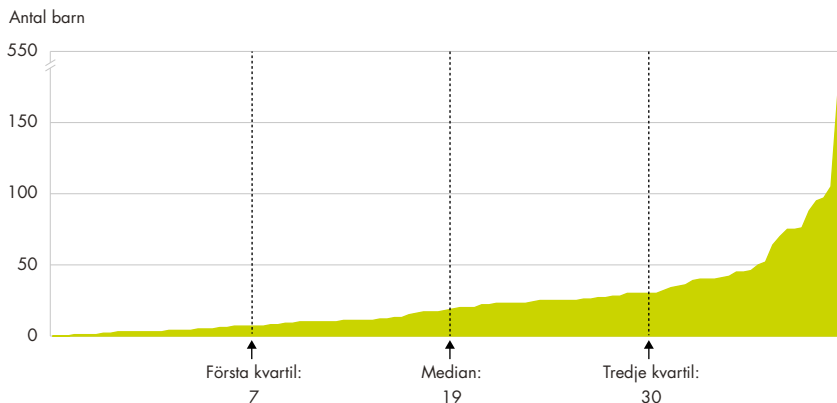
Konsulentverksamheternas storlek varierar, men de flesta är förhållandevis små. Bland de konsulentverksamheter som i vår enkät besvarade frågan om antal anställda konsulenter varierar antalet mellan 1 och 80. Av de verksamheter som besvarade enkäten har 75 procent 5 eller färre anställda konsulenter (figur 4.2). En del verksamheter har, förutom konsulenter, även annan personal, exempelvis administrativ personal. Dessutom finns det verksamheter som förutom konsulentstöd till familjehem också arbetar med öppenvårdsinsatser eller bedriver HVB-verksamhet. För att inte riskera att inkludera personal i företaget som arbetar med annat än konsulentstöd till familjehem valde vi att specifikt fråga om antalet konsulenter, det vill säga de personer som arbetar med att rekrytera och stödja familjehemmen.

Figur 4.2. Spridning av antal konsulenter i konsulentverksamheterna.

Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Hur många familjehemskonsulenter har ni anställda just nu?"

Verksamheterna fick i enkäten också ange hur många barn de hade placerade i familjehem via sin verksamhet vid tillfället för undersökningen. Figur 4.3 visar spridningen i antal barn per verksamhet. Antalet placerade barn varierar mellan 0 och 550 stycken. 75 procent av verksamheterna har 31 eller färre barn placerade i sina familjehem och 25 procent av dem har 7 eller färre. Medianen är 19 placerade barn. Tillsammans har de verksamheter som besvarade frågan 3 200 barn placerade via sin verksamhet.

Figur 4.3. Spridning av verksamheternas svar angående antal placerade barn i familjehem.

Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Hur många barn har ni placerade i dessa familjehem just nu?"

Av de företag vi identifierade i vår kartläggning är 88 procent aktiebolag. Övriga är föreningar och stiftelser (5 %), enskilda firmor (3 %), handelsbolag (3 %) och kommuner eller kommunala aktiebolag (2 %). Utifrån uppgifter som kommunerna lämnade i vår enkät gör vi bedömningen att mellan 70 och 90 procent av de konsulentstödda vårddygnen kunde hänföras till aktiebolag 2015.

Tabell 4.1. Konsulentverksamheternas associationsformer.

Associationsform	Andel, %
Aktiebolag	88
Förening eller stiftelse	5
Handelsbolag	3
Enskild firma	3
Kommun	1
Kommunalt aktiebolag	1
Totalt	100

Källa: Vårdanalys kartläggning av konsulentverksamheter (se bilaga 2).

4.4 VERKSAMHETERNA ARBETAR MED FLERA OLIKA MÅLGRUPPER

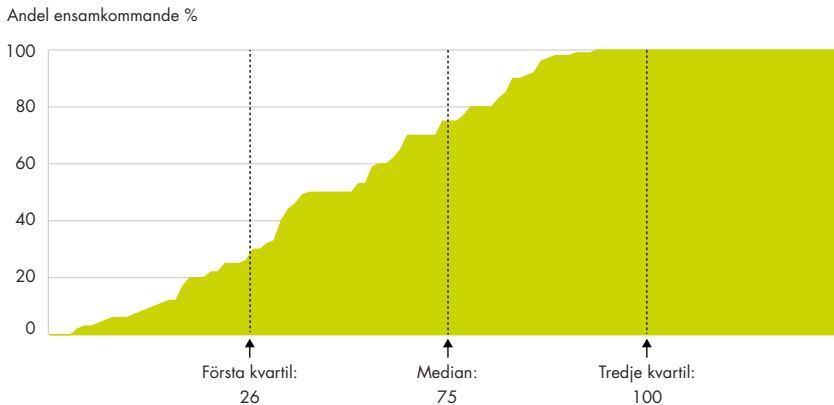
Konsulentverksamheterna ombads i enkäten att ange vilka lagar barnen var placerade med stöd av i de familjer de hade i uppdrag att handleda och stödja. 98 procent har barn eller ungdomar placerade i sina familjehem med stöd av SoL. Drygt hälften av verksamheterna svarar att de har något barn placerat med stöd av LVU och 9 procent av verksamheterna har något barn eller någon ungdom placerad med stöd av LSS. De som har något barn placerat med stöd av LSS har också barn placerade med stöd av SoL och LVU. Vi hittade alltså inga verksamheter som enbart arbetar med LSS-placeringar.

Konsulentverksamheterna erbjuder enligt de uppgifter de lämnade i enkäten generellt sett både jourhem och familjehem för stadigvarande placering. Några verksamheter erbjuder enbart jourhem eller enbart behandlingsfamiljer. Totalt arbetar 90 procent med familjehem för stadigvarande placering, 80 procent med jourhem och 33 procent med behandlingsfamiljer. Observera här att behandlingsfamiljer inte är ett tydligt definierat begrepp och att det därför kan variera hur verksamheterna tolkat denna fråga.

4.4.1 Hög andel ensamkommande barn och unga i många verksamheter

De verksamheter som besvarade vår enkät arbetar i hög utsträckning med ensamkommande barn och unga. Ungefär en tredjedel av verksamheterna svarar att de enbart har ensamkommande placerade. De flesta verksamheter har dock både ensamkommande och andra barn placerade i sina familjehem. Ett fåtal har inga ensamkommande alls i de familjehem de arbetade med. Figur 4.4 visar spridningen av andelen ensamkommande i konsulentverksamheternas familjehem. Det framgår bland annat av figuren att ensamkommande utgör 75 procent eller mer av de placerade barnen i över hälften av verksamheterna. Vi uppskattar utifrån de uppgifter vi fått in att omkring hälften av barnen i de konsulentstödda familjehemmen är ensamkommande barn och unga.

Figur 4.4. Spridning av andelen ensamkommande barn och unga.



Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Uppskatta hur stor andel av era placerade barn som är ensamkommande barn och unga". Verksamheterna fick uppskatta andelen med hjälp av en skala från 0–100%.

4.5 TJÄNSTERNA RIKTAR SIG TILL SOCIALTJÄNSTEN, FAMILJEHEMMEN OCH BARNEN

I våra intervjuer med personal inom familjehemsvården frågade vi vilka tjänster som brukar ingå när de anlitar en konsulentverksamhet i familjehemsvården. Vi frågade specifikt om vem som står för utbildning och utredning av familjehemmet och i övrigt fick de intervjuade svara fritt.

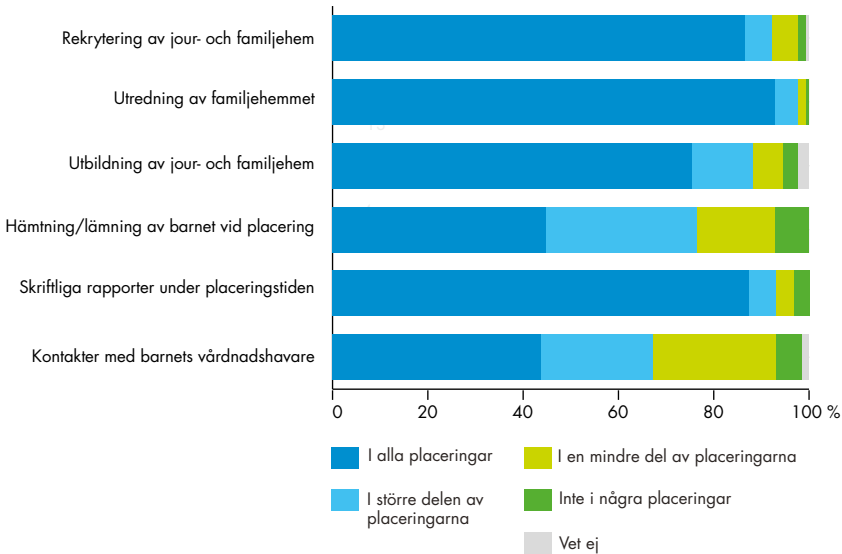


Alla vi intervjuade menar att konsulentverksamheten handleder och stödjer familjehemmet på olika sätt och att konsulentverksamheten har rekryterat och utrett familjehemmet inför placeringen. Ungefär hälften menar att konsulenterna också brukar stå för utbildningen av familjehemmet. Sådant som nämns av något färre är att konsulenterna kan erbjuda förstärkt familjehemsvård och psykologstöd till barnet. Några nämner att det vid behov kan ingå psykiatriska insatser och psykologstöd. Ytterligare några framhåller att konsulenterna hämtar, lämnar eller skjutsar barnet, att de erbjuder jourstöd, går på olika möten för barnets eller familjehemmets räkning, ordnar aktiviteter och läger för de placerade barnen, har en vuxen hemma på heltid i familjehemmen och kan erbjuda skolkoncept. Vissa menar också att konsulenterna ibland erbjuder viss extra utrustning till det placerade barnet, till exempel mobiltelefoner eller datorer.

I vår enkät till konsulentverksamheterna frågade vi hur ofta de enligt sin egen mening anlitas för att utföra de olika typer av stöd- och handledningsinsatser som kommunerna nämnde i våra intervjuer. Vi frågade om rekrytering, utredning och andra uppgifter inför och under en placering, olika typer av handledning och stöd till familjehemmet samt olika sorters stödinsatser riktade till det placerade barnet.

4.5.1 Rekrytering av familjehem och avlastning för socialtjänsten

Inför och under en placering utför konsulentverksamheterna uppgifter som handlar om att stödja och underlätta socialtjänstens arbete med placeringen. I enkätundersökningen svarar 98 procent av konsulentverksamheterna att de utför familjehemsutredningar i alla eller i större delen av placeringarna. 93 procent anger att de rekryterar familjehemmet i alla eller i större delen av placeringarna (se figur 4.5). Det är också vanligt att konsulenterna utbildar familjehemmen och att deras uppdrag inbegriper att ge socialtjänsten skriftliga rapporter om hur uppdraget fortlöper. 67 procent av konsulentverksamheterna anger att de på något sätt hanterar eller sköter kontakter med barnets vårdnadshavare i alla eller större delen av placeringarna, vilket också kan beskrivas som en sorts avlastning för socialtjänsten.

Figur 4.5. Administrativa, utredande och avlastande tjänster inför och under placeringen.

Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "I hur stor andel av placeringarna brukar ni utföra följande tjänster inför och under placering?"

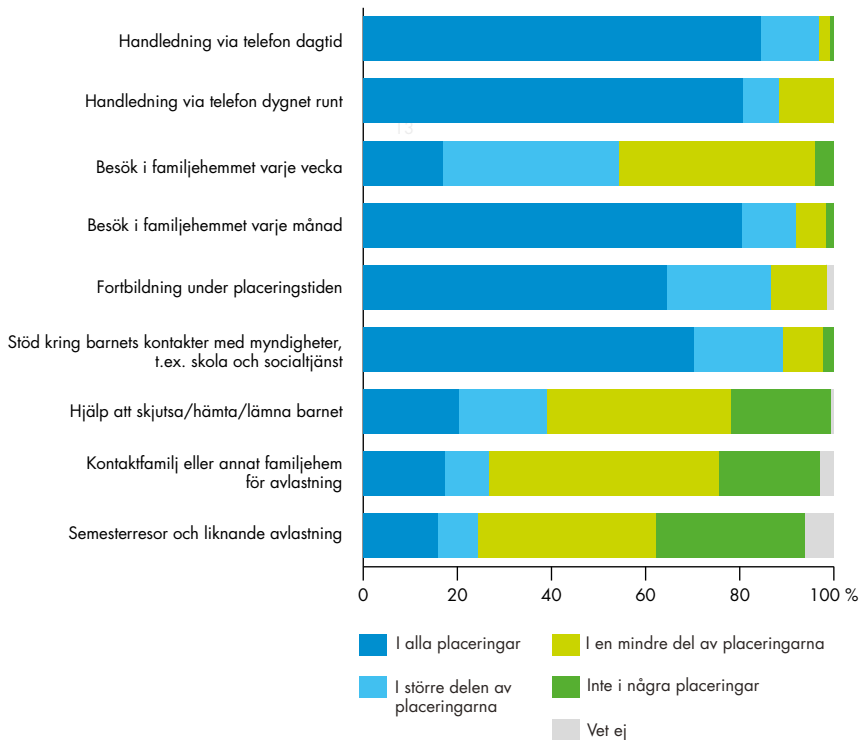
En av de tjänster konsulentverksamheterna utför i nästan alla placeringar är alltså familjehemsutredningar. Med det avses någon typ av utredning av familjehemmet innan det presenteras för socialtjänsten. Det bör påpekas att socialnämnden enligt 6 kap. 6 § SoL inte får placera ett barn i familjehem utan att förhållandena i hemmet är utredda av socialnämnden själv eftersom utredningen hör till den myndighetsutövning som socialtjänsten inte får lämna ifrån sig. I 5 kap. 1b § SoF specificeras att nämnden dessutom ska inhämta uppgifter från belastningsregistret innan man fattar beslut om placering av barn i familjehem eller jourhem.

Med grund i vår enkät- och intervjustudie kan vi konstatera att det varierar hur såväl kommunerna som konsulentverksamheterna förhåller sig till familjehemsutredningen. Samtliga av de intervjuade i kommunerna uppger att konsulentverksamheterna presenterar en utredning av familjehemmet inför en placering och att det också förväntas från kommunens sida. Utredningen betraktas dock vanligtvis inte som den formella familjehemsutredningen. Den utredning konsulentverksamheterna presenterar för socialtjänsten varierar i omfång och kvalitet; det kan vara allt från kvalificerade socionomutredningar till en kortfattad presentation av hemmet. Den vanligaste modellen är att

socialtjänsten sedan kompletterar konsulentverksamhetens underlag med egna utredningsinsatser som varierar beroende på kvaliteten i konsulentverksamhetens underlag. Flera påpekar att de har en miniminivå för vad de alltid gör själva, och en vanlig sådan miniminivå är att kommunen alltid begär ut egna registerutdrag för familjehemmet, som 5 kap. 1 b § SoF föreskriver. En del kommuner uppger dock att de alltid gör en egen familjehemsutredning från början, oavsett kvaliteten på konsulentens utredning.

4.5.2 Handledning och stöd till familjehemmet

Kärnan i konsulentverksamheternas erbjudande är stöd- och handledning till familjehemmet. Det illustreras också av svaren som verksamheterna lämnade i vår enkät. Nästan alla konsulentverksamheter handleder via telefon och en hög andel av dem erbjuder handledning via telefon för familjehemmet dygnet runt. Av alla konsulentverksamheter är det 92 procent som besöker familjehemmet minst en gång i månaden, medan hälften besöker familjehemmet varje vecka. Några verksamheter lyfter i kommentarer till frågan att det är vanligt att familjehemmet får extra intensiv handledning med många besök i början av en placering. Förutom att ge råd och handledning stödjer konsulentverksamheterna också familjehemmen i praktisk och administrativ mening. Omkring 90 procent av verksamheterna sköter barnets kontakter med myndigheter (till exempel skola och socialtjänst) i alla eller större delen av placeringarna. Omkring 40 procent skjutsar barnet till och från olika möten och aktiviteter i alla eller större delen av placeringarna. Det förekommer också att konsulenterna kan erbjuda en avlastningsfamilj eller semesterresor för familjehemmen för att få en paus från uppdraget. Figur 4.6 visar verksamheternas svar om handledning och stöd till familjehemmet.

Figur 4.6. Konsulentverksamheternas handledning och stöd till familjehemmet.

Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "I hur stor andel av placeringarna brukar ni ge följande stödinsatser till jour- eller familjehemmet?"

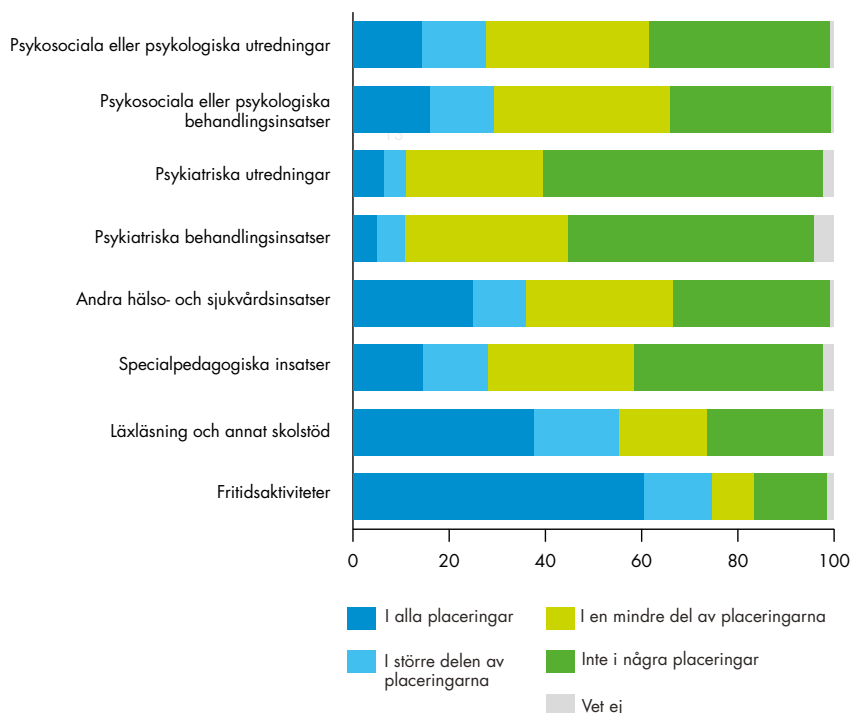
4.5.3 Stöd, utredning och behandling för barnet

En del av konsulentverksamheterna anlitas för olika typer av stöd-, utrednings- och behandlingsinsatser för det placerade barnet. Vår enkät visar att huvuddelen av de placeringar som görs i konsulentstödda familjehem inte inkluderar utrednings- och behandlingsinsatser för barnet. Samtidigt finns det verksamheter som är specifikt inriktade mot utrednings- och behandlingsplaceringar. Till exempel anger 29 procent av verksamheterna i vår enkät att de genomför psykosociala behandlingsinsatser i alla eller större delen av sina familjehemsplaceringar. Psykiatriska utredningar och behandlingar är mer ovanligt, men omkring 10 procent av konsulentverksamheterna anger att de anlitas för att göra psykiatriska utredningar och ge psykiatriska behandlingsinsatser i alla eller större delen av placeringarna.

Andra stödinsatser för barnet som konsulentverksamheterna erbjuder är

läxläsning och skolstöd samt fritidsaktiviteter – 75 procent av verksamheterna arrangerar eller tillhandahåller på annat sätt fritidsaktiviteter för de placerade barnen och 55 procent ordnar med läxläsning och annat skolstöd i alla eller större delen av placeringarna. Figur 4.7 visar verksamheternas svar om stödinsatser till barnet under placeringen.

Figur 4.7. Konsulentverksamheternas stödinsatser till barnet/den unge under placeringen.



Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "I hur stor andel av placeringarna brukar ni ge följande stödinsatser till det placerade barnet?"

4.5.4 Övriga tjänster

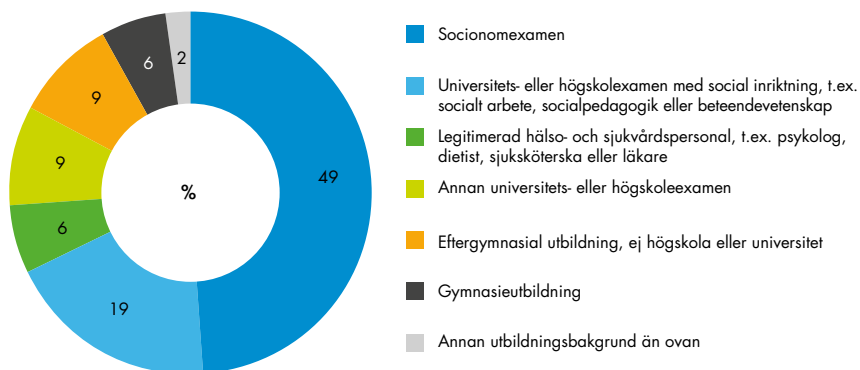
Förutom de tjänster som beskrivits ovan anger konsulentverksamheterna i kommentar till frågan också vilka övriga stödinsatser de erbjuder familjehemmen. Flera verksamheter påpekar att efterfrågan styr deras insatser och att de kan anpassa sina stödinsatser efter behov. En stödinsats som flera verksamheter nämner är kontaktperson, kontaktmannaskap och

coach till det placerade barnet. Ytterligare en stödinsats som återkommer är att de arrangerar gemensamma aktiviteter för familjehemmen eller de placerade barnen, till exempel läger, julfester, utflykter, nätverksträffar eller gemensamma semesterresor.

4.6 KONSULENTERNA ÄR OFTA SOCIONOMER

Eftersom konsulentverksamhet i dagsläget inte är tillståndspliktig verksamhet saknas också formella krav på vilken kompetens som krävs för att stödja och handleda ett familjehem. Vilken kompetens som är relevant beror dessutom på vilken typ av stöd och handledningsinsatser konsulentverksamheterna utför. I de kommuner vi har kännedom om, som bedriver egen förstärkt familjehemsvård eller rekryterar och utreder familjehem i samverkan, kräver man att konsulenterna ska ha socionomkompetens och relevant erfarenhet. I vår enkät frågade vi verksamheterna om personalens utbildningsbakgrund och verksamhetens tillgång till den kompetens som behövs för placerade barns behov. Figur 4.8 sammanfattar svaren. Vanligast är att konsulenterna är socionomer, ungefär hälften av dem hade socionomexamen. Näst vanligast är andra typer av universitets- och högskoleexamen med social inriktning.

Figur 4.8. Konsulenternas utbildningsbakgrund. Andel av samtliga verksamheters konsulenter med olika utbildningsbakgrund.



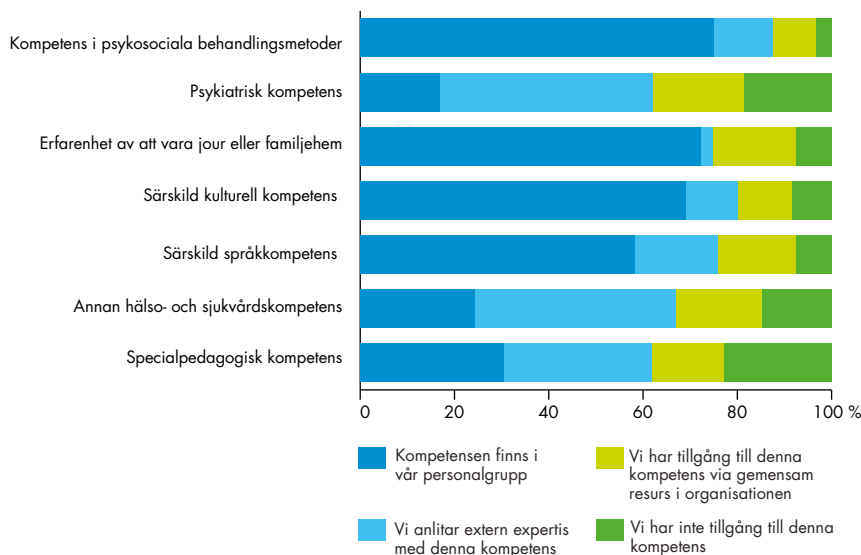
Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Vilken utbildningsbakgrund har era familjehemskonsulenter? Svaren avser totalt 700 konsulenter."

Andelen socionomer varierar mellan olika konsulentverksamheter. En del verksamheter uppger att alla deras konsulenter är socionomer och andra att inga av dem är det. De verksamheter som inte har några socionomer anställda anger oftast att deras konsulenter antingen har en annan universitets- eller högskoleexamen med social inriktning än socionom, är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller har någon annan högskoleexamen. Det var enbart en av verksamheterna som angav att de inte har någon konsulent med universitets- eller högskoleutbildning. I 24 procent av verksamheterna är samtliga konsulenter socionomer och i 17 procent av verksamheterna är ingen av konsulenterna socionomer.

I figur 4.9 redovisas hur stor andel av verksamheterna som uppger sig ha tillgång till olika typer av kompetens. Vi frågade om de har tillgång till kompetensen i sin egen personalgrupp, via externt anlitad expertis eller genom en gemensam resurs i organisationen. Verksamheterna anger i stor utsträckning att de i sin egen personalgrupp har kompetens i psykosocial behandling, särskild kulturell kompetens och språkkompetens samt erfarenhet av att vara jour- och familjehem. Vad gäller tillgång till psykiatrisk kompetens, hälso- och sjukvårdskompetens och specialpedagogisk kompetens är det vanligaste att verksamheterna anlitar extern expertis.

Figur 4.9. Konsulentverksamheternas tillgång till kompetens.



Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Har ni tillgång till några av följande kompetenser och erfarenheter i er konsulentverksamhet?"

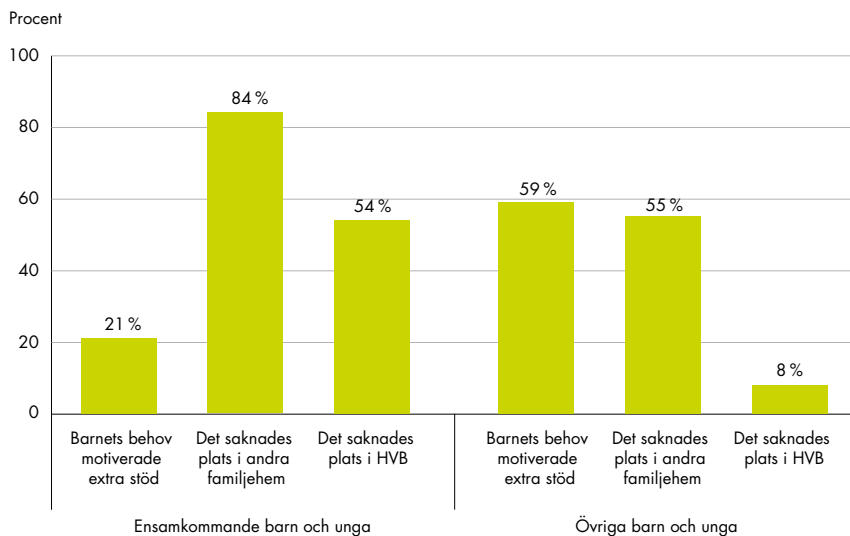
De vanligaste språkkompetenserna är farsi, dari, somaliska, arabiska, persiska, kurdiska och pashto, det vill säga språk som är vanliga bland ensamkommande flyktingbarn. Flera andra språkkompetenser nämns också. En del verksamheter anger att språkkompetensen finns hos företagets personal och andra att de erbjuder tolk vid behov.

Verksamheterna framhåller också övriga kompetenser som juridisk kompetens, kunskaper om asylprocessen, egen erfarenhet av migration och språkkompetens samt ekonomisk rådgivning för ungdomar. Annat som verksamheterna framhåller är funktionshinders- och LSS-kompetens, olika typer av vidareutbildningar inom psykologi- och psykiatriområdet samt kompetens i specifika behandlingsprogram.

4.7 KONSULENTVERKSAMHETER ANLITAS OFTA PÅ GRUND AV BRIST PÅ KOMMUNALA FAMILJEHEM

I vår enkät till kommunerna frågade vi om skälen till deras anlitande av konsulentverksamheter under 2015. Figur 4.10 visar hur kommunerna svarade på frågan om varför de anlitade konsulentverksamheter under 2015.

Figur 4.10. Skäl till kommunernas anlitande av konsulentstöd 2015.



Källa: Vårdanalys enkät till kommuner våren 2016 (se bilaga 2).

Kommentar:Frågan som ställdes var "Hur viktiga var följande orsaker till att ni använde konsulentstödsverksamheter vid placering av barn och unga i jour- eller familjehem år 2015?"

Vi kan konstatera att svaren skiljer sig åt för ensamkommande barn och för övriga målgrupper. Användningen av konsulentstöd för placeringar av ensamkommande barn förklaras nästan uteslutande av brist på platser i egna familjehem och HVB. Endast ett fåtal kommuner menar att behov av extra stöd till familjehemmet har stor betydelse för att de anlitar konsulentverksamheter vid placeringar av ensamkommande. För övriga målgrupper, det vill säga icke ensamkommande barn, motiverar fler kommuner konsulentstödet utifrån barnets behov av extra stöd. Men även för denna målgrupp upplever många kommuner att platsbrist är en viktig anledning till att konsulentverksamheter anlitas. 63 procent av kommunerna anger att extra stöd till familjehemmet hade stor eller ganska stor betydelse för att konsulentstöd används i placeringar av andra målgrupper än ensamkommande barn och unga. Vi frågade också om tillgången till HVB-platser påverkar användandet av konsulentverksamheter. För ensamkommande är brist på HVB-platser en delförklaring. För övriga barn och unga är det dock mycket få kommuner som menar att tillgången till HVB påverkar deras användande av konsulentverksamheter.

I våra intervjuer betonas skillnaden mellan ensamkommande barn och unga och övriga när det gäller konsulentstöd. Flera bekräftar att behovet av familjehem för ensamkommande barn och unga var en anledning till att de ökade och förändrade sitt användande av konsulentverksamheter under 2015. En enhetschef för en placeringsenhet i en kommun säger så här:

” Det är framför allt platsbrist som är skälet till att vi använder konsulentverksamheter. Det finns ju barn som har stora behov av stöd, men det är inte det främsta skälet. Vi har haft förstärkt familjehemsvård i vår enhet i tio år. Men när det gäller ensamkommande och anlitaandet av privata aktörer så är det något helt annat. Det var ju vilda västern här, flera tusen som skulle placeras på några månader. Och samtidigt uppstod det ju otroligt många olika aktörer som erbjöd platser.

4.8 BLANDADE OMDÖMEN FRÅN KOMMUNERNA

Vi bad de intervjuade att bedöma konsulentverksamheternas främsta bidrag till familjehemsvården och redogöra för eventuella problem med verksamheterna.

Främsta bidraget

På frågan om vilket som är konsulenternas främsta bidrag till familjehemsvården fick vi några olika typer av svar. Vissa betonar särskilt värdet av den kraftigt förstärkta familjehemsvården och tillgången till olika utrednings- och behandlingsinsatser för barnet. De framhåller då att konsulenterna vanligtvis ger stöd och handledning till familjehemmen som är betydligt mer omfattande än kommunens eget stöd och att det är avgörande för möjligheterna att tillgodose barnens behov. Särskilt lyfts möjligheten att komplettera placeringen med olika stödinsatser för barnet och att de ser vårdformen som ett alternativ till institutionsplacering. Några betonar särskilt att konsulenterna kan erbjuda psykosocial och psykiatrisk utredning och behandling snabbare än offentliga kanaler. De framhåller också verksamheternas möjlighet att erbjuda helhetskoncept i form av tvärprofessionellt stöd och behandlingsteam som en samlande insats för barnet. En respondent uttrycker det så här:

” Främsta bidraget i goda och bra placeringar är att denna vårdform kan förebygga sammanbrott. Det är också positivt att de ofta kan erbjuda till exempel neuropsykiatriska utredningar och liknande stöd, det går ofta betydligt snabbare än via BUP och kan behövas i just de placeringarna som ofta grundar sig på sådana behov. Familjehem kan vara bättre än HVB och då kan mycket stöd behövas.

Andra betonar särskilt stödet till familjehemmet och avlastningen för socialtjänsten. Generellt anser de att konsulenter bidrar positivt till familjehemsvården, men de betonar inte värdet för särskilt svåra placeringar. I stället betonar de att kommunen inte har möjlighet att matcha nivån på det stöd konsulenterna ger familjehemmen och att konsulenterna avlastar socialtjänsten. Många har uppfattningen att kvaliteten kan variera mellan olika företag.



Följande citat illustrerar den inställningen:

” De avlastar ju handläggarna i fråga om kontakterna och om det händer något akut. Då slipper socialsekreteraren det och det är ju skönt. Och sen nätverkar konsumenten mycket med familjen, planerar och gör det som står i genomförandeplanen.

” Bidraget är framför allt stödet till familjehemmet. Kommunen har inte en chans att hinna träffa familjen en gång i veckan. Har varit en enorm tillgång och trygghet att veta att det finns någon som har hand om det, träffar barnet. Kan vara långa avstånd.

Ytterligare andra betonar rekryteringen av familjehemmet som främsta bidraget. De anser att handledningen som ges oftast inte är mer än vad kommunen själv kan erbjuda och är tveksamma till om de får något mer för pengarna än vid en ordinarie familjehemsplacering:

” De gör egentligen inte så mycket mer än vad vi själva kan göra. Löser platsbristen.

” Positivt att de har en plats, vi behöver inte ragga familjen, och någon typ av bedömning av familjen har de ju i alla fall gjort.

Problemen

Vi frågade också kommunerna om det finns några problem med konsulentverksamheterna. Problemen som framhålls handlar i huvudsak om erfarenheter av oseriösa verksamheter och låg kompetens hos konsulenterna, att konsulentstödd vård är kostsam och ofta omotiverad, att konsulenterna utgör ett mellanled mellan socialtjänsten och familjehemmet som försvårar kontroll och insyn och skapar oklara ansvarsstrukturer och att det förekommer dubbelarbete eftersom kommunen måste göra om en del av det arbete som konsulenterna utför, till exempel i fråga om familjehemsutredningen. En vanlig kommentar är att kvaliteten på insatserna varierar mellan olika verksamheter. En del tycker att de stora företagen generellt sett är mer seriösa och andra menar att det främst är de verksamheter som är nystartade och arbetar med familjehem för ensamkommande som är problematiska ur kvalitetssynpunkt. En gruppchef inom barn- och ungdomsvården uttryckte sig så här:

” Problemen finns framför allt i fråga om de som erbjuder jourhem till ensamkommande. De kan vara mycket bristfälligt utredda och när kommunen kontrollerar med registerutdrag kan olika felaktigheter finnas, till exempel anmärkning i brottsregister eller hos Kronofogden. Det är också problematiskt att det inte finns några sanktioner för oseriösa verksamheter eftersom så många oseriösa aktörer finns. Många tjänar mycket pengar på detta. Behövs också tillsyn och tillstånd. När det inte fungerar avbryts placeringen och barnen måste flytta vilket inte är bra.

Ytterligare ett problem som framhålls handlar om orättvisa spelregler på marknaden. Med orättvisa spelregler menas då att konsulentverksamheterna konkurrerar ut kommunerna genom att erbjuda familjehemmen bättre villkor och sedan ta betalt av kommunen. Bristen på familjehem anses dessutom av vissa driva upp priserna. Några lyfter problem med sammanbrott och omplaceringar till följd av dålig kvalitet i konsulenternas insats. Någon uttrycker oro för att socialsekreterarbetet urholkas till en beställarfunktion om konsulenter blir ett för stort inslag i familjehemsvården. Vissa menar att konsulentverksamheter blir särskilt problematiskt i förhållande till placeringar av mindre barn, bland annat eftersom dessa placeringar är tänkta att vara mer långsiktiga och därför blir kostsamma, men också för att vårdnadsöverflyttningar kan bli mer problematiskt.

4.9 VARIERANDE FORMER FÖR ANLITANDE AV KONSULENTVERKSAMHETER

I vår intervjustudie frågade vi kommunerna om hur det går till när de anlitar en konsulentverksamhet. Vi har också studerat några större ramavtal för upphandlingar av konsulentstödd familjehemsvård.

4.9.1 Både ramavtal och direktupphandling

Konsulentverksamheter anlitas både via ramavtal och genom direktupphandling. Alla de intervjuade som upplever en brist på familjehem tillämpar en liknande prioriteringsordning när de placerar ett barn eller en ungdom. Först undersöker de om det finns platser i kommunens egna familjehem, därefter om det finns platser via ramavtalade konsulentverksamheter eller kommunsamverkan och i sista hand direktupphandlar de platser via konsulentverksamheter. Flera menar att de hösten 2015 var helt beroende



av sistahandsalternativet för att klara sina placeringar. De som inte upplever brist på familjehem, men ändå anlitar konsulentverksamheter, har vanligtvis upparbetade relationer med vissa konsulentverksamheter eller på andra sätt möjligheter att upphandla strategiskt utifrån behov i det enskilda fallet.

När kommunerna direktupphandlar platser från ett konsultföretag är det vanligaste att de köper ett ”paket” med insatser. Paketet består av det rekryterade och utredda familjehemmet samt de stöd- och handledningsinsatser som det specifika företaget arbetar med. De flesta av de intervjuade menar att omfattningen av stödet sällan anpassas till det enskilda barnet, men att det däremot kan variera mellan verksamheter. Tilläggstjänster i form av insatser för barnet kan ibland vara inkluderade i ett grundpris och ibland medföra extra kostnader, beroende på det enskilda företags upplägg och inriktning på verksamheten. Vissa verksamheter är mer standardiserade och andra mer varierade.

Alla de intervjuade menar att konsulentverksamheterna tillämpar fasta dygnsavgifter. Däremot kan avgiften variera mellan direktupphandling och ramavtal, där ramavtal oftast innebär lägre dygnsavgifter. Även Barnskyddsutredningen konstaterade att konsulentverksamheterna hade en fast dygnsavgift som debiteras kommunerna (SOU 2009:68 s.443).

Det finns ett antal större ramavtal för konsulentstödd vård som tillsammans omfattar många kommuner. Inom ramavtalen tycks konsulentverksamheternas tjänstepaket vara uppbrutna i högre grad än i direktupphandlingarna. Ett exempel på det är upphandling av handledning och stöd till kommunens familjehem på timbasis. Ramavtalen visar också hur kommunerna kategoriserar konsulentstödd vård. SKL Kommentus upphandlar fyra kategorier av konsulentstödd jour- och familjehemsvård: konsulentstödd familjehemsvård med handledning och annat stöd till familjehem, konsulentstödd familjehemsvård med handledning och annat stöd till familjehem i kombination med särskilda insatser för barn och unga 0–17 år, konsulentstödd familjehemsvård med handledning och annat stöd till jourhem samt handledning och stöd till familjehem i kommunens egen regi på timbasis (SKL Kommentus 2016).

4.9.2 Varierande praxis kring avtal med familjehemmen

Enligt 6 kap. 6 b § SoL ska socialnämnden i samband med beslut om placering i ett familjehem ingå avtal med dem som nämnden avser att anlita som familjehem. Avtalskravet gäller oavsett om en konsulentverksamhet är inblandad i vården eller inte. Det har tidigare konstaterats att det varierar i vilken

omfattning kommunerna skriver avtal direkt med familjehemmen när de anlitar konsulentverksamheter. Barnskyddsutredningen konstaterade att 41 procent av kommunerna tecknade avtal med de förstärkta familjehemmen år 2008 och Socialstyrelsen visade år 2013 att kommunerna hade svårt att skriva avtal direkt med familjehemmet när de anlidade en konsulentverksamhet (SOU 2009:68 s. 443, Socialstyrelsen 2015a).

I vår kartläggning gjorde vi ingen systematisk undersökning av hur ofta kommunerna skriver avtal direkt med familjehemmen och vi kan därför inte beskriva detta för kommungruppen som helhet. Däremot frågade vi de vi intervjuade om deras praxis kring avtal. Ungefär hälften av de vi intervjuade svarar att de inte skriver avtal med familjehemmet när de anlitar en konsulentverksamhet, vilket tyder på att den bristande praxis kring avtal som Barnskyddsutredningen konstaterade år 2008 och Socialstyrelsen lyfte år 2013 fortfarande kvarstår.

4.9.3 Högre ersättningar till konsulentstödda familjehem

Familjehem ersätts i huvudsak genom ett arvode och en omkostnadsersättning. Omkostnadsersättningen är till för att täcka de merkostnader som familjehemmet får när det tar emot barnet i sin familj. I en del placeringar ersätts familjerna också för förlorad arbetsinkomst. Nivåerna på ersättningarna är upp till kommunerna själva att besluta om. SKL ger årligen ut rekommendationer för arvode och omkostnadsersättning till familjehem (SKL 2016b). Rekommendationerna baseras på löneläget för vissa yrkesgrupper inom vårdsektorn och finns på olika nivåer – ett grundarvode och olika nivåer av förhöjt arvode för placeringar som kräver en större insats. SKL framhåller att en individuell bedömning måste göras av vilken arbetsinsats uppdraget kräver. Tabell 4.2 sammanfattar SKL:s rekommendationer för 2016. Den högsta omkostnadsersättningen tillsammans med det högsta rekommenderade arvodet för en tonårsplacering ligger enligt SKL:s riktlinjer alltså omkring 19 200 kronor per månad. Skulle grundarvode och grundomkostnad tillämpas hamnar den totala månadsersättningen på strax under 12 000 kronor.



Tabell 4.2. SKL:s rekommenderade nivåer för ersättningar vid familjehemsvård 2016, kr per månad.

Ålder	Grundarvode	Högsta arvode	Omkostnad grundbelopp	Högsta omkostnad	Grundarvode + grundomkostnad	Högsta arvode + högsta omkostnad
0–12	5 788	12 986	3 876	5 538	9 664	18 524
13–19	7 507	12 986	4 430	6 276	11 937	19 262

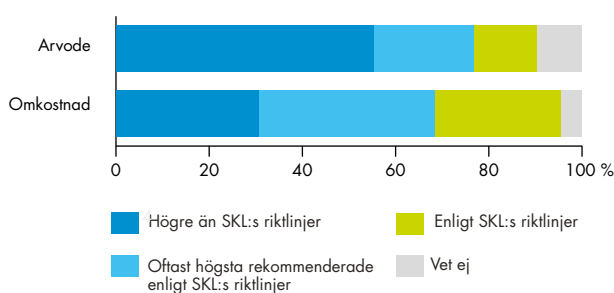
Källa: SKL 2015

Utifrån våra intervjuer och andra kontakter vi haft under arbetes gång är vår uppfattning att kommunerna i huvudsak håller sig inom SKL:s rekommendationer när de ersätter sina familjehem. Hur spridningen ser ut inom det rekommenderade spannet mellan 12 000 kronor och 19 200 kronor har vi dock inga uppgifter om.

I vår enkät till konsulentverksamheterna frågade vi om deras familjehem får ersättning i nivå med SKL:s riktlinjer eller högre. Omkring 55 procent anger att de ersätter sina familjehem med ett arvode som är högre än SKL:s riktlinjer och cirka 30 procent att de ersätter familjehemmen med en omkostnadsersättning som överstiger SKL:s riktlinjer.

Figur 4.11. Konsulentverksamheternas ersättningar till familjehemmen.

Arvode och omkostnadsersättning i relation till SKL:s riktlinjer



Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Kryssa i det alternativ som stämmer bäst avseende era ersättningar till era jour- och familjehem" enligt de alternativ som framgår av figuren ovan.

Konsulentverksamheternas kommentarer till frågan om ersättningar visar att de tillämpar olika ersättningsmodeller. Det finns exempel på företag som använder sig av bonussystem – ett företag tillämpar bonus till barnet för hög närvaro i skolan och ett annat ersätter familjehemmet om de rekryterade fler familjehem. En del kommentarer handlar om att uppdragen de konsulentstödda familjerna har är krävande och ett företag gör noteringen att alla deras familjer är heltidsanställda. Det lämnades också kommentarer om att familjernas arbetsinsats motiverar en högre ersättning än SKL:s riktlinjer föreskriver.

4.10 HÖGRE KOSTNAD FÖR KONSULENTSTÖDD FAMILJEHEMSVÅRD

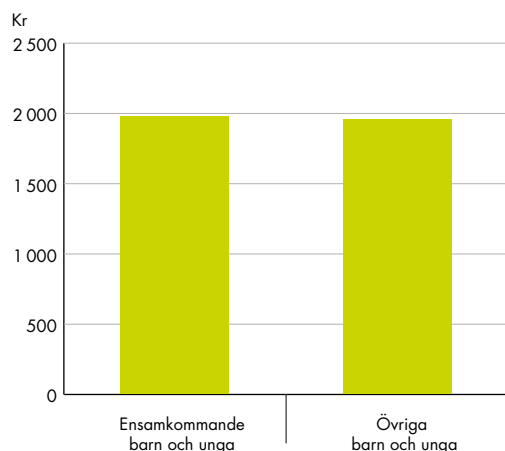
I vårt regeringsuppdrag ingår att jämföra kostnaden för den konsulentstödda familjehemsvården med kostnaden för familjehem som anlitas direkt av kommunen utan förmedlingsinsats. Inledningsvis kan det påpekas att det inte finns någon möjlighet att jämföra kostnaden med hjälp av uppgifter i nationell statistik eller det årliga räkenskapssammandraget från kommunerna. De kostnadsuppgifter som samlas in på nationell nivå inkluderar såväl köpt som egen verksamhet och det går inte att särskilja dessa kostnader från varandra. Inte heller finns det några systematiskt insamlade uppgifter om dygnsavgifterna för konsulentstödd vård. För att belysa olika aspekter av kostnadsläget i familjehemsvården har vi samlat in uppgifter om kostnader i våra enkäter, bett kommunerna bedöma kostnaden för den konsulentstödda familjehemsvården och jämfört kostnaderna för egen och konsulentstödd familjehemsvård i tre kommuner. Slutligen har vi tagit del av beräkningsexempel från kommuner som överväger att starta egen förstärkt familjehemsvård.

4.10.1 Konsulentverksamheternas dygnsavgifter

I vår enkät till kommunerna frågade vi om dygnsavgifter för den konsulentstödda vården under år 2015. Eftersom kommunerna också fick ange antal vårddygn för barn och unga i konsulentstödda familjehem och jourhem under år 2016 för ensamkommande barn och unga och övriga barn och unga separat har vi kunnat jämföra dygnsavgifterna för de två målgrupperna. Vi finner ingen betydande skillnad mellan dygnsavgifterna för ensamkommande och dygnsavgifterna för andra målgrupper. De genomsnittliga dygnsavgifterna ligger för båda grupperna strax 2 000 kronor per dygn.



Figur 4.12. Dygnskostnaden för konsulentstöd vård 2015 enligt kommunerna, ensamkommande barn och unga respektive övriga barn och unga.

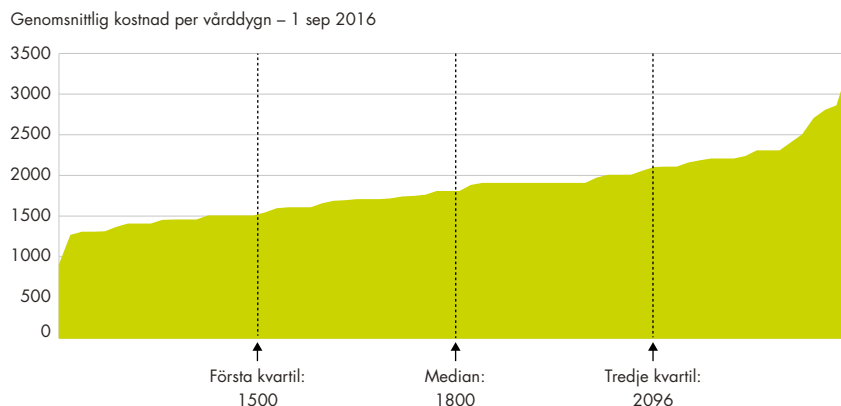


Källa: Vårdanalys enkät till kommuner våren 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Uppgifterna i figuren avser vägda medelvärden. Dygnsavgifterna har vägts mot antalet vårddygn som kommunerna rapporterat för respektive grupp.

De genomsnittliga dygnsavgifterna för konsulentstöd vård låg år 2015 nära den schablonsumma som staten har ersatt kommunerna med för boende för ensamkommande barn och unga, 1 900 kronor. En hög andel av de verksamheter som besvarade vår enkät i fråga om dygnsavgifter har främst ensamkommande barn och unga placerade i sina familjehem och många av kommunerna som besvarade enkäten anlitar i hög utsträckning konsulentverksamheter för ensamkommande barn och unga. Det är därför inte förvånande att dygnsavgifterna ligger nära den statliga schablonersättningen.

När konsulentverksamheterna själva fick ange sina genomsnittliga dygnsavgifter för de barn och unga de hade placerade i familjehem 1 september 2016 angav större delen av verksamheterna dygnsavgifter mellan cirka 1 500 och cirka 2 100 kronor. Medianen av företagens genomsnittliga dygnsavgift var 1 800 kronor och medelvärdet 1870 kronor.

Figur 4.13. Konsulentverksamheternas dygnsavgifter september 2016.

Källa: Vårdanalys enkät till konsulentverksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Vilken är dygnsavgiften för de barn och unga ni har placerade just nu? Ange lägsta, högsta och genomsnittliga dygnsavgift". I figuren anges spridningen för den genomsnittliga dygnsavgiften.

Vår genomgång av några kommuners ramavtal för konsulentstödd familjehemsvård visar att dygnsavgifterna i dessa ligger på en lägre nivå än de dygnsavgifter som framkom i vår kartläggning. Det beror troligtvis på att många kommuner under 2015 direktupphandlade konsulentstödd vård. Dygnsavgifterna för direktupphandlad vård var år 2015 enligt flera intervjurespondenter högre än dygnsavgifterna i ramavtalen till följd av den höga efterfrågan på familjehem som uppstod hösten 2015, se vidare nedan.

4.10.2 Kommunernas bedömning av kostnaden för konsulentstödd vård

I intervjuerna med personal inom socialtjänsten frågade vi om kostnaden för den konsulentstödda familjehemsvården. Samtliga bedömer att en plats i ett konsulentstött familjehem kostar mer än en vanlig familjehemsplacering. Det stämmer med de uppgifter som tidigare redovisats om dygnsavgifter. På frågan om kostnaden motiveras av de insatser konsulenterna gör gentemot familjehemmen svarar de flesta att det är en hög avgift i relation till utfört arbete. Särskilt betonas att priserna under hösten 2015 drevs upp och att de dygnsavgifter kommunen då betalade är att betrakta som höga. I anslutning till detta påpekar flera att priserna har förhandlats ned under år 2016.

Några påpekar i intervjuerna att de tror att de skulle kunna utföra samma

insatser som konsulenterna gör i kommunal regi och att det skulle bli betydligt mindre kostsamt. Som anledning till att tjänsten ändå köps framhålls bristen på andra alternativ. Det gäller särskilt för dem som anser att konsulenterna de anlitat inte har uppfyllt vad de har lovat och att de inte ger mer handledning och stöd än vad kommunerna själva gör. En socialsekreterare vi intervjuat gör följande kostnadsjämförelse:

” Det är väldigt mycket dyrare än egen familjehemsvård – 20 000 per månad för egen jämfört med minst 50–60 000 för en köpt plats, ibland ännu mer. Många verksamheter för ensamkommande har lagt sig på den lägsta summa som Migrationsverket betalar per barn, det vill säga 1900 per dygn. Vad gäller relativ kostnad är det lite svårt att bedöma. När en konsulentplats köps för en vanlig placering har man alltid försökt med en ordinarie placering först, det finns alltså ett behov som inte kunde täckas i eget familjehem. Så då kan man snarare jämföra kostnaden med en HVB-plats. Det gäller dock inte i samma utsträckning för ensamkommande, och inte heller för småbarnsplaceringar, där ju samma stöd till barnet inte behövs. Så när extra behov finns kanske det inte är så dyrt men annars är det ju jättedyrt.

4.10.3 Exempel på kostnadsjämförelser med egen familjehemsvård

Vi har studerat kostnaden för egen respektive konsulentstödd familjehemsvård i tre kommuner. Dessa kommuner fick uppge sin beräknade dygnskostnad för familjehemsplaceringar i egen regi och dygnskostnaden för konsulentstödda familjehemsplaceringar. De uppmanades att inkludera sina egna personalkostnader och utredningskostnader samt de övriga kostnader som enligt deras mening hörde till familjehemsvården. Kommunerna hade dels olika volymer i sin familjehemsvård, dels olika omfattning i sin användning av konsulentverksamheter.

De tre kommunernas dygnskostnader för den egna familjehemsvården är 680, 750 respektive 993 kronor per dygn. Dygnskostnaden för konsulentstödd vård är högre än dygnskostnaden för den egna familjehemsvården i alla tre kommuner, mer specifikt 1,9–2,3 gånger högre. Observera att uppgifterna i tabellen endast är exempel på hur kommunerna själva bedömer sina kostnadsskillnader. Kommunerna har delvis olika kostnadsposter i sin beräkning beroende på deras arbetssätt och organisation. Samtliga har räknat in löner, administrativa kostnader och ersättningar till familjehemmen i

den totala kostnadsbilden. Två av kommunerna har också räknat med köp av extern handledning och en räknade med kostnader för avlastning till familjehemmen och rekryteringskostnad (tabell 4.3).

Tabell 4.3. Kostnaden för egen respektive konsulentstött familjehemsvård i tre kommuner under år 2016.

	Kommun 1	Kommun 2	Kommun 3
Antal barn i kommunala familjehem 1 sep 2016	164	65	47
Antal barn i konsulentstödda familjehem 1 sep 2016	296	38	1
Dygnskostnad kommunala familjehem, kr	750	990	680
Dygnskostnad konsulentstödda familjehem, kr	1 780	1 960	1 500
Vad som räknats in i dygnskostnaden för kommunala familjehem	Ersättningar till familjehemmen samt löner för socialsekreterare och chefer. Inkluderar ensamkommande.	Ersättningar till familjehemmen, avlastning till familjehemmet, annonsering, löner för socialsekreterare och chefer, OH-kostnader personal, utbildning och handledning till familjehemmen. Inkluderar ensamkommande.	Ersättningar till familjehemmen, administrativt stöd, extern handledning, lönekostnad för socialsekreterare. Inkluderar ej placeringar av ensamkommande barn som har en egen organisation.

Källa: Uppgifter från tre fallstudiekommuner

Jämförelsen mellan dygnskostnader för egen respektive konsulentstött vård visar att den konsulentstödda vården är mer kostsam. Däremot tar den inte hänsyn till den förstärkning som familjehemmet får. Det bör också påpekas att vi inte har möjligt att jämföra den konsulentstödda vårdens resultat med den egna familjehemsvården ur barnens och familjehemmens perspektiv, detta utvecklas nedan.

4.10.4 Förutsättningar för en meningsfull kostnadsjämförelse saknas

Verksamheter med konsulentstöd till familjehem bygger på en idé om att familjehemmen erbjuds extra stöd och handledning under placeringstiden. Enligt våra enkät- och intervjustudier varierar såväl omfattningen av stödet som formerna för det. Det kan bestå av allt ifrån handledning per telefon till avlastning för familjehemmet och behandlingsinsatser för barnet. Därför bör en kostnadsjämförelse inte enbart avse dygnskostnaderna för den kommunala familjehemsvården respektive den konsulentstödda familjehemsvården.



En rättvisande jämförelse bör också ta hänsyn till innehållet i vården, omfattningen av det stöd som familjehemmen får och eventuella skillnader ur ett barnperspektiv. Mest värdefullt vore en bedömning av kostnadseffektiviteten i olika typer av familjehemsvård, det vill säga en bedömning av förhållandet mellan insatta resurser och resultat för det placerade barnet. Någon analys av kostnadseffektiviteten har dock inte varit möjlig att genomföra inom ramen för det här uppdraget eftersom grundläggande komponenter för en sådan analys saknas.

4.10.5 Förstärkt familjehemsvård i kommunal regi

Det finns kommuner som bedriver förstärkt familjehemsvård i egen regi eller i samverkan med andra kommuner. Ytterligare kommuner har planer på att starta upp egen förstärkt familjehemsvård. Vi har tagit del av två beräkningsexempel för att införa förstärkt familjehemsvård i offentlig regi.

I det ena exemplet har en kommun räknat på ekonomiska konsekvenser av att införa förstärkt familjehemsvård i egen regi. Som utgångspunkt antar man att 75 procent av kommunens konsulentstödda placeringar skulle kunna hanteras inom ramen för en egen förstärkt familjehemsvård. I övriga 25 procent bedöms en fortsatt konsulentstödd vård vara motiverad. Den egna förstärkta familjehemsvården beräknades medföra extra kostnader för handledning och stöd till familjehemmen, utbildning till personalen och kostnader för ökad inkomstbortfallsersättning till familjehemmen för att de ska kunna hantera mer krävande placeringar. Sammanfattningsvis beräknar denna kommun att en förstärkt familjehemsvård i kommunal regi skulle leda till kostnadsbesparingar jämfört med anlitande av konsulentstödd vård (Borås stad 2016).

Det andra beräkningsexemplet avser ett förslag på en länsgemensam struktur för familjehemsvård. Beräkningen utgår från att en socialsekreterare skulle kunna sköta placeringen för minst sex barn och att den genomsnittliga kostnaden för konsulentstödd vård var 2500 kronor per dygn. En länsgemensam organisation beräknades sammantaget kunna halvera kostnaden för förstärkt familjehemsvård jämfört med den konsulentstödda vård som kommunerna vid beräkningstillfället köpte (FOU Västernorrland 2016).

4.11 VÅR KARTLÄGGNING BEKRÄFTAR TIDIGARE UTREDNINGARS SLUTSATSER OM KONSULENTVERKSAMHETER

När Barnskyddsutredningen år 2008 frågade kommunerna om fördelar och nackdelar med konsulentverksamheter framhöll de som positivt att verksamheterna erbjuder tillgänglighet dygnet runt för att ge stöd till familjehemmen, att de har tillgång till utredda och tillgängliga hem när kommunerna har svårt att rekrytera på egen hand, att de ger extra handledning till familjehemmen, att kommunerna sparar tid och att verksamheterna minskar den administrativa bördan för socialtjänsten. Kommunerna framhöll också att konsulentverksamheterna kan erbjuda olika tilläggstjänster, till exempel behandling och sociala, medicinska och psykologiska utredningar. Som problematiskt framhöll kommunerna bland annat att socialtjänsten inte får tillräcklig insyn i vården och att den ytterligare aktören kan stå emellan socialtjänsten och familjehemmet. Det beskrevs som att det uppstår "allianser" mellan konsulenten och familjehemmet som bland annat kan bli problematiska vid vårdnadsöverflyttningar. Det fanns också uppfattningar om varierande kvalitet i verksamheterna, att verksamheterna rekryterar undermåliga familjehem och att vården är förhållandevis dyr (SOU 2009:68 s. 444).

LVU-utredningen bedömde att konsulentverksamheter många gånger bidrar till att familjehemmen stärks i sin roll och får ett stöd som gör att de kan klara av sitt uppdrag. Att familjehemmen får extra stöd ansågs av utredningen vara ett positivt bidrag till familjehemsvården som kan komma barnen tillgodo. Utredningen påpekade också att konsulentstöd kan vara ett sätt att möjliggöra vård i familjehem i stället för på institution, vilket länge varit en strävan inom den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningen ansåg att placering i ett konsulentstött familjehem är ett sämre alternativ för yngre barn och unga som behöver en långsiktig placering, eftersom förstärkt familjehemsvård är tänkt som en tidsbegränsad insats – i en mer långsiktig placering kan det uppstå problem med den höga kostnaden och intressekonflikter vid det övervägande om vårdnadsöverflyttning som ska efter tre år i samma familjehem. Utredningen uttryckte också oro för att kommunerna kan bli alltmer beroende av privata verksamheter för att överhuvudtaget hitta familjehem (SOU 2014:3 s.211 –214).

Vår kartläggning av konsulentverksamheternas funktion i familjehemsvården bekräftar bilden från tidigare utredningar. Kommunerna framhåller i allt väsentligt samma för- och nackdelar med konsulentverksamheterna som tidigare utredningar visat på. De problem som tidigare framhållits med varierande kvalitet, oklar ansvarsfördelning, brister i formerna för anlitaendet och en hög kostnad för vården kvarstår.



I några avseenden har dock anlitaandet av konsulentverksamheter förändrats i jämförelse med hur tidigare kartläggningar beskrivit verksamheten. Den ena förändringen består i det stora antal verksamheter som i vår kartläggning arbetar riktat mot ensamkommande barn och unga. Ytterligare en skillnad är omfattningen, både antalet konsulentverksamheter och kommunernas nyttjande av dem har ökat. Dessutom tycks rekrytering över tid ha blivit det centrala bidraget från en stor del av konsulentverksamheterna.

4.12 UTVECKLING PÅGÅR

Under kartläggningens gång har vi konstaterat att det pågår utvecklingsarbete i kommunerna. På flera håll i landet går utvecklingen mot en regionalisering av vissa funktioner inom familjehemsvården. I flera län har kommuner under senare år till exempel bildat regionala samverkansorgan för att rekrytera, utbilda och utreda familjehem. I vissa fall är dessa samarbeten också tänkta att arbeta med matchning av barn och familjehem och fungera som enheter som kan erbjuda förstärkt familjehemsvård och stödja familjehemmen på olika sätt (SKL 2016a s.29). Flera av dessa samarbeten har startats under 2015 och 2016 och i våra intervjuer har det påpekats att det finns planer på att starta ytterligare sådana samarbeten.

4.13 SAMMANFATTNING

Det finns flera olika typer av familjehem som arbetar med olika typer av placeringar och har olika långsiktighet i sitt uppdrag. Utvecklingen har gått mot allt fler placeringar av barn med särskilda behov i familjehem och mer yrkesmässighet i familjehemsuppdraget. Många kommuner har länge haft svårt att rekrytera de familjehem de behöver, samtidigt som tillgång till ett stort och brett utbud av familjehem är viktigt för att kunna matcha barn och familjehem på ett bra sätt.

Vi har undersökt konsulentverksamheternas tjänsteutbud och funktion i familjehemsvården genom en enkätundersökning riktad till kommunerna, intervjuer med personal i socialtjänsten som arbetar med familjehemsplaceringar och en enkät till de konsulentverksamheter vi har identifierat. En betydande del av materialet som redovisas om tjänsteinnehåll, personal och kostnader bygger på uppgifter som konsulentverksamheterna själva har lämnat i vår enkät. Det betyder att de bör tolkas med viss försiktighet. Det var 40 procent av konsulentverksamheterna som besvarade enkäten. Många av konsulentverksamheterna var svåra att nå och vi har därför begränsad

information om bortfallet och hur det påverkar bilden av konsulentverksamheterna. Verksamheternas egna uppgifter har dock kompletterats med uppgifter från kommunerna. Sammantaget kan det material vi har samlat in användas för att ge en översiktlig bild av konsulentverksamheternas roll, funktion och kostnader, men det ger inte en fullständig beskrivning av verksamheterna eller innehållet i den konsulentstödda familjehemsvården.

Vår undersökning visar att konsulentverksamheter rekryterar och förmedlar familjehem till kommunerna och erbjuder stöd och handledning till familjehemmet under placeringstiden. Verksamheterna anlitas också för olika typer av praktisk avlastning för socialtjänsten och familjehemmet, som att sköta administration, myndighetskontakter och praktiskt vardagsstöd av olika slag. Stödet till familjehemmet består också i princip alltid av tillgänglighet på telefon dygnet runt och veckovisa eller månadsvisa besök i familjehemmet. Därutöver erbjuds familjehemmen ibland avlastning i form av en kontaktfamilj eller semesterresor. Ungefär en tredjedel av konsulentverksamheterna utför psykosociala utrednings- eller behandlingsinsatser för det placerade barnet i alla eller större delen av placeringarna och ungefär 10 procent av verksamheterna utför psykiatriska utrednings- och behandlingsinsatser för det placerade barnet i alla eller större delen av placeringarna. Konsulentverksamheterna arbetar i hög utsträckning med ensamkommande barn och unga.

Nästan alla kommuner anlitar konsulentverksamheter och omfattningen har ökat över tid. År 2015 utgjorde konsulentstödd familjehemsvård uppskattningsvis en tredjedel av alla vårddygn i familjehem. Ökningen är särskilt tydlig för placeringar av ensamkommande barn och unga. Antalet konsulentverksamheter har ökat från ett 100-tal år 2013 till omkring 300 år 2016.

Det främsta skälet till att kommunerna anlitar konsulentverksamheter är brist på platser i andra placeringsalternativ, särskilt när det gäller placeringar av ensamkommande barn. För övriga barn och unga är det vanligare att konsulentstödet motiveras av att barnet har särskilda behov.

Konsulentverksamheter bidrar på olika sätt till familjehemsvården och deras bidrag varierar beroende på verksamhet. Vi har intervjuat personal i familjehemsvården som menar att verksamheter som erbjuder kraftigt förstärkt familjehemsvård är ett värdefullt alternativ till HVB-placering, personal som menar att stödet till familjehemmen är betydligt mer omfattande än vad kommunen själv kan erbjuda och personal som menar att det enbart är rekrytering av familjehem som är bidraget. Några problem som framhålls är varierande kvalitet på insatserna, hög kostnad samt oklar roll och ansvarsfördelning under placeringen.



Kommunerna anlitar konsulentverksamheter både med hjälp av ramavtal och direktupphandling. Vanligtvis erbjuder verksamheterna ett grundpaket bestående av familjehemmet och ett antal stöd- och handledningsinsatser som man tar ut en dygnsavgift för samt eventuella tilläggstjänster mot extra kostnad. I våra tre fallstudiekommuner var dygnskostnaden för konsulentstödd vård ungefär dubbelt så hög som dygnskostnaden för kommunal familjehemsvård. Den genomsnittliga kostnaden för konsulentstödd vård låg nära den summa staten ersatte kommunerna med för placeringar av ensamkommande barn och unga, det vill säga 1 900 kronor per dygn. Kostnadsjämförelsen tar inte hänsyn till det extra stöd och handledning som familjehemmen får eller till vårdens resultat, och vi kan därför inte bedöma om kostnadsskillnaden är motiverad i förhållande till barnens och familjehemmens behov.



Utbudet inom HVB-vården

I det här kapitlet beskriver vi hur utbud, arbetssätt och kostnader ser ut inom HVB-vården, och skillnaden mellan verksamheter i kommunal och enskild regi. Först ger vi en mer övergripande beskrivning av vad HVB-vården innehåller och hur den har utvecklats över tid vad gäller antal verksamheter, antal placerade barn, målgrupper och regiform. Därefter ger vi en mer detaljerad beskrivning av vårdens målgrupper, inriktning, innehåll, kvalitet och kostnader, baserat på den enkätundersökning vi har genomfört och uppgifter från IVO:s tillsyn av verksamheterna.

5.1 STOR VARIATION INOM HVB-VÅRDEN

5.1.1 Vårdens innehåll och målgrupper

HVB-vård är en vårdform med avsevärd variation i innehåll och målgrupper. Begreppet HVB infördes i socialtjänstlagen 1982 som ett nytt samlande begrepp för olika typer av institutioner som förekom tidigare (SOU 2014:3 s. 141). Den formella definitionen är övergripande och säger endast att det är ”ett hem som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende” (3 kap. 1 § socialtjänstförordningen). Med ett boende menas ”en organisatorisk enhet som yrkesmässigt bedriver socialtjänst i form av att tillhandahålla bostäder eller platser för heldygnsvistelse på uppdrag av socialnämnd eller motsvarande i kombination med insatser och som har tillgång till personal med relevant kompetens för dessa insatser” (Socialstyrelsens termbank). Det som skiljer HVB från familjehem är alltså att verksamheten ska bedrivas yrkesmässigt och att man ska erbjuda insatser med hjälp av personal som har relevant kompetens. I LVU-utredningens delbetänkande beskrivs det att



HVB-hemmen ansvarar för omvårdnad och behandling (SOU 2014:3 s. 154). Med omvårdnad menas hjälp att tillfredsställa fysiska, psykiska och sociala behov, som mat, personlig hygien, sociala aktiviteter, fritidssysselsättningar och kontakt med närstående (SOU 2014:3 s. 147), medan behandling avser åtgärder för att komma till rätta med eller minska ett eller flera identifierade problem hos individen (SOU 2014:3 s. 132).

De flesta barn som placeras på HVB är 13–20 år, och en majoritet är pojkar. En stor andel är ensamkommande barn och unga. Om man bortser från gruppen ensamkommande är den vanligaste anledningen till placering den unges eget beteende, med problematik som kriminalitet, våldsamhet, missbruk och skolk (IVO 2013a). HVB är en ingripande placeringsform, och ofta har andra vårdformer prövats innan (Vinnerljung och Sallnäs 2004).

En del HVB är inriktade på akutplaceringar eller utredning av behov, medan andra erbjuder mer långsiktiga insatser i form av stöd och behandling. Det finns också HVB som tar emot barn och föräldrar tillsammans. Det kan exempelvis vara i situationer när socialtjänsten vill utreda föräldrarnas förmåga, eller när det finns svårigheter med anknytningen. För ensamkommande barn och unga har det utvecklats olika typer av HVB – transitboende för nyanlända, asylboenden för dem som söker asyl och PUT-boenden för dem som har fått permanent uppehållstillstånd (Socialstyrelsen 2013a). IVO:s omsorgsregister innehåller information om HVB-hemmens målgrupper och inriktning så som det beskrivs i verksamheternas ansökan om tillstånd eller anmälan av sin verksamhet. I tabell 5.1 redovisas antal och andel HVB som har olika sökord som återfinns i omsorgsregistret (observera att ett och samma HVB kan ha flera olika sökord).

Tabell 5.1. Antal och andel HVB med olika sökord i IVO:s omsorgsregister 2016-08-23.

	Antal HVB med aktuellt sökord	Andel av samtliga HVB med aktuellt sökord, %
Akut	105	5
Utredning	75	4
Vård/behandling	775	37
Barn och föräldrar	54	3
Ensamkommande barn	1 647	79
Neuropsykiatrisk störning	73	3
Psykisk störning	83	4
Omsorgsbrist	123	6
Kriminalitet	69	3
Alkohol	22	1
Narkotika	25	1
Missbruk	22	1
Övriga beteendeproblem	215	10
Övriga psykosociala problem	159	8
Väldsutsatta i nära relationer	19	1

Källa: Omsorgsregistret (IVO).

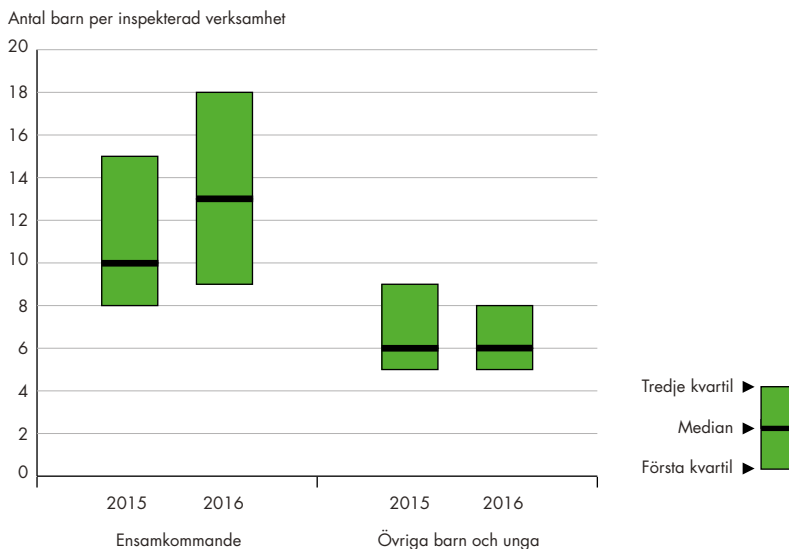
5.1.2 Verksamheternas storlek

Utöver skillnader i målgrupper och inriktning varierar även verksamheternas storlek. Enligt tidigare tillsynsrapporter tar hemmen i genomsnitt emot 7–8 barn, och majoriteten av hemmen har 13 eller färre barn inskrivna (IVO 2013a). Ett utdrag ur IVO:s omsorgsregister visar att det finns HVB med endast en plats, och HVB med upp till 120 platser (utdrag ur registret 2016–08–23). Den stora variationen i antalet platser kan sannolikt främst förklaras av att kommunerna hanterar enheter på olika sätt. Exempelvis kan stora HVB vara verksamheter som finns på olika platser, men som organisatoriskt behandlas som ett och samma HVB (IVO, muntlig kommunikation).

I de HVB som inspekterades vid tillsynen 2015 och första halvåret 2016 var det minsta antalet inskrivna barn 1 och det största antalet var strax över 80. År 2015 var det genomsnittliga antalet (medianen) inskrivna barn per verksamhet 10 i HVB för ensamkommande och 6 i HVB för övriga barn och unga. År 2016 hade det genomsnittliga antalet (medianen) inskrivna barn i HVB för ensamkommande barn och unga ökat till 13. Samma år var antalet inskrivna barn 8 eller färre i större delen av HVB-hemmen för övriga barn och unga, jämfört med 18 eller färre i HVB-hemmen för ensamkommande barn.



Figur 5.1. Antal inskrivna barn i HVB som inspekterades vid IVO:s tillsyn 2015 och första halvåret 2016 (median, första och tredje kvartil), uppdelat på målgrupp och år.



Källa: Utdrag ur IVO:s tillsynsbeslut.

5.2 HVB KAN DRIVAS I KOMMUNAL ELLER ENSKILD REGI

HVB kan drivas både i kommunal och i enskild regi. Kommuner som driver HVB-verksamhet ska anmäla verksamheten till IVO, men behöver inte tillstånd. Det behöver däremot bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser och enskilda individer (7 kap. 1 § SoL). Tillstånd får bara beviljas om verksamheten uppfyller krav på god kvalitet och säkerhet (7 kap. 2 § SoL). Alla HVB, både enskilda och kommunala, omfattas av socialtjänstlagens regler om att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet, att insatserna ska vara av god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande ska säkras och utvecklas (3 kap. 3 § SoL). Men även om en verksamhet bedrivs av en privat utförare så är kommunen huvudman, vilket innebär att man ska kontrollera verksamheterna (3 kap. 19 § kommunallagen). Kommunernas socialnämnder har också det övergripande ansvaret för en god vård för barn och unga, och för att följa upp vården (6 kap. 1 och 7 b §§ SoL).

IVO ansvarar för den statliga tillsynen av alla HVB (13 kap. 1 § SoL), vilket innebär att de bland annat granskar att vården och omsorgen är säker, har god kvalitet och uppfyller övriga krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter (13 kap. 2 § SoL). De författningar som ligger till grund för tillsynen är exempelvis SoL, socialtjänstförordningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

(HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

5.3 HVB-VÅRDEN HAR EN HÖG ANDEL PRIVATA UTFÖRARE

Efter att HVB-begreppet införts i socialtjänstlagen på 1980-talet ökade antalet privata HVB i samband med en ökad efterfrågan på institutionsvårdsplatser under 1990-talet. Därefter fortsatte privatiseringen i snabb takt (SOU 2014:3 s. 97). I mitten av 2000-talet utgjorde privata HVB 80 procent av alla HVB för barn och unga (Socialstyrelsen 2007).

I en analys av privatiseringen av HVB-vården beskrivs hur det först var fråga om småskaliga familjeföretag (Meagher m.fl. 2015). När HVB-begreppet infördes skulle alla hem där verksamheten bedrevs yrkesmässigt eller där antalet vårdade översteg fyra anses som HVB, vilket innebar att vissa familjehem ombildades till HVB (SOU 2014:3 s. 134–135). Men även andra mindre privata HVB, som inte var tidigare familjehem, startade (Meagher m.fl. 2015). Bidragande orsaker har beskrivits vara de förhållandevis låga inträdeshindren – det som krävdes var ett tillstånd från länsstyrelsen, lämpliga lokaler (ofta ägarens egen bostad) och personal – och en förhållandevis låg grad av professionalisering inom fältet (Meagher m.fl. 2015, Sallnäs 2005). Utvecklingen kan också förstås i relation till vad som kännetecknar HVB-vården som tjänst, vilket är en tjänst som utnyttjas förhållandevis sällan och som behöver anpassas efter det enskilda barnets behov. När behovet av institutionsvård ökade köpte kommunerna därför enstaka platser från privata utförare på basis av individuella behov (Meagher m.fl. 2015).

Under 1990-talet ökade professionaliseringen och kraven på att använda vetenskapligt utvärderade metoder inom socialtjänsten. Det ledde till att vården blev mer specialiserad och differentierad. De flesta kommuner var dock för små för att kunna erbjuda en tillräckligt varierad vård, och de privata utförarna kunde istället använda specialisering på olika målgrupper eller metoder som ett sätt att konkurrera på marknaden. Flera företag växte genom att köpa upp existerande eller starta nya HVB (Sallnäs 2005, Meagher m.fl. 2015). Under 2000-talet har antalet stora företag (företag med tre eller fler HVB) blivit vanligare, och utgjorde år 2014 omkring 20 procent av alla HVB. Bland de stora företagen var det fem företag som stod för två tredjedelar av HVB-hemmen i den kategorin (Meagher m.fl. 2015).

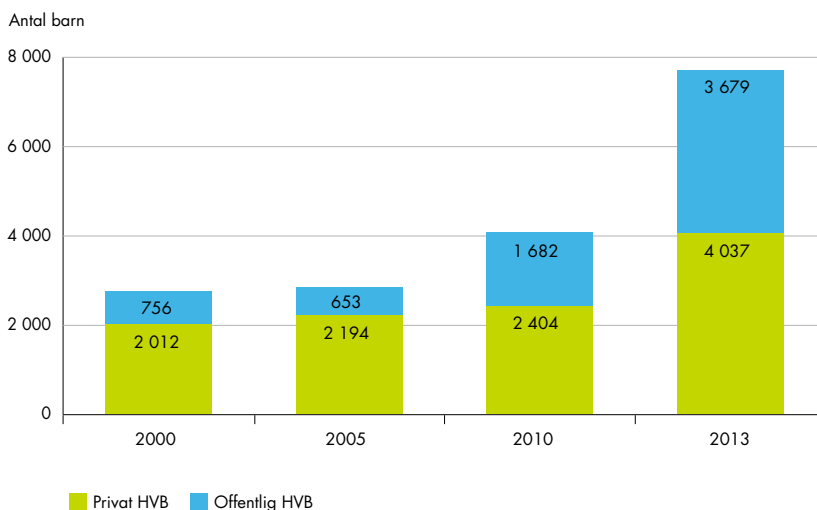


5.4 ANDELEN PRIVAT HVB-VÅRD HAR MINSKAT

Det ökande antalet placeringar och ensamkommande barn och unga har lett till en förändring i utbudet av HVB, både när det gäller antal verksamheter och verksamheternas regiform. I mitten av 2000-talet utgjorde privata HVB 80 procent av alla HVB för barn och unga (Socialstyrelsen 2007). År 2012 var 50 procent av de HVB som inspekterades vid tillsynen enskilda verksamheter, 7 procent var entreprenader och 43 procent var kommunala i egen regi (IVO 2013b). År 2016 utgjorde andelen verksamheter i privat regi (inklusive entreprenader) 48 procent av alla verksamheter i IVO:s omsorgsregister (utdrag ur registret 2016–08–23).

På motsvarande sätt har andelen barn som placeras i privata HVB minskat, från omkring 75 procent i början och mitten av 2000-talet till omkring 50 procent 2013. Den 1 november 2000 var 756 barn placerade i offentliga HVB och 2 012 barn i privata enligt Socialstyrelsens register över socialtjänstens insatser för barn och unga. År 2013 var motsvarande siffror 3 679 respektive 4 037 barn (se figur 5.2 nedan). Andelen av alla flickor som är placerade på privata HVB har minskat från 70 till drygt 60 procent, medan motsvarande siffror för pojkar har minskat från omkring 75 till 50 procent.

Figur 5.2. Antal barn som var placerade utanför hemmet 1 november åren 2000, 2005, 2010 och 2013 i offentliga respektive privata HVB.



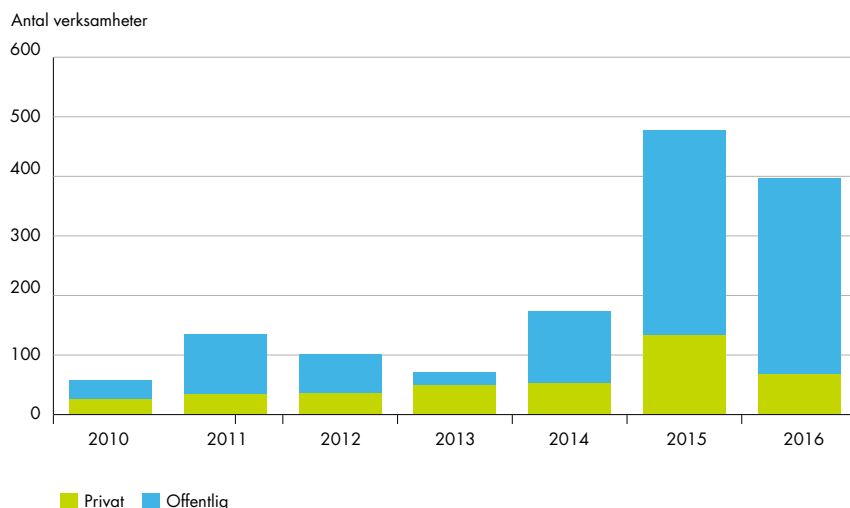
Källa: Registret över insatser för barn och unga (Socialstyrelsen).

Kommentar: Offentlig inkluderar både kommunens egen regi och entreprenader.

Efter 2013 ingår inte alla placerade barn i registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, och uppgifter om antal och andel pojkar och flickor som är placerade på privata respektive offentliga HVB blir därför missvisande. Men IVO:s tillsyn visar att andelen barn som var inskrivna i privata HVB var 38 procent av alla barn som var inskrivna i verksamheterna som inspekterades under första halvåret 2016.

Den minskande andelen privat HVB-vård förklaras av att allt fler offentliga HVB har startat. Figur 5.3 illustrerar antalet *nyregistrerade* HVB för barn och unga från 2010 och framåt. Under 2015 registrerades mer än dubbelt så många HVB som under 2014, och under de två första månaderna 2016 hade redan 400 nya HVB startats. De flesta nystartade HVB drivs i offentlig regi, även om det i absoluta tal har skett en viss ökning även av antalet privat drivna HVB.

Figur 5.3. Antalet nyregistrerade HVB för barn och unga under respektive år uppdelat på offentlig och privat verksamhet.



Källa: Omsorgsregistret (Inspektionen för vård och omsorg (IVO)).

Kommentar: Antal nyregistrerade HVB för barn och unga under år 2016 avser antal till och med 9:e mars år 2016.

En förklaring till den här utvecklingen är det ökade antalet ensamkommande barn och unga. Mellan år 2010 och år 2015 ökade antalet HVB för ensamkommande barn och unga från 118 till 988, alltså med över 700 procent. Andelen kommunala verksamheter och entreprenader utgör närmare 80 procent av alla HVB för ensamkommande barn och unga (IVO 2016). Att



allt fler kommuner har startat HVB för ensamkommande barn och unga har förklarats med att efterfrågan på vårdplatser varit så stor att man inte behöver riskera underbeläggning, och att kommunerna ersätts med bidrag från staten (Sallnäs och Wiklund 2015).

5.5 VÅR UNDERSÖKNING GER EN MER DETALJERAD BILD AV UTBUDET

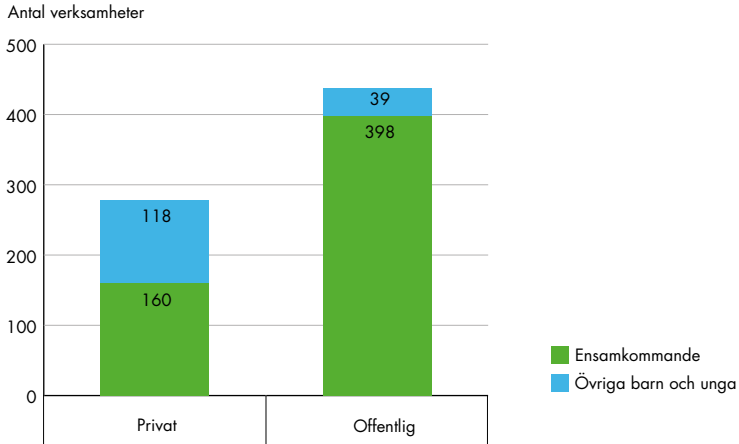
För att kunna ge en mer detaljerad beskrivning av HVB-vårdens målgrupper, inriktning, innehåll, kvalitet och kostnader, och eventuella skillnader mellan offentliga och privata HVB, genomförde vi under hösten 2016 en enkätundersökning. Den riktade sig till större delen av de HVB för barn och unga som då fanns upptagna i IVO:s omsorgsregister och som hade en e-postadress. Enkäten skickades ut till omkring 1 900 verksamheter och svarsfrekvensen blev närmare 40 procent. Drygt 700 verksamheter har besvarat enkäten och det var omkring 9 000 barn i åldern 0–21 år som var placerade i verksamheterna den 1 september 2016. En mer utförlig beskrivning av enkätundersökningen och hur vi har gått tillväga finns i bilaga 2.

5.6 DE FLESTA OFFENTLIGA VERKSAMHETER HAR ENSAMKOMMANDE SOM MÅLGRUPP

Av de HVB som har besvarat vår enkät var 60 procent offentliga, knappt 35 procent privata företag (aktiebolag, handelsbolag eller enskild firma), 5 procent privata ideella verksamheter (stiftelse eller förening) och 1 procent hade annan regiform. Eftersom antalet ideella verksamheter var så begränsat kommer vi i de fortsatta analyserna att slå ihop alla privata verksamheter.

Av de barn och unga i åldern 0–21 år som var placerade i verksamheterna den 1 september 2016 var drygt 60 procent placerade i offentliga HVB och närmare 40 procent i privata HVB. I 78 procent av verksamheterna var alla placerade barn och unga ensamkommande, i 9 procent var några av barnen ensamkommande, 4 procent av verksamheterna tar emot ensamkommande barn men hade inga placerade just nu och 9 procent tar inte emot ensamkommande barn. I kommande analyser skiljer vi mellan de HVB där alla placerade barn var ensamkommande och övriga HVB. För läsbarhetens skull använder vi begreppen *HVB för ensamkommande* och *HVB för övriga barn och unga*.

Som framgår av figur 5.4 hade större delen av de offentliga HVB-hemmen endast ensamkommande barn och unga placerade, mer än 90 procent. Bland privata HVB var motsvarande siffra knappt 60 procent.

Figur 5.4. Antal verksamheter med olika målgrupper, uppdelat på regiform.

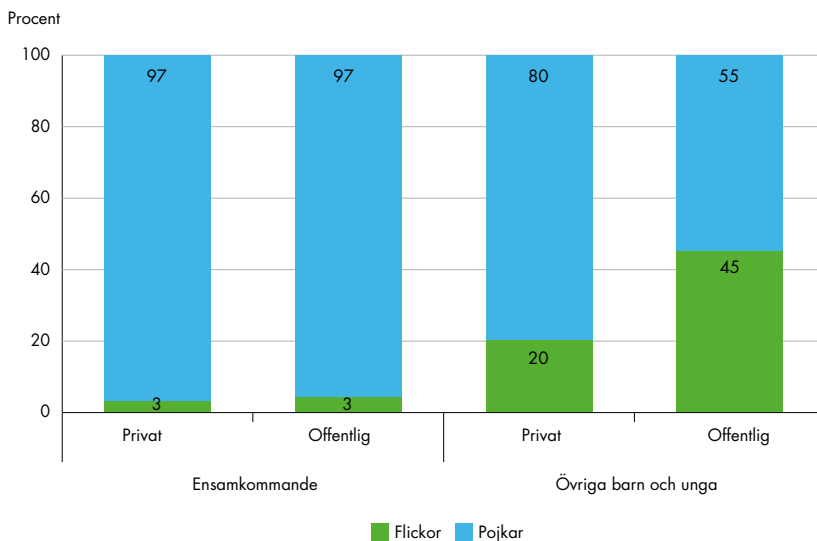
Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var: "Har ni ensamkommande barn och unga placerade i ert HVB just nu? Välj det alternativ som stämmer bäst för er verksamhet".

Av de barn och unga i åldern 0–21 år som var placerade i verksamheterna den 1 september 2016 var 7 procent flickor och 93 procent pojkar. Andelen flickor var större i offentliga HVB för övriga barn och unga än i privata HVB för samma målgrupp (se figur 5.5).



Figur 5.5. Andel pojkar och flickor, uppdelat på målgrupp och regiform.

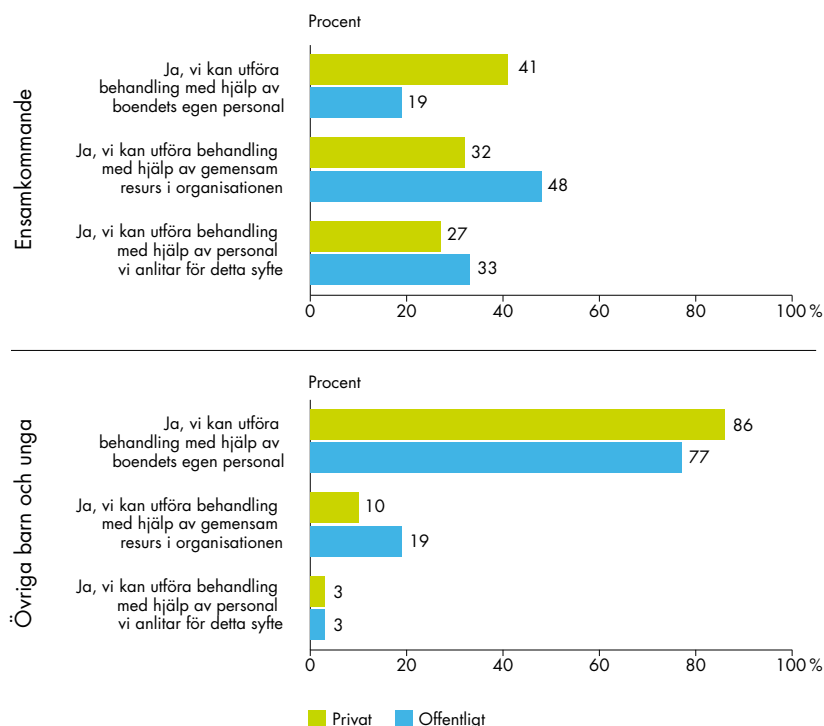


Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Man brukar ibland skilja mellan HVB som vänder sig till ensamkommande och HVB som erbjuder behandling. Vår enkätundersökning visar dock att även HVB där alla barn är ensamkommande uppger sig kunna utföra behandlingsinsatser. Totalt är det 45 procent av verksamheterna som säger sig kunna utföra behandlingsinsatser; omkring 30 procent i både privata och offentliga HVB för ensamkommande och 80–90 procent i övriga HVB.

Bland de verksamheter som säger sig kunna utföra behandlingsinsatser är det omkring 50 procent som kan göra det med hjälp av boendets egen personal, 30 procent med hjälp av gemensam resurs i organisationen och 20 procent med hjälp av personal man anlitar för det syftet. Andelen som säger sig kunna utföra behandlingsinsatser med hjälp av boendets egen personal är större i HVB för övriga barn och unga än i HVB för ensamkommande.

Figur 5.6. Andel HVB som kan utföra behandlingsinsatser med hjälp av boendets egen personal, resurs i organisationen eller anlitad personal, uppdelat på målgrupp och regiform.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Erbjuder ni behandling? Med behandling avses individuella behandlingsinsatser för barnet eller familjebehandling."

5.7 PSYKIATRISKA DIAGNOSER ÄR VANLIGT FÖREKOMMANDE

Som beskrivits i tidigare kapitel kan barn som placeras ha olika problem och behov, och utöver sociala problem är också förekomsten av psykisk ohälsa hög. Bland ensamkommande barn och unga kan det förekomma specifika psykiska problem kopplade till livet före och under flykten (Socialstyrelsen 2013a). Bland de barn som är placerade på verksamheterna som har svarat på vår enkät finns flera olika typer av problem och diagnoser representerade. Generellt är förekomsten av olika problem och diagnoser större i HVB för övriga barn och unga än i HVB för ensamkommande, vilket är i linje med vad som kan förväntas. Ett undantag är psykiatriska diagnoser som ångestsyndrom, PTSD, tvångssyndrom och depressioner, vilket förekommer på 60–70 procent av alla HVB som har svarat på frågan. Självskadebeteende och våldsamhet eller

utåtagerande beteende är också förhållandevis vanligt förekommande även på HVB för ensamkommande barn och unga. I HVB för övriga barn och unga, och särskilt i privata HVB för den målgruppen, är det vanligare att något eller några av de placerade barnen har adhd, autism eller Aspergers syndrom.

Tabell 5.2. Andel verksamheter som uppger att olika diagnoser och problem förekommer bland barn placerade på HVB-hemmet, uppdelat på målgrupp och regiform.

	Ensamkommande		Övriga barn och unga	
	Privat, %	Offentlig, %	Privat, %	Offentlig, %
Adhd	4	6	79	55
Autism	1	1	46	34
Aspergers syndrom	1	1	51	24
Missbruks- och beroendeproblematik	15	21	32	34
Andra psykiatriska diagnoser, t.ex. ångest-syndrom, PTSD, tvångssyndrom, depressioner	69	69	68	58
Kognitiva funktionsnedsättningar	18	13	43	42
Kriminalitet	14	9	30	26
Våldsamhet/aggression/utåtagerande beteende	36	33	49	39
Hedersrelaterad problematik	3	5	11	24
Övergreppsproblematik/skyddsbehov	15	5	28	21
Ätstörningar	7	6	27	26
Självskadebeteenden	44	49	53	34

Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Vilka diagnoser och typer av problematik finns bland de barn som är placerade i ert HVB just nu? Flera alternativ är möjliga".

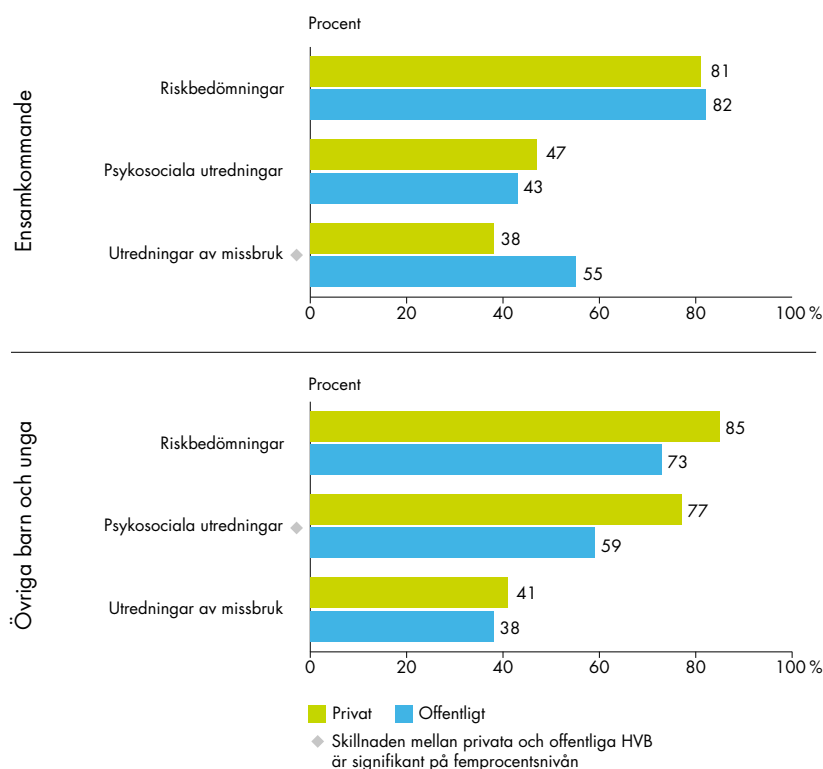
I enkätens öppna svar påpekar en del verksamheter att barnen som är placerade hos dem inte har några av ovanstående diagnoser eller problem, utan mer generella psykosociala problem och otrygga anknytningsbeteenden som är kopplade till problematiska hemförhållanden och föräldrarnas omsorgsbrister. Några beskriver också att det bland barnen kan finnas problem som ännu inte är utredda eller diagnosticerade. Hur många av de ovanstående diagnoserna som är fastställda diagnoser är svårt att bedöma. När det gäller ensamkommande barn är det flera verksamheter som beskriver att det som regel saknas bakgrundsinformation om eventuella diagnoser och problem. Många av de ensamkommande barnen beskrivs ha problem som hänger ihop med att de har lämnat sin familj och lever i ovisshet under asylprocessen. Det kan till exempel handla om sömnsvårigheter, stress, oro, ångest, nedstämdhet och otrygghet.

5.8 INSATSER OCH KOMPETENS VARIERAR UTFRÅN VERKSAMHETERNAS MÅLGRUPP OCH REGIFORM

5.8.1 Insatser och kompetens för psykosociala problem

En majoritet av verksamheterna, omkring 80 procent, säger sig erbjuda riskbedömningar av olika slag, och runt 40–50 procent erbjuder utredningar av missbruk. Bland HVB för ensamkommande barn och unga är det en större andel offentliga än privata verksamheter som erbjuder missbruksutredningar. Andelen verksamheter som erbjuder andra psykosociala utredningar varierar mellan omkring 40–80 procent, och är högst i privata HVB för övriga barn och unga.

Figur 5.7. Andel HVB som kan utföra riskbedömningar, psykosociala utredningar och utredningar av missbruk, uppdelat på målgrupp och regiform.

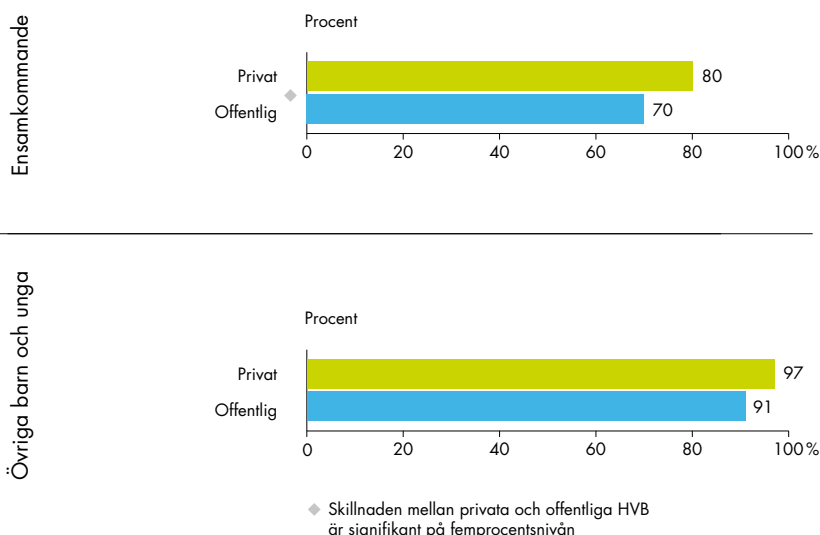


Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Erbjuder ni någon av följande insatser inom ramen för er verksamhet?" Figuren avser svarsalternativen *riskbedömningar*, *psykosociala utredningar* och *utredningar av missbruk*.

Andelen verksamheter som uppger sig ha tillgång till kompetens i psykosociala behandlingsmetoder varierar från 70 till närmare 100 procent, och är högst i privata HVB för övriga barn och unga. Bland HVB för ensamkommande barn och unga är andelen signifikant högre i privata än offentliga HVB för samma målgrupp.

Figur 5.8. Andel HVB med tillgång till kompetens i psykosociala behandlingsmetoder, uppdelat på målgrupp och regiform.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016.

Kommentar: Frågan som ställdes var "Har ni tillgång till några av följande kompetenser och erfarenheter?" Uppgifterna i figuren avser svarsalternativet *kompetens i psykosociala behandlingsmetoder*.

Tidigare tillsynsrapporter har visat att det är få HVB som använder namngivna behandlingsmetoder, och att det förekommer en del behandlingsmetoder som saknar stöd i forskning. En god vård behöver inte innebära att man använder sig av särskilda behandlingsmetoder, men de arbetssätt och metoder som används måste passa för målgruppen (IVO 2013a). När det gäller psykologisk och psykosocial behandling generellt har personalens kompetens och samarbetet mellan personal och klient lika stor betydelse som själva metoden. Men om klienten upplever att samarbetet fungerar mindre väl har personalens följsamhet till en specifik metod större betydelse (Barber 2009).

Bland de HVB som i vår enkät säger sig utföra behandlingsinsatser är det omkring 10 procent som *inte* erbjuder någon av de listade specifika behandlingsmetoderna. De vanligaste behandlingsmetoderna är motiverande samtal (MI) och ADL-träning (aktiviteter i dagliga livet), som omkring 70 procent av verksamheterna som erbjuder behandling säger sig kunna erbjuda. Omkring 45 procent kan erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) och *Aggression Replacement Training* (ART), och omkring 30 procent kan erbjuda *Repulse* (en metod för träning av impulskontroll), haschavvänjningsprogrammet (HAP), psykoterapi och teckenekonomi eller andra belöningsystem.

Tabell 5.3. Andel verksamheter som erbjuder olika behandlingsmetoder.

Behandlingsmetod	Vi erbjuder behandling med metoden och har behandlat minst ett barn med den de senaste sex månaderna, %	Vi erbjuder behandling med metoden men har inte behandlat någon med den de senaste sex månaderna, %	Vi erbjuder inte behandling med metoden, %	Vet ej, %
12-stepsbehandling	5	8	57	30
Acceptance and commitment therapy (ACT)	4	7	54	34
Aggression replacement training (ART)	17	29	29	24
ADL-träning	62	7	12	19
Haschavvänjningsprogrammet (HAP)	10	17	48	26
Dialektisk beteendeterapi (DBT)	5	7	56	32
Funktionell familjeterapi (FFT)	5	10	54	30
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	28	16	31	25
Kriminalitet som livsstil	8	11	53	29
Marte Meo	4	8	55	33
Motiverande intervju (MI)	53	18	12	17
MultifunC	2	0	63	35
Psykoterapi	16	11	45	29
Repulse	14	18	40	28
TEACCH	3	8	54	34
Teckenekonomi eller andra belöningsystem	24	3	43	29
Tejping	5	2	61	33
Återfallsprevention	12	14	48	25

Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Du har angett att ni erbjuder behandling. Vilka behandlingsmetoder arbetar ni med? Kryssa i det alternativ som stämmer bäst för de olika metoderna".



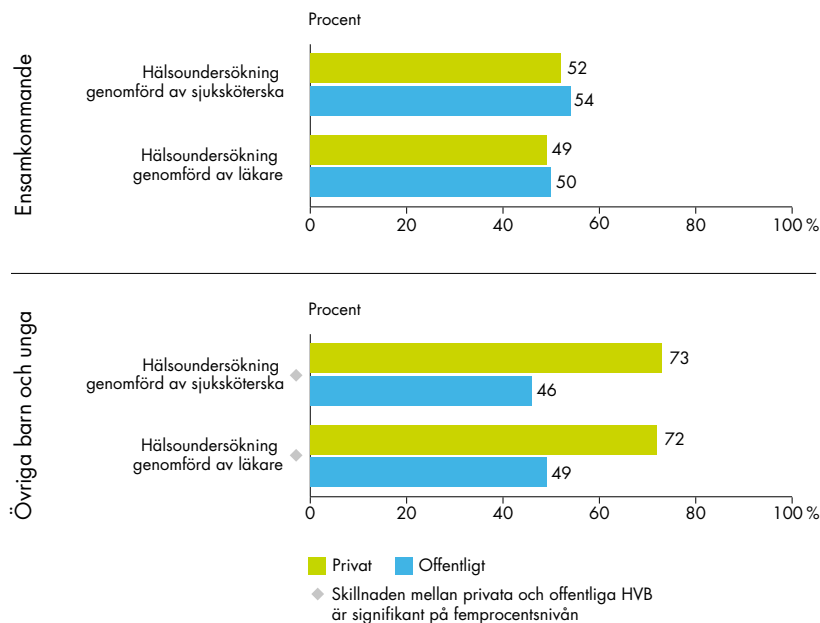
Utöver specifika behandlingsmetoder frågade vi också om verksamheterna arbetar med något särskilt förhållningssätt. Vanligt är bland annat miljöterapeutiskt, salutogent, lösningsfokuserat och relationsskapande förhållningssätt, samt förhållningssätt baserat på MI och KBT. Många beskriver också att man arbetar med ett lågaffektivt bemötande och traumamedveten omsorg, samt att man utgår ifrån KASAM (känsla av sammanhang) i sitt arbete.

5.8.2 Insatser och kompetens för fysisk och psykisk hälsa

Placerade barn har utöver sociala problem ofta även bristande fysisk och psykisk hälsa. Det innebär att HVB-hemmen behöver ha kunskap om barnens hälsa och vara uppmärksamma på eventuella behov av hälso- och sjukvård och hjälpa barnen till rätt instans (se bland annat 4 kap. 5 § SOSFS 2011:9). Det är viktigt med en fungerande samverkan mellan HVB-hemmen, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det finns vissa HVB-hem som själva bedriver hälso- och sjukvård, och därmed behöver anmäla sin hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO:s vårdgivarregister enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). I den tillsyn som genomfördes 2006–2008 var det knappt 30 procent av HVB-hemmen som hade hälso- och sjukvårdspersonal via anställning eller avtal (Socialstyrelsen 2009a).

Forskning och kunskapssammanställningar har visat att samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser och kontinuerliga hälsoundersökningar är viktiga insatser för placerade barn (Socialstyrelsen och Skolverket 2013). Bland de verksamheter som har besvarat frågan i vår enkät var det omkring 50–70 procent som sade sig erbjuda hälsoundersökning av sjuksköterska eller läkare, med störst andel i privata HVB för övriga barn och unga. Majoriteten av verksamheterna som kunde utföra hälsoundersökningar (omkring 60 procent) kunde göra det med hjälp av personal man anlitar för det syftet.

Figur 5.9. Andel HVB som kan utföra hälsoundersökning genomförd av sjuksköterska respektive läkare, uppdelat på målgrupp och regiform.



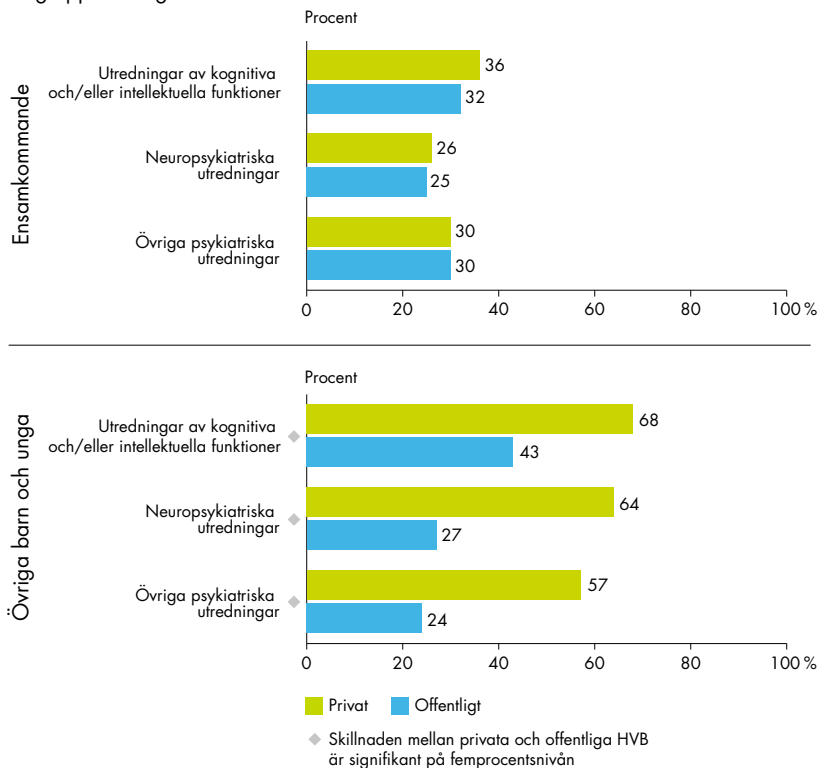
Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Kan ni erbjuda någon av följande insatser inom ramen för er verksamhet?" Figuren avser svarsalternativen *hälsoundersökning av sjuksköterska* och *hälsoundersökning av läkare*.

Som beskrivits i tidigare studier, och som kan tolkas av våra enkätsvar, är det generellt en hög förekomst av psykiatriska problem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i gruppen placerade barn. Bland de verksamheter som har besvarat frågan varierar andelen som uppger sig erbjuda utredningar av kognitiva och intellektuella funktioner, neuropsykiatriska utredningar och andra psykiatriska utredningar mellan omkring 25 och 65 procent, med betydligt större andelar i privata HVB för övriga barn och unga. De flesta verksamheter som kunde utföra neuropsykiatriska och övriga psykiatriska utredningar kunde göra det med hjälp av personal man anlitar för det syftet.



Figur 5.10. Andel HVB som kan utföra erbjuda utredningar av kognitiva och intellektuella funktioner, neuropsykiatriska utredningar och andra psykiatriska utredningar, uppdelat på målgrupp och regiform.



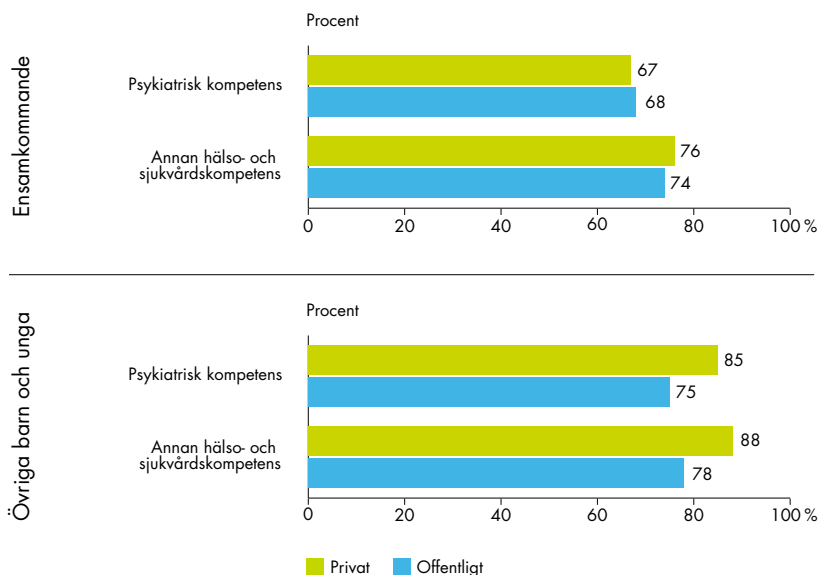
Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Kan ni erbjuda någon av följande insatser inom ramen för er verksamhet?" Figuren avser svarsalternativen *utredningar av kognitiva och eller intellektuella funktioner*, *neuropsykiatriska utredningar* och *övriga psykiatriska utredningar*.

Fram till och med den 31 oktober 2016 gällde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende. Enligt dessa allmänna råd bör HVB som tar emot barn och unga ha tillgång till läkare och psykolog med särskilda kunskaper som är lämpade för sådana verksamheter, till exempel genom att en överenskommelse träffas med ansvarig sjukvårdshuvudman. Något motsvarande allmänt råd finns inte i de reviderade föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) som nu gäller. Bland de HVB som har besvarat frågan i vår enkät är det mellan 70 och 90 procent av verksamheterna som uppger att man har tillgång till psykiatrisk kompetens eller annan hälso- och sjukvårdskompetens, antingen i hemmets egen personalgrupp, i form av en gemensam resurs i organisationen eller i form av personal som man anlitar (se figur 5.11). Hur många HVB som har

överenskommelser med sjukvårdshuvudman framgår inte, men i enkätens öppna svar är det flera verksamheter som beskriver att man utnyttjar samhällets ordinarie utbud av hälso- och sjukvård, och att man har en väl fungerande samverkan med landstinget.

Figur 5.11. Andel HVB med tillgång till psykiatrisk kompetens och annan hälso- och sjukvårdskompetens, uppdelat på målgrupp och regiform.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Har ni tillgång till några av följande erfarenheter och kompetenser i verksamheten?" Figuren avser svarsalternativen *psykiatrisk kompetens* och *annan hälso- och sjukvårdskompetens*.

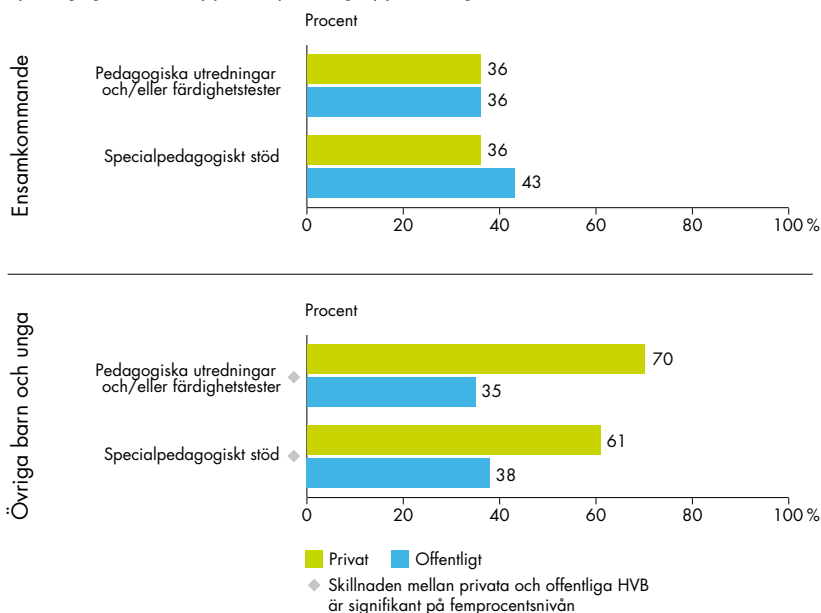
5.8.3 Insatser och kompetens för utbildning

De placerade barnen har ofta problem i skolan, samtidigt som framgång i skolan har visat sig ha ett samband med mindre risk för psykosociala problem så som självmordsbeteende, missbruk och försörjningsproblem för placerade barn i vuxen ålder. Socialstyrelsen och Skolverket har beskrivit hur placerade barn och unga ibland inte alls har gått i skolan, eftersom de har flyttat så många gånger, eller att det kan dröja innan de får börja i skolan och innan lärarna upptäcker eventuella inlärningssvårigheter (Socialstyrelsen och Skolverket 2013). I några av våra intervjuer framkommer att kännedomen om barnets skolsituation ofta är begränsad inför placering, vilket kan leda till att barnet

inte får det stöd eller den hjälp som han eller hon behöver. Forskning och kunskapssammanställningar har visat att det är viktigt med en kartläggning av barnens förutsättningar och förmågor, och att handledning med hjälp av en strukturerad inlärningsmetod kan förbättra skolprestationerna (Socialstyrelsen och Skolverket 2013).

Det finns HVB som har tillstånd från Skolinspektionen att driva en egen fristående skola, men de flesta barn och unga som är placerade på HVB undervisas i den vanliga skolan. HVB-hemmen ansvarar för att följa hur barnens skolarbete fungerar, förutsätts samarbeta med skolan och erbjuda barnen hjälp med läxor och annat stöd (IVO 2013b, se även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende). Bland de verksamheter som har svarat på vår enkät är det en majoritet, drygt 90 procent, som erbjuder läxhjälp. Omkring 70 procent av de privata HVB-hemmen för övriga barn och unga erbjuder pedagogiska utredningar eller färdighetstester, och 60 procent erbjuder specialpedagogiskt stöd. I övriga HVB är motsvarande andelar omkring 40 procent (se figur 5.13). För alla verksamheter gäller att omkring 40 procent av verksamheterna har tillgång till specialpedagogisk kompetens.

Figur 5.12. Andel HVB som erbjuder pedagogiska utredningar eller färdighetstester och specialpedagogiskt stöd, uppdelat på målgrupp och regiform.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var "Kan ni erbjuda någon av följande insatser inom ramen för er verksamhet?" Figuren avser svarsalternativen *pedagogiska utredningar och/eller färdighetstester* samt *specialpedagogiskt stöd*.

5.8.4 Insatser och kompetens för ensamkommande barn och unga

När det gäller gruppen ensamkommande barn och unga består den som andra grupper av olika individer med sinsemellan olika behov. Samtidigt har det identifierats ett antal behov som är gemensamma för många barn i den här gruppen, så som hjälp med traumatisering, fysiska och psykiska skador, språkutveckling, identitet, integration, sociala relationer och en meningsfull fritid (Socialstyrelsen 2013a). Sammanlagt drygt 60 procent av verksamheterna som har eller kan ta emot ensamkommande barn och unga säger sig erbjuda insatser som är specifika för ensamkommande – 65 procent bland de där alla barn är ensamkommande och 35 procent där några barn är ensamkommande eller där man kan ta emot ensamkommande men inte har några placerade just nu.

Några av de insatser verksamheterna beskriver har fokus på språkutveckling och integration, till exempel språkträning, orientering i svenska samhället och kontakter med närssamhället, exempelvis i form av fadderfamiljer, universitetskompisar och praktikplatser.

Andra insatser handlar om att ge stöd till barnet i form av stresshantering och samtalsstöd. Några verksamheter beskriver att de hänvisar till landstingets olika verksamheter, som exempelvis barn- och ungdomspsykiatri och asylhälsa.

Många berättar om insatser som handlar om självständighetsträning eller vardagsträning, så som matlagning, hälsa, hygien, städning och skolgång. Hälsoskola och olika fritidsaktiviteter är också vanligt, där man bland annat nämner information om sex och samlevnad, förebyggande av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT), yogakurs för att förbättra sömnen, träning på gym, bad och simskola, cykelträning, fotboll och kulturaktiviteter.

”Hitta rätt”-materialet lyfts av många. Det är ett material som tagits fram i boenden för ensamkommande ungdomar i Göteborgs stad och som har fått nationell spridning. Materialet består av en pärm, en handledning och en webbutbildning, och omfattar praktiskt vardagsliv, samhällsorientering och personlig utveckling. Det är uppdelat i sex områden: utbildning, identitet och utveckling, familj och relationer, socialt samspel och klara sig själv.

Något annat som lyfts av många är traumamedveten omsorg, TMO. TMO är en pedagogisk modell som beskriver viktiga delar i förhållningssätt till barn och unga som varit med om svåra och traumatiserande händelser. Det handlar bland annat om att förmedla och skapa trygghet, skapa goda relationer, samt att stödja ungdomarna i att utveckla välfungerande strategier att hantera och reglera känslor och impulser (Rädda Barnen 2016).



Omkring 80 procent av alla verksamheter säger sig ha kulturell kompetens med relevans för de placerade barnen och språkkompetens utöver svenska och engelska, de flesta i boendets egen personalgrupp. Språk som finns representerade bland många verksamheter är persiska, arabiska, dari, somaliska, tigrinja, spanska, farsi och bosniska.

5.9 VISSA KVALITETSKILLNADER MELLAN OFFENTLIGA OCH PRIVATA HVB

5.9.1 Tidigare studier om kvalitetsskillnader visar olika resultat

Tidigare studier av kvalitetsskillnader mellan privata och offentliga verksamheter har visat delvis olika resultat. I en studie av ungdomar placerade i HVB i början av 1990-talet var personaltätheten i form av antal personal per vårdplats mindre i privata HVB än i offentliga HVB, även efter kontroll för skillnader i de placerade ungdomarnas bakgrundsfaktorer. Även kvalitet i form av vårdssammanbrott, det vill säga när vården avbryts abrupt och utan planering, var sämre i privata HVB. Studien visade också att det fanns ett samband mellan personaltäthet och risk för vårdssammanbrott i privata HVB, där låg personaltäthet ökade risken (Lindqvist 2014). Författaren menar dock att skarpare tillsyn, tillståndsprövning och upphandling kan ha inneburit att kvaliteten i privata HVB har förbättrats sedan dess (Lindqvist 2014).

Åren 2006–2008 genomfördes den första nationellt gemensamma tillsynen av HVB, och man gjorde då en jämförelse mellan privata och offentliga HVB. Tillsynen utgick ifrån 47 olika bedömningskriterier som skulle belysa områdena känslomässiga och sociala behov, delaktighet, utbildning, hälsa, kvalitet och säkerhet. Jämförelsen visade att offentliga verksamheter var något sämre än privata verksamheter på i stort sett alla områden. En möjlig förklaring som lyfts är att offentliga verksamheter inte är tillståndspliktiga, och därmed inte granskas i en tillståndsgivningsprocess (Socialstyrelsen 2009a).

IVO har senare redovisat en jämförelse mellan privata och offentliga HVB med avseende på personalens utbildning och verksamheternas metoder och arbetssätt, baserat på tillsynen av verksamheterna år 2012. Jämförelsen visade att det var små skillnader i personalens utbildning, men att privata HVB oftare använde namngivna insatser och förhållningssätt än offentliga HVB. IVO konstaterar att skillnaderna är svåra att värdera – att de kan avspegla faktiska högre ambitioner att bedriva kvalitativ behandling, men att de också kan vara ett uttryck för att man använder positiva nyckelord för att få placeringar och därmed intäkter (IVO 2013a).

5.9.2 Vår analys baseras på uppgifter från enkäten och tillsynen

Vi har inom ramen för regeringsuppdraget inte haft möjlighet att göra en fördjupad analys av verksamheternas kvalitet, utan bygger i stor utsträckning vår analys på tillgängliga uppgifter. Analysen bygger dels på uppgifter om kvalitetsbrister från IVO:s tillsyn av verksamheterna, dels på uppgifter om personalens utbildning och personaltäthet från vår enkät till verksamheterna.

5.9.3 Skillnader i personalens utbildning och personaltäthet utifrån verksamheternas målgrupp och regiform

Personalens utbildning

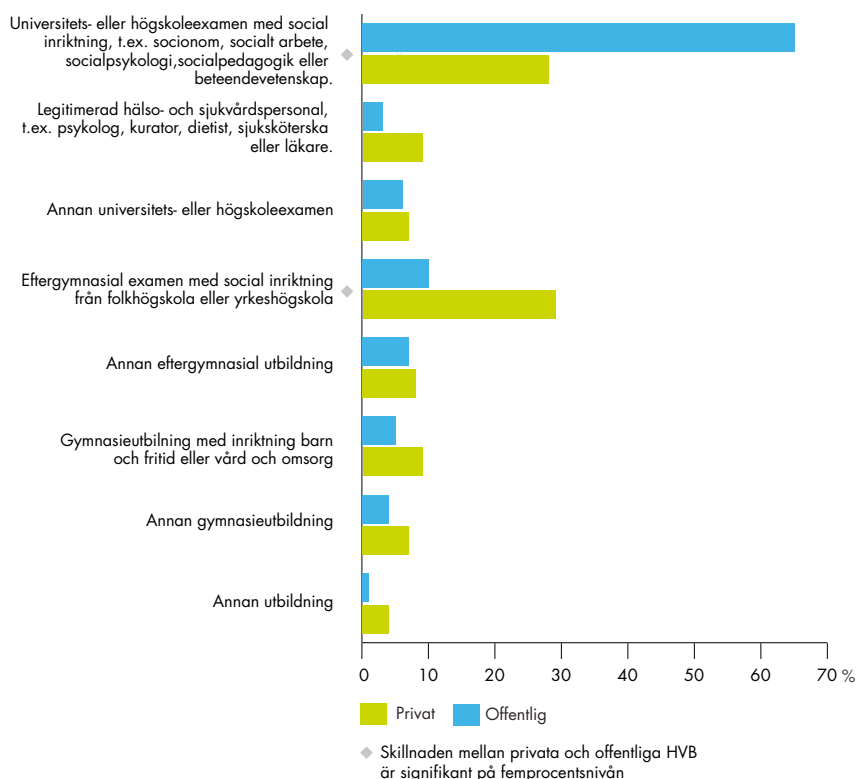
Tidigare tillsynsrapporter har visat att utbildningsnivån bland personal på HVB är förhållandevis låg – drygt en tredjedel av personalen saknar eftergymnasial utbildning, och omkring hälften saknar eftergymnasial utbildning med inriktning mot vård och behandling av barn och unga (IVO 2013a). IVO menar att en låg utbildningsnivå kan vara en risk vid val av behandlingsmetoder och vid utförandet av olika metoder. Personal med relevant utbildning har bättre förutsättningar att välja rätt behandlingsmetod och att tillämpa den på rätt sätt. En relevant utbildning ger också de generella kunskaper om barns och ungdomars utveckling som behövs (IVO 2013a).

De formella kraven på personalens utbildning och kompetens har delvis förändrats under den studerade perioden. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende, var kraven att den som förestår verksamheten ska ha en adekvat högskoleutbildning (1§) och att övrig personal som ger vård eller behandling ska ha den utbildning och erfarenhet samt personliga lämplighet som krävs för att utföra arbetet i enlighet med den eller de behandlingsmetoder som används i verksamheten och för att uppfylla verksamhetens mål (2§). Att personalen har den utbildning som krävs för de behandlingsmetoder som används kan till exempel innebära att ett HVB som erbjuder psykodynamisk terapi bör ha tillgång till en legitimerad psykoterapeut, och att barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vårdas av personal med kunskap om funktionsnedsättningen, så att barnen inte behandlas med metoder som kan vara skadliga för dem (IVO 2013a). Från och med den 1 november 2016 gäller de reviderade föreskrifterna och allmänna råden, HSLF-FS 2016:55, där man i de allmänna råden även rekommenderar att personalen bör ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning, samt att flertalet bör ha en utbildning med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap.



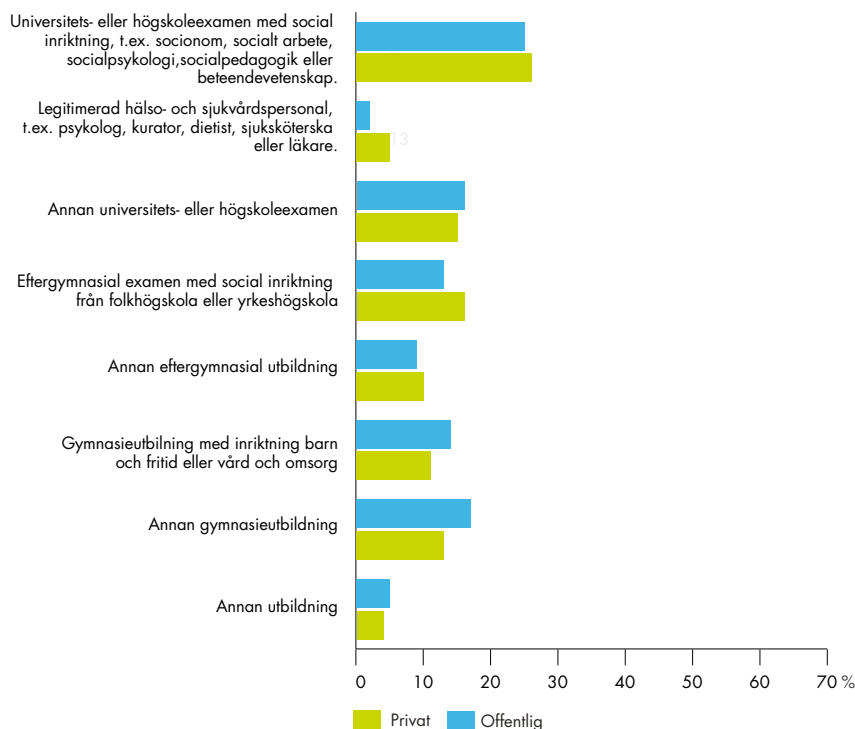
Uppgifter från vår enkät visar att andelen personal med universitets- eller högskoleexamen med social inriktning är större i offentliga HVB för övriga barn och unga än i privata HVB med samma målgrupp. Privata HVB har istället en större andel personal med eftergymnasial utbildning med social inriktning. När det gäller HVB där alla barn är ensamkommande var det ingen större skillnad i personalens utbildning mellan offentliga och privata HVB. Däremot var det vanligare med gymnasieutbildning och med annan universitets- eller högskoleutbildning än med social inriktning jämfört med HVB för övriga barn och unga.

Figur 5.13. Andel personal med olika utbildningsbakgrund i HVB för övriga barn och unga.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var: "Hur många av boendets ordinarie personal har följande utbildningsbakgrund? Utgå från högsta utbildningen för varje person och ange antal personal med respektive utbildningsbakgrund."

Figur 5.14. Andel personal med olika utbildningsbakgrund i HVB för ensamkommande.

Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

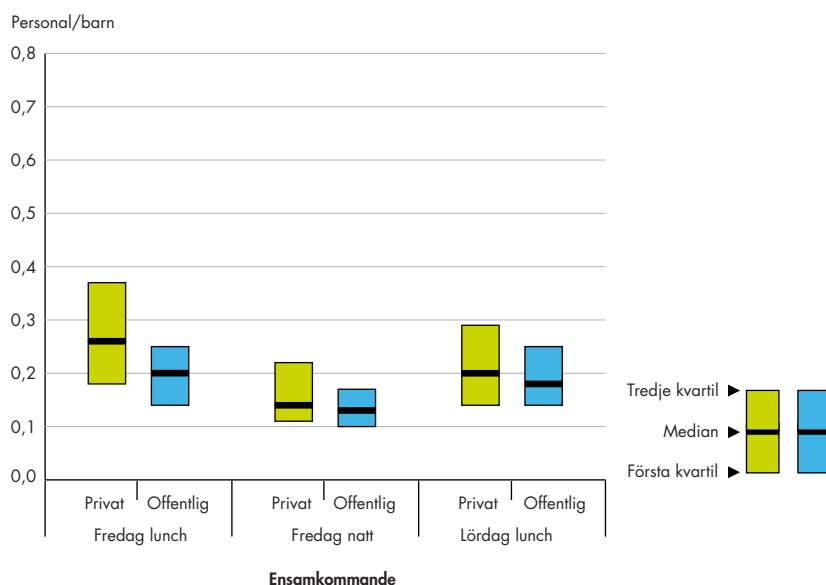
Kommentar: Frågan som ställdes var: "Hur många av boendets ordinarie personal har följande utbildningsbakgrund? Utgå från högsta utbildningen för varje person och ange antal personal med respektive utbildningsbakgrund."

Personaltäthet

I vår enkät har vi också frågat om HVB-hemmens bemanning, för att kunna belysa personaltäthet, det vill säga antalet personal per barn. En låg personaltäthet har i en tidigare studie visat sig ha ett samband med risken för vårdssammanbrott (Lindqvist 2014). Personaltäthet kan också sägas utgöra en aspekt av trygghet och säkerhet. Bemanningen på HVB kan variera mellan vardagar och helger. HVB som tar emot barn ska också vara bemannade på natten (HSLF-FS 2016:55 2 §). I figurerna nedan redovisas därför personaltäthet vid olika tidpunkter och veckodagar. När det gäller HVB för övriga barn och unga är det inte några statistiskt signifikanta skillnader mellan privata och offentliga verksamheter, men bland HVB för ensamkommande är personaltätheten signifikant lägre i offentliga än i privata HVB. Det är

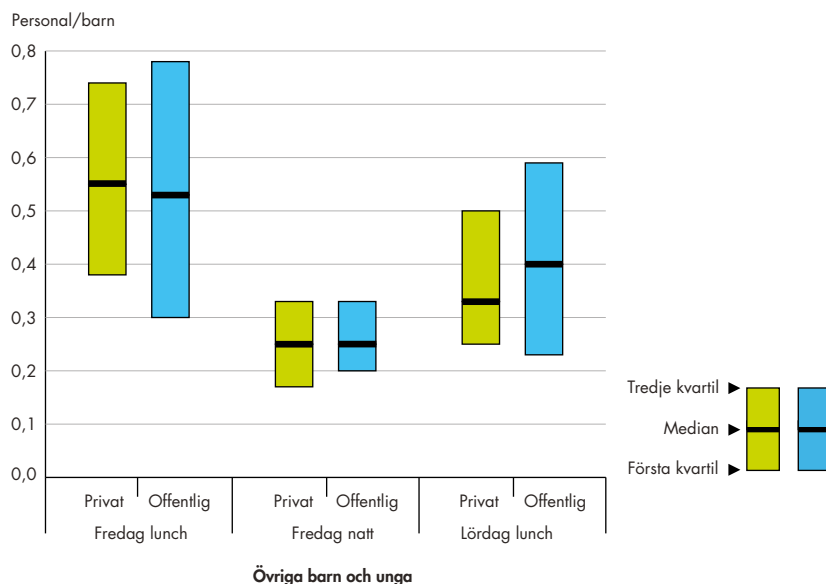
också en lägre personaltäthet i HVB för ensamkommande jämfört med HVB för övriga barn och unga. Skillnaderna mellan privata och offentliga HVB för ensamkommande är störst på dagtid en vardag – då är det i privata HVB omkring 2,7 personal per 10 barn och i offentliga HVB 2 personal per samma antal barn. Natttid och helg är skillnaden mindre.

Figur 5.15. Antal personal per barn vid olika tidpunkter, HVB för ensamkommande barn och unga.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var: "Hur många personer var i tjänst på ert boende enligt schema vid följande tidpunkter? Räkna inte med jourpersonal som inte var närvarande på boendet".

Figur 5.16. Antal personal per barn vid olika tidpunkter, HVB för övriga barn och unga.

Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var: "Hur många personer var i tjänst på ert boende enligt schema vid följande tidpunkter? Räkna inte med jourpersonal som inte var närvarande på boendet".

5.9.4 Få skillnader i kvalitet enligt IVO:s tillsyn

För HVB för barn och unga genomför IVO så kallad frekvenstillsyn, vilket innebär att de granskar alla HVB minst en gång per år. Vid inspektionen pratar man med de barn och ungdomar på boendet som vill göra det, intervjuar föreståndare eller personal och i vissa fall granskar man dokument. Inspektionerna kan vara anmälda eller oanmälda. Efter inspektionen upprättas ett tillsynsbeslut. Om en verksamhet inte uppfyller lagstadgade krav ställer IVO krav på huvudmannen att åtgärda bristen. Men inspektionerna omfattar ibland också områden som inte är tydligt reglerade, där bedömningen istället utgår ifrån mål som uttrycks i lagar och förarbeten. Då kan tillsynen innebära att IVO, utöver brister och krav på åtgärder, påtalar förbättringsområden. Sammanfattningsvis kan tillsynsbeslut innebära att IVO inte har någon anmärkning, identifierar ett eller flera förbättringsområden, identifierar en eller flera brister, eller identifierar en eller flera brister och ställer krav på åtgärd.

De anmälda inspektionerna utgår ifrån ett nationellt tema som varierar varje år. År 2014 var det barns och ungdomars delaktighet, 2015 var det registerkontroll av personal vid anställning och 2016 var det trygg och säker vård. Trygghet och säkerhet ingår alltid i tillsynen. Olika regionala avdelningar kan också lägga till särskilda frågor, till exempel baserat på anmälningar och tidigare tillsyner. Det kan också vara så att andra områden än de som inkluderats i det nationella temat ändå uppmärksammas vid tillsynen. Vi har valt att redovisa de områden vi uppfattar vara de mest relevanta måtten på kvalitet: verksamheternas metoder och arbetssätt, personalens utbildning och kompetens, stöd och samverkan med hälso- och sjukvård och skola, barnens trygghet och säkerhet samt barnens självbestämmande och integritet.

För dessa områden har vi sammanställt de tillsynsbeslut som registrerats i IVO:s enkätsystem 2014, 2015 och 2016 till och med september (läs mer om hur vi har gått tillväga i bilaga 2). Både 2014 och 2015 inspekterades befintliga HVB vid minst två tillfällen, medan det under 2016 var fråga om minst ett tillfälle. Under den här perioden registrerades sammanlagt 3 445 inspektioner, varav 1 606 var inspektioner av kommunala HVB och 1 782 var inspektioner av privata HVB. Av de inspektioner som genomförts för kommunala HVB var 85 procent verksamheter för ensamkommande barn och unga. Motsvarande siffra för inspektioner av privata HVB var 33 procent.

Utöver tillsynsbesluten har vi också sammanställt svaren på frågorna från den så kallade barnenkäten. Det är en enkät som IVO delar ut till barnen vid inspektionen, med frågor om man känner sig trygg tillsammans med övriga barn och ungdomar och med personal, samt om man får vara med och påverka och bestämma och tycker att personalen lyssnar på synpunkter och klagomål. År 2016 blev det för första gången möjligt att koppla ihop barnens svar med det HVB de bor på. Totalt var det 159 barn som svarade på enkäten, varav 107 var placerade i offentliga HVB och 34 i privata (för resterande barn angavs inte HVB-hemmets driftsform). En majoritet av barnen i offentliga HVB var ej svenskspråkiga, medan andelen svenskspråkiga och ej svenskspråkiga barn var ungefär lika stor i privata HVB.

Verksamheternas metoder och arbetssätt

Vid tillsynen gör inspektörerna en bedömning av om de metoder och arbetssätt som används inom verksamheten används på rätt sätt och är anpassade till boendets målgrupp. Eftersom det finns begränsat med forskning om vilka metoder som är mest lämpade för olika målgrupper är området enligt IVO svårt att bedöma. Men det kan bland annat handla om att metoderna och arbetssätten motsvarar det man har sagt sig kunna erbjuda i sin ansökan om

tillstånd eller på sin hemsida. Inspektörerna gör också en bedömning av om metoderna stämmer överens med den utbildning och kompetens som finns tillgänglig i personalgruppen. Det var sammanlagt endast 13 av alla 3 445 inspektioner som innebar att verksamheten fick någon form av anmärkning inom detta område.

Personalens utbildning och kompetens

När IVO ska bedöma personalens kompetens är det inte den enskilda personalens utbildning som bedöms utan kompetensen i verksamheten som helhet – det vill säga den samlade utbildningsnivån och erfarenheten i personalgruppen i relation till verksamhetens målgrupp och de metoder som används. Alla i personalgruppen arbetar till exempel inte alltid med behandlingsarbete. Exempelvis kan lärare och fritidspedagoger, trots att de inte är utbildade för att behandla barn och unga, ha kompetens som är relevant i vissa verksamheter. För att avgöra om personalgruppens samlade kompetens är ändamålsenlig försöker man ofta koppla den till andra eventuella kvalitetsbrister. Det var totalt 76 inspektioner som innebar att verksamheten fick någon anmärkning vad gäller personalens kompetens. Det var ingen skillnad mellan offentliga och privata HVB, däremot var det en skillnad mellan HVB för ensamkommande och HVB för övriga barn och unga, med fler anmärkningar för de förstnämnda.

Stöd och samverkan med hälso- och sjukvård och skola

När det gäller hälso- och sjukvård omfattar tillsynen bland annat en bedömning av om HVB-hemmet har en fungerande samverkan med hälso- och sjukvården och tandvården, om personalen är uppmärksam på barnens hälsa och om man har en beredskap att kontakta hälso- och sjukvården och tandvården vid behov. Inspektörerna frågar till exempel om barnen har varit hos tandläkaren, om barnen själva vet vem de kan vända sig till om de mår dåligt och hur man hanterar eventuell medicinering. Även området skola handlar om samverkan, men också om stöd i skolarbetet. Här kan frågorna handla om huruvida barnen går i skolan eller inte, om de kan få hjälp med läxor och hur man samarbetar med skolan till exempel när det gäller att följa upp barnens närvaro och resultat. Av de olika områden vi har sammanställt var det här området det som innebar minst antal anmärkningar – endast två av alla genomförda inspektioner har resulterat i en anmärkning. Även om området inte varit ett nationellt tema under något av åren är det förvånansvärt få anmärkningar, med tanke på att det ofta lyfts som problematiskt både i tidigare studier och i våra intervjuer.



Barnens trygghet och säkerhet

I området trygghet och säkerhet har vi inkluderat tillsynens frågor om säkerhetsrutiner och bemanning. Vid inspektionerna tittar man bland annat på om det finns säkerhetsrutiner och gör en bedömning av föreståndarens beskrivning av hur de fungerar och om personalen känner till det föreståndaren beskriver. Något som har varit aktuellt har till exempel varit rutiner för brandsäkerhet vid boenden för ensamkommande barn och unga. Man gör också en bedömning av förekomsten av eventuella övergrepp och mobbning, och hur verksamheterna säkerställer att barnen känner sig trygga och säkra, något som kan vara särskilt svårt i boenden med många barn eller där barnen delar rum. Man gör också en bedömning av eventuella incidenter med koppling till HVB-hemmets bemanning. Trygghet och säkerhet är det område med störst antal anmärkningar – sammanlagt 162 inspektioner har resulterat i någon form av anmärkning när det gäller säkerhetsrutiner eller bemanning. Inte heller här var det någon skillnad mellan offentliga och privata HVB.

Svaren på enkäten till barnen visar att 12 procent av barnen som är placerade i offentliga HVB känner sig otrygga tillsammans med övriga barn och unga eller med personalen. Motsvarande siffra för barn i privata HVB är 6 procent. På offentliga HVB är det framför allt ej svenskspråkiga barn som svarar att de känner sig otrygga. Det är dock svårt att dra några slutsatser om skillnader mellan verksamheter, eftersom det är få barn som besvarat enkäten, och eftersom det inte finns några uppgifter som gör det möjligt att bedöma om de barn som har besvarat enkäten på något sätt skiljer sig från de som inte svarat.

Barnens självbestämmande och integritet

Enligt 1 kap. 1 § SoL ska verksamheten bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet, och enligt 3 kap. 5 § ska insatserna utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Socialstyrelsen har definierat kvalitetsområdet självbestämmande och integritet som att ”den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val” (Socialstyrelsen 2016e s. 9). Vi har här inkluderat tillsynens granskning av begränsningsåtgärder, delaktighet och bemötande.

Med *begränsningsåtgärder* menas åtgärder som exempelvis generella förbud att ha mobiltelefon, drogtester eller genomsökning av rum utan samtycke och restriktioner av kontakter med närstående. Privata HVB får inte använda tvångsåtgärder. Däremot har man en skyldighet att skydda barnet från att skada sig själv och att skada andra. IVO menar att det är

viktigt att verksamheterna har arbetssätt som minskar risken för kritiska situationer, men också kunskap om vad man ska göra och vad som är tillåtet om eller när svåra situationer uppstår (IVO 2013b). För att göra en bedömning av förekomsten av otillåtna begränsningsåtgärder ställer inspektörerna bland annat frågor till barnen om vad det finns för regler på boendet, och vad som händer om man inte följer reglerna. *Delaktighet* handlar inte bara om att barnen är delaktiga i planeringen och genomförandet av sin vård och behandling, utan också om att personalen lyssnar på och tar tillvara barnens önskemål och synpunkter. Vid inspektionerna gör man en bedömning av om personalen lyssnar, och om barnen får någon återkoppling på sina synpunkter. Frågor kopplade till *bemötande* kommer framför allt fram vid samtal med barnen, och handlar om deras upplevelse av att bli lyssnade på och bemötta med respekt.

Totalt 72 inspektioner resulterade i någon form av anmärkning gällande begränsningsåtgärder, delaktighet eller bemötande. Påtalade brister, det vill säga den allvarligare formen av anmärkning, var vanligare för privata HVB. Uppgifter från barnenkäten om hur många barn som tycker att de får vara med och påverka och bestämma, och som tycker att personalen lyssnar på deras synpunkter och klagomål skiljde sig inte mellan verksamheter med olika regiform, men var något större bland ej svenskspråkiga barn.

Sammanlagda kvalitetsbrister inom ett eller flera områden

Sammantaget påtalades förbättringsmöjligheter eller allvarligare brister inom ett eller flera av de ovanstående områdena vid 261 av 3 445 inspektioner. Motsvarande siffror för inspektioner av offentliga HVB var 129 av 1 606 inspektioner (8 procent), och för privata HVB 126 av 1 782 inspektioner (7 procent) (för övriga 57 inspektioner saknas uppgifter om regiform). Det var vanligare med anmärkningar vid inspektioner av HVB för ensamkommande än vid inspektioner av HVB för övriga barn och unga, 182 av 2 002 inspektioner (9 procent) jämfört med 79 av 1 443 inspektioner (5 procent).

Uppgifterna från tillsynen säger inget om hur det går för barnen

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det är få inspektioner som innebär att IVO uppmärksammar kvalitetsbrister, och att det inte är några nämnvärda skillnader mellan privata och offentliga HVB. Uppgifterna från tillsynen säger dock inget om hur det går för barnen, det vill säga vårdens resultat. Ett ofta använt sätt att beskriva kvalitet är i termer av strukturer, processer och resultat. Med *strukturer* menas de resurser och förutsättningar som verksamheten har till sitt förfogande, till exempel lokaler, rutiner,



personal och dess kompetens. Strukturen är en förutsättning för att kunna genomföra olika aktiviteter och insatser. *Processerna* är de aktiviteter man genomför. Det kan både handla om vilka aktiviteter man genomför, och hur man genomför dem. *Resultatet* ska beskriva de effekter som processerna leder till. Resultat kan vara på kort sikt, och till exempel handla om barnens upplevelse av trygghet under placeringen, antalet oplanerade avslut eller andelen barn som har uppnått målen i sin vårdplan och som haft en positiv förändring samt uppfyllt uppsatta mål enligt BBIC vid placeringens avslut. Det kan också handla om resultat på längre sikt, exempelvis utbildningsnivå och hälsa i vuxen ålder. Med hjälp av uppgifter från tillsynen kan vi göra en bedömning av verksamheternas strukturer och processer, men får i stort sett ingen information om resultat.

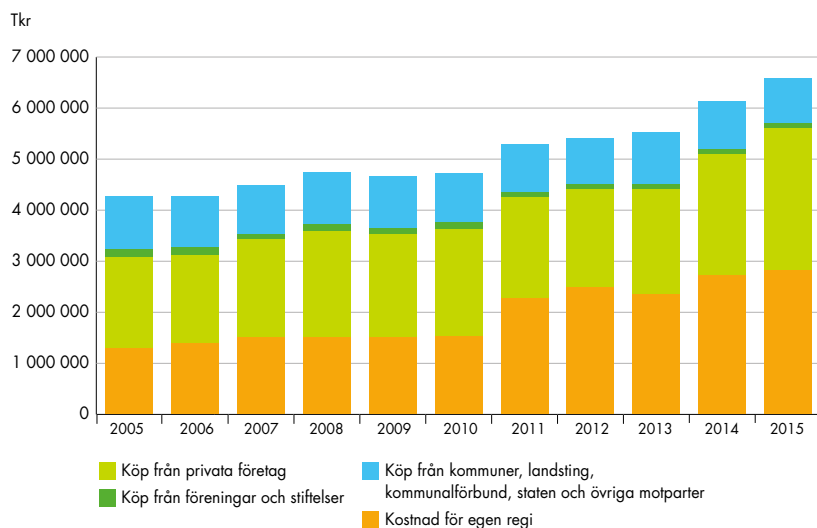
5.10 KOSTNADEN PER VÅRDDYGN VARIERAR BEROENDE PÅ MÅLGRUPP OCH REGIFORM

5.10.1 Kommunernas kostnader för HVB-vård har ökat

I figuren nedan redovisas utvecklingen av kommunernas kostnader för HVB-vård uppdelat på egen regi och köp från privata företag, köp från föreningar och stiftelser samt köp från kommuner, landsting, kommunalförbund, staten och övriga motparter under perioden 2005–2015 (observera att uppgifterna om kommunernas kostnader inte inkluderar kostnaderna för HVB-vård för ensamkommande barn och unga).

Som framgår av diagrammet har kostnaderna för HVB-vården ökat under perioden, från närmare 4,3 miljarder 2005 till 6,6 miljarder 2015. Kostnaderna för köp från privata företag har ökat från närmare 1,8 miljarder till 2,8 miljarder 2015. Andelen köp från privata företag har dock varit förhållandevis konstant under perioden, och legat på omkring 40 procent.

Figur 5.17. Kommunernas kostnader för HVB-vård, tusen kronor 2005–2015.



Källa: Räkenskapssammandraget för kommuner och landsting (SCB).

Enligt de senast tillgängliga uppgifterna på nationell nivå var den genomsnittliga kostnaden per vård dygn för institutionsvård av barn och unga 0–20 år 3 325 kronor år 2013 och 2 769 kronor år 2014 (uppgifter hämtade från Kolada 2016–11–03, ovägt medel för alla kommuner). Som nämnts tidigare ingår dock inte kostnaderna för ensamkommande barn och unga i uppgifterna om kommunernas kostnader, medan ensamkommande barn räknas in i antalet vård dygn (efter 2013 enbart om de har fullständigt personnummer). Det innebär att kostnaden per vård dygn blir underskattad.

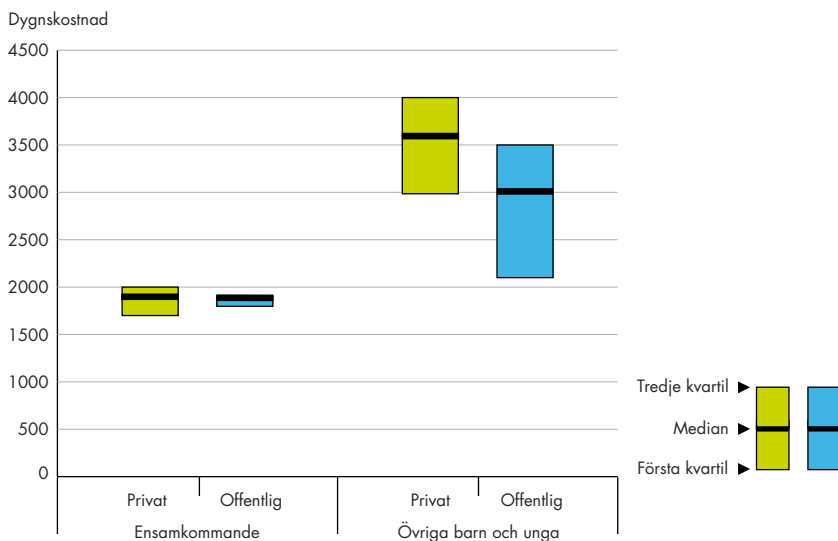
5.10.2 Staten ersätter kommunerna för ensamkommande barn

Kommuner som har en överenskommelse om boendeplatser med staten får en ersättning på 1 600 kronor per dygn och plats utan ansökan, och ytterligare 300 kronor per plats och dygn för belagda boendeplatser efter ansökan. För placeringar utanför överenskommelse får kommunerna 1 900 kronor per dygn för asylsökande barn och unga, och ersättning för faktiska kostnader för barn och unga med uppehållstillstånd. År 2014 var den genomsnittliga ersättningen som betalades ut för ensamkommande barn med uppehållstillstånd som placerades i HVB 2 535 kronor per dygn (Arbetsmarknadsdepartementet 2016).

5.10.3 Högre kostnad per vård dygn i privata HVB för övriga barn och unga

Enligt uppgifter från vår enkät är den genomsnittliga (medianen) kostnaden per vård dygn 3 600 kr i privata HVB för övriga barn och unga, och 3 000 kronor i offentliga HVB för samma målgrupp. Bland de privata HVB för övriga barn och unga som besvarat enkäten har majoriteten av verksamheterna en dygnskostnad mellan 2 985 och 4 000 kronor, jämfört med 2 100–3 500 kronor i de offentliga HVB-hemmen för samma målgrupp. Uppgifterna om dygnskostnader är dock något mer osäkra för de offentliga verksamheterna, eftersom det var fler offentliga HVB som inte besvarade frågan om dygnskostnader. För HVB där alla barn är ensamkommande är den genomsnittliga (medianen) kostnaden per vård dygn 1 900 kronor, både för privata och offentliga HVB.

Figur 5.18. Dygnskostnader september 2016, uppdelat på målgrupp och regiform.



Källa: Vårdanalys enkät till HVB-verksamheter hösten 2016 (se bilaga 2).

Kommentar: Frågan som ställdes var: "Vilken avgift per vård dygn tar ni ut för de barn och unga ni har placerade just nu? Ange högsta, lägsta och genomsnittliga dygnsavgift." Figuren avser de genomsnittliga dygnsavgifterna som angavs.

Mot bakgrund av det förhållandevis stora interna bortfallet på den här frågan bland offentliga HVB har skillnaderna mellan offentliga och privata HVB inte signifikantstests.

5.11 SAMMANFATTNING

HVB-vården har länge kännetecknats av en stor andel privata utförare. På senare tid har det dock skett en förändring i utbudet av HVB, både när det gäller antal verksamheter och verksamheternas regiform och målgrupp. Det ökande antalet ensamkommande barn och unga har inneburit att allt fler offentliga HVB har startat. Andelen privata utförare är därmed lägre än tidigare, och utgör nu ungefär hälften av alla HVB. En majoritet av de offentliga HVB-hemmen har ensamkommande barn och unga som främsta målgrupp, medan det gäller för ungefär hälften av de privata HVB-hemmen.

Vår enkät stärker bilden av att psykiatriska problem är vanligt förekommande bland de placerade barnen – omkring 70 procent av HVB-hemmen har ett eller flera barn placerade som har psykiatriska diagnoser som ångestsyndrom, PTSD, tvångssyndrom och depressioner. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är vanligare i HVB för övriga barn och unga än i HVB för ensamkommande, och vanligare i privata än i offentliga HVB.

Vår enkät visar också att privata HVB för övriga barn och unga i större utsträckning än offentliga HVB för samma målgrupp erbjuder olika utredningsinsatser (psykosociala-, neuropsykiatriska- och andra psykiatriska utredningar, utredningar av kognitiva och intellektuella funktioner samt pedagogiska utredningar eller färdighetstester), specialpedagogiska stödinsatser och hälsoundersökningar. Däremot är andelen personal som har universitets- eller högskoleexamen med social inriktning mindre i privata HVB för övriga barn och unga än i offentliga HVB för samma målgrupp. Privata HVB har istället en större andel personal med eftergymnasial utbildning med social inriktning. Men vad den skillnaden innebär för kvaliteten i vården och omsorgen om barnen saknar vi underlag för att dra några slutsatser om.

I fråga om personaltäthet visar uppgifterna från vår enkätundersökning inte några statistiskt signifikanta skillnader mellan privata och offentliga HVB för övriga barn och unga. Bland HVB för ensamkommande barn är personaltätheten något lägre i offentliga än i privata HVB, framför allt på dagtid vardagar. Men eftersom vi saknar uppgifter om de enskilda barnens vårdbehov är betydelsen av skillnaden i personaltäthet svår att värdera. Enligt vår enkät var det visserligen inte några nämnvärda skillnader mellan privata och offentliga HVB för ensamkommande när det gäller andel som



uppgav att olika diagnoser eller problem förekom bland ett eller flera barn som var placerade på HVB-hemmet, men det kan likväl förekomma skillnader i vårdbehov bland de placerade barnen.

Den genomsnittliga dygnskostnaden i både privata och offentliga HVB för ensamkommande barn var cirka 1 900 kronor. Bland HVB för övriga barn och unga var dygnskostnaden högre i privata än i offentliga HVB. Vi kan dock inte dra några säkra slutsatser om den skillnaden, eftersom det är många offentliga HVB som inte har besvarat frågan om dygnskostnader, och det inte går att utesluta en skev selektion i det interna bortfallet på frågan.

När det gäller de kvalitetsbrister som har identifierats vid IVO:s tillsyn så är det ett förhållandevis lågt antal inspektioner som har inneburit att verksamheterna har fått någon anmärkning. Sammanlagt 261 av 3 445 inspektioner har lyft ett eller flera av de områden vi har analyserat. Anmärkningarna har framför allt rört områdena trygghet och säkerhet, personalens kompetens och barnens självbestämmande och integritet. Det var något fler inspektioner av privata HVB som innebar att brister gällande barnens självbestämmande och integritet uppmärksammades. I övrigt var det inga skillnader mellan verksamheter med olika regiform.

De uppgifter vår analys av kvalitetsskillnader bygger på har ett antal begränsningar. Uppgifterna om kostnader, personaltäthet och personalens utbildning bygger på självrapporterade uppgifter från vår enkätundersökning. Utöver att det är självrapporterade uppgifter, som inte är möjliga att bekräfta, var också undersökningens bortfall förhållandevis stort. Det kan vara så att det är mindre väl fungerande verksamheter, eller verksamheter med en viss inriktning, som i större utsträckning har valt att inte besvara enkäten, och att den därför ger en missvisande bild. Enligt vår bortfallsanalys är det något fler offentliga än privata verksamheter som har besvarat enkäten. I övrigt skiljer sig inte de som har svarat på enkäten från de som inte har svarat utifrån de uppgifter om verksamheterna som vi kan studera med hjälp av IVO:s omsorgsregister (se bilaga 2). Utöver självrapporterade uppgifter från verksamheterna har vi också använt oss av IVO:s bedömning av verksamheternas kvalitet. Ett problem med den bedömningen är dock att den inte säger något om hur det faktiskt går för barnen efter placeringen, vilket gör att skillnaderna mellan privata och offentliga HVB blir svåra att värdera.

Ytterligare en slutsats av vår kartläggning är att det är stora skillnader mellan HVB där alla barn är ensamkommande och övriga HVB. De förstnämnda erbjuder i mindre utsträckning olika utrednings- och behandlingsinsatser, har fler inskrivna barn i genomsnitt, lägre personaltäthet, större andel personal med enbart gymnasieutbildning eller högskoleutbildning med

annan inriktning än social inriktning, och fler anmärkningar vid tillsynen. Skillnaderna när det gäller identifierade förbättringsområden och brister vid tillsynen kan sannolikt delvis förklaras av att många av verksamheterna är nystartade offentliga HVB. Offentliga HVB behöver inte ansöka om tillstånd och behöver därmed inte redovisa rutiner för kvalitetssäkring och liknande i en tillståndsgivningsprocess. Det innebär att dessa nya verksamheter inte alltid har alla sina rutiner på plats. Skillnaden i personaltäthet kan möjligen vara rimlig utifrån det mindre inslaget av behandlingsinsatser och att gruppen ensamkommande barn som helhet har ett mindre behandlingsbehov. Det är möjligt att de ensamkommande barn som har ett behandlingsbehov är placerade på det vi kallar HVB för övriga barn och unga. I vår enkätundersökning var några av barnen ensamkommande i närmare hälften av de verksamheterna. Men samtidigt visar uppgifterna från vår enkät att olika psykiatriska diagnoser så som ångestsyndrom, PTSD, tvångssyndrom och depressioner, samt självskadebeteende och utåtagerande beteende, är förhållandevis vanligt förekommande på HVB där alla barn är ensamkommande. Verksamheterna beskriver också att många av barnen lider av sömnsvärigheter, stress, oro, ångest, nedstämdhet och otrygghet.





Övergripande slutsatser och rekommendationer

I det här kapitlet redogör vi för våra övergripande slutsatser utifrån kartläggningen och ger två huvudsakliga rekommendationer riktade till regeringen och till kommunerna.

6.1 FÖRUTSÄTTNINGARNA INOM DEN SOCIALA DYGN SVÅRDEN FÖR BARN OCH UNGA INNEBÄR RISKER FÖR BARNEN

Den sociala dygnsvården för barn och unga står inför flera utmaningar i arbetet med att säkerställa en trygg och säker vård med god kvalitet för de placerade barnen. Socialtjänsten har under en längre tid haft problem med hög personalomsättning och svårigheter att klara kompetensförsörjningen – problem som har ökat ytterligare under senare år. Det medför bland annat att risken för ofullständiga utredningar, både av barnens behov och av den som ska utföra vården, har ökat. Den höga personalomsättningen har också påverkat kontinuiteten och uppföljningen av dygnsvården. Sammantaget innebär det att flera barn riskerar att utsättas för skadliga miljöer och behov av omplaceringar.

Behovet av placering utanför hemmet är stort och barnen som placeras har mycket varierande behov. Många av de barn som placeras har en komplex problematik, med samtidiga psykosociala problem, psykisk och fysisk ohälsa och svårigheter i skolan. Samtidigt är många kommuner små och genomför få placeringar, vilket innebär att de har begränsade möjligheter att i egen regi ha ett så stort och brett utbud av HVB och familjehem att de kan möta behov av specialiserade insatser och tillgodose behovsökningar.

Under senare år har det ökade antalet ensamkommande flyktingbarn som

söker asyl i Sverige inneburit att den sociala dygnsvården har ökat i omfattning. Hösten 2015 var särskilt utmanande, då kommunerna behövde hitta lämpliga boendeanternativ till ett stort antal barn och unga på kort tid. Situationen innebar att de redan existerande problemen, med brist på familjehem och hög personalomsättning inom socialtjänsten, förstärktes. Det snabbt ökade behovet innebar också krav på hög flexibilitet hos kommunerna. Under den studerade perioden, det vill säga 2015–2016, har många kommuner startat nya HVB för ensamkommande, och många kommuner har i ökad omfattning använt konsulentverksamheter inom familjehemsvården.

6.2 KONSULENTVERKSAMHETERNA ANLITAS INTE ALLTID STRATEGISKT

Kärnan i konsulentverksamheternas erbjudande till kommunerna är rekrytering av familjehem i kombination med olika typer av handledning och stöd till familjehemmen. Tanken är att det utökade stödet till familjehemmen ska möjliggöra familjehemsplaceringar även för barn med mer omfattande behov. Ett mindre antal konsulentverksamheter erbjuder också ett utökat stöd till det placerade barnet, i form av olika stöd- och behandlingsinsatser. Många av de konsulentverksamheter vi har identifierat arbetar i huvudsak med placeringar av ensamkommande barn och unga. Det beror på att konsulentverksamheterna år 2015 fyllde en funktion i samhällets flyktingmottagande, genom att de rekryterade och förmedlade familjehem för ensamkommande flyktingbarn till kommunerna. Många kommuner menar att de utan konsulentverksamheter hade haft svårt att hitta så många familjehem som de hade behov av. Sammantaget tyder mycket på att konsulentverksamheter fyller viktiga funktioner i familjehemsvården, genom rekrytering av familjehem till kommunerna och genom att möjliggöra familjehemsplacering för barn och unga med stora eller särskilda behov. Samtidigt har vi i vår kartläggning gjort iakttagelser som tyder på att det finns betydande utvecklingspotential i hur kommunerna använder sig av konsulentverksamheterna.

6.2.1 Kommunerna har anlitat konsulentverksamheter även för barn utan särskilda behov

Vår kartläggning visar att många kommuner år 2015 anlidade konsulentverksamheter även vid placeringar av barn och unga utan behov som motiverar förstärkt stöd till familjehemmet. Det gäller särskilt för ensamkommande barn och unga. Trots det tycks det vara vanligt att kommunerna betalar för ett standardiserat paket av insatser bestående både av det rekryterade och

utredda familjehemmet och stöd- och handledningsinsatser. Det innebär att kommunerna i vissa fall betalar för tjänster som inte är motiverade utifrån barnens och familjehemmets behov. En bidragande orsak till att den situationen har uppstått är troligtvis att kommunerna haft små incitament att hålla kostnaderna nere, eftersom staten har ersatt kommunerna för familjehemsplaceringar av ensamkommande barn och unga.

Dygnskostnaden för vård i familjehem som förmedlas av konsulentverksamheter är högre än för vård i familjehem som anlitas direkt av kommunen, vilket kan vara motiverat i de fallen barnets behov och stödet till familjehemmet är mer omfattande och tjänsten håller hög kvalitet. Om den högre kostnaden är motiverad i förhållande till vårdens resultat har vi dock inte haft förutsättningar att bedöma. Utöver att konsulentverksamheterna ofta anlitas vid placeringar där det saknas behov av extra stöd så beskriver också flera kommuner att verksamheternas kvalitet varierar och att det stöd och den handledning som ges i vissa fall inte är mer omfattande än vad kommunen själv erbjuder.

6.2.2 Sättet att använda konsulentverksamheter kan skapa problematiska incitamentsstrukturer

Vår kartläggning visar att många konsulentverksamheter ger sina familjehem högre arvode och omkostnadsersättning än vad familjehem som anlitas direkt av kommunen får. Förutsatt att konsulentverksamheten fyller den tänkta funktionen får familjehemmet dessutom mer stöd och handledning. Eftersom kommunerna anlitar konsulentverksamheter även vid placeringar av barn utan särskilda behov är det möjligt att familjehemmen, genom att ansluta sig till en konsulentverksamhet, får mer betalt och mer stöd för att ta hand om barn med samma omsorgsbehov. Det kan på sikt skapa en situation där kommunerna får svårare att själva rekrytera familjehem.

6.2.3 Kommunernas kontroll och styrning av familjehemsvården har brustit

Ett problem som har lyfts i våra intervjuer är att konsulentverksamheterna kan sägas utgöra ett mellanled mellan socialtjänsten och familjehemmet, som kan försvåra kontroll och insyn. Socialnämnden har dock alltid ansvar för planering och uppföljning av vården, och ska genomföra en egen utredning av familjehemmet och ingå avtal med familjehemmet oavsett om en konsulentverksamhet är inblandad eller inte. I våra intervjuer framkommer emellertid



att situationen under hösten 2015 medförde att kommunerna inte alltid förmådde ta sitt ansvar fullt ut. Det förekom till exempel att man i alltför hög grad förlitade sig på konsulentverksamhetens utredning av familjehemmet. Det har i vissa fall medfört att barn har placerats i olämpliga och otrygga miljöer, vilket i kombination med en bristfällig uppföljning är särskilt problematiskt.

6.3 DET SAKNAS FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT BEDÖMA KVALITETEN I HVB- OCH FAMILJEHEMSVÅRDEN

6.3.1 Möjligheterna för systematisk uppföljning brister på alla nivåer

En övergripande slutsats är att förutsättningarna för att analysera och följa upp dygnsvården för barn och unga är bristfälliga på alla nivåer. På individnivå medför en pressad arbetssituation inom socialtjänsten att uppföljningen av det enskilda barnet ibland brister. Den lokala uppföljningen på gruppnivå, som kan ligga till grund för såväl förbättringsarbete och verksamhetsutveckling som strategisk styrning och ledning, brister också. Endast 10 procent av kommunerna uppger sig systematiskt följa upp insatserna i HVB och familjehem för att utveckla och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen 2016f). Hinder för en mer systematisk uppföljning på lokal nivå är bland annat bristfälliga IT-system.

På nationell nivå finns Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, som syftar till att belysa omfattningen av heldygnsplaceringar, och innehåller (begränsat med) uppgifter om barnen, antalet insatser och placeringsformer. När det gäller familjehem finns ingen nationell statistik. Uppgifter om HVB-hemmen finns i IVO:s omsorgsregister och i sammanställningar av tillsynsbeslut från de inspektioner som IVO har genomfört. Där finns det dock ingen koppling till de barn som är placerade på hemmen, och det går inte att säga något om hur det går för barnen efter avslutad placering. Det är därmed inte möjligt att fullt ut följa upp och bedöma vårdens kvalitet.

Det ökande antalet ensamkommande barn och unga har också inneburit att statistiken blir allt mer missvisande. Sedan 2013 inkluderar registret över insatser för barn och unga endast barn med fullständigt personnummer, vilket innebär att asylsökande ensamkommande barn som inte har fått uppehållstillstånd inte ingår i statistiken. Uppgifter om ensamkommande barn och unga inkluderas inte heller i uppgifterna om kostnader för den sociala dygnsvården, eftersom staten ersätter kommunerna för den vården. Det går alltså inte att samlat beskriva kostnaderna för den sociala dygnsvården.

Utöver att det saknas möjlighet att följa upp vårdens resultat så saknas också en gemensam bild av vad som är god kvalitet, bortsett från det som beskrivs i lagstiftningen. Det är oklart vilka barn som har nytta av institutionsvård och det finns begränsat med forskning om effekten av olika stöd- och behandlingsinsatser (Forte 2015). Sammantaget innebär det här att kunskapen och informationen om den sociala dygnsvården har allvarliga brister – det går inte att säga hur många barn som placeras, vad det kostar eller hur det går för dem.

6.3.2 Det är svårt att att bedöma kvalitetsskillnader när det saknas förutsättningar för att mäta kvalitet

Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att översiktligt beskriva eventuella skillnader i kvalitet mellan enskilt och kommunalt bedrivna HVB. Vi kan konstatera att privata och offentliga HVB i stor utsträckning är olika typer av verksamheter – där offentliga HVB främst har ensamkommande barn och unga som målgrupp, medan det gäller för ungefär hälften av de privata HVB-hemmen. Privata HVB för övriga barn och unga kännetecknas enligt vår enkätundersökning av att de i större utsträckning erbjuder hälsoundersökningar samt utrednings- och stödinsatser, jämfört med offentliga HVB för samma målgrupp. Om de privata och offentliga verksamheterna har olika kvalitet är dock svårt att uttala sig om utifrån de uppgifter som finns tillgängliga i dag. Samtidigt är möjligheten att definiera och mäta resultat en central förutsättning för att en tjänst ska vara lämplig för utkontraktering till privata aktörer. Givet att en så betydande del av vården i dag bedrivs av privata aktörer är det särskilt angeläget att utveckla bättre uppföljningsmöjligheter, som utgår från ett barnperspektiv.

6.4 REKOMMENDATIONER

► Regeringen bör vidta åtgärder för att stärka den långsiktiga styrningen av den sociala dygnsvården för barn och unga

Inom den sociala dygnsvården för barn och unga verkställs några av samhällets mest ingripande åtgärder, och de barn som placeras är utsatta på många sätt. Det gör att kraven på en god vård och omsorg bör ställas särskilt högt. Samtidigt har vi i vår kartläggning sett att förutsättningarna för en god vård och omsorg är bristfälliga i flera avseenden, vilket medför risker för de placerade barnen. För att säkerställa att barnen får en trygg



och säker vård av god kvalitet krävs långsiktiga och sammanhållna insatser på såväl kommunal, regional som statlig nivå. Vi bedömer därför att regeringen bör se över vad som kan göras för att stärka styrningen av den sociala dygnsvården för barn och unga.

Vår kartläggning har bland annat visat att situationen när det gäller kompetensförsörjning inom socialtjänsten innebär risker för barnen. Regeringen bör därför överväga åtgärder för att stärka kompetensförsörjningen på området. Exempel på tidigare åtgärder som föreslagits är bland annat fler yrkesförberedande moment i socionomernas grundutbildning och särskilda kompetenskrav för socionomer inom den sociala barn- och ungdomsvården (SKL 2015).

Vi har i vår kartläggning också konstaterat att det saknas viktiga underlag både för verksamhetsutveckling, strategisk styrning och ledning samt forskning och utveckling. Vi bedömer därför att det är angeläget att regeringen vidtar åtgärder för att stärka kunskapen och möjligheterna till uppföljning inom området. Vi menar, i likhet med vad som framförts i LVU-utredningen, att staten har en viktig roll för att främja, stödja och bidra till effektiva strukturer för kunskapsstyrning och systematisk uppföljning (SOU 2015:71 s. 964).

Flera olika aktörer har tidigare föreslagit olika sätt att förbättra möjligheterna att följa upp och analysera den sociala dygnsvården. Några förslag rör möjligheten att sammanfoga och utvidga existerande register. Exempelvis har Socialstyrelsen föreslagit att registret över insatser för barn och unga utökas med uppgifter om skäl till placering (Socialstyrelsen 2009b), och SKL har föreslagit att HVB-registret byggs ut med kommunernas uppföljning, Socialstyrelsens tillsyn (numera IVO:s) och utförarnas utvärderingar (SKL 2010). Det senare förslaget, i en något annorlunda form, har också nyligen framförts i en rapport till Expertgruppen för offentliga studier (ESO). Där föreslås att HVB-registret slås ihop med registret över insatser för barn och unga, och kompletteras med uppgifter om barnens bakgrund och problematik från BBIC samt en ny utvärderingsmodul om upplevd kvalitet i BBIC (Lindqvist 2014). Det finns också ett förslag att låta samtliga asylsökande i Sverige erhålla samordningsnummer (Skatteverket 2016), vilket skulle innebära att även asylsökande ensamkommande barn utan fullständigt personnummer kan inkluderas i Socialstyrelsens register över insatser. I LVU-utredningen framfördes även ett förslag om utarbetande av ett system för uppföljning av vård i familjehem och HVB (SOU 2015:71 s. 966).

Andra förslag rör kunskapsstyrningen av den sociala dygnsvården

för barn och unga. I LVU-utredningen gjordes bedömningen att det behövs ett program för forskning och utveckling om innehåll och kvalitet i samhällsvård för barn och unga, vilket utredningen menar ligger inom ramen för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds (Forte) möjligheter att ta fram (SOU 2015:71 s. 821). I LVU-utredningens delbetänkande föreslogs också ett nationellt kunskapscentrum för familjehemsvård, för att stödja och utveckla familjehemsvården och ge förutsättningar för kvalitetsutveckling på området (SOU 2014:3 s. 228).

I fråga om familjehemsvården har tidigare utredningar påpekat att det finns anledning för staten att ta ett större ansvar, till exempel i form av nationella informationskampanjer för att underlätta rekryteringen av familjehem (SOU 2014:3 s. 226–227) samt utökad statlig tillsyn (SOU 2014:3 s. 188) och kontroll av familjehemsvården (SOU 2014:3 s. 215). Delar av de förslagen har redan genomförts eller är under beredning.

Vår sammantagna bedömning är att regeringen behöver ta ett långsiktigt ansvar för att säkerställa en positiv utveckling av den sociala dygnsvården för barn och unga.

► *Kommunerna bör vidareutveckla strategier för att förstärka och följa upp familjehemsvården*

För att alla barn och unga som behöver placeras i familjehem ska kunna få sina behov tillgodosedda är det viktigt att kommunerna har tillgång till ett varierat och tillräckligt stort utbud av familjehem. Det är också angeläget att familjehemmen får det stöd de behöver för att kunna ge barnen en god omvårdnad.

Vår kartläggning har visat att flera kommuner har svårt att rekrytera familjehem, och många gånger har använt konsulentverksamheter som ett sätt att få tillgång till familjehem. När kommunerna anlitar konsulentverksamhet ertid placeringar av barn utansärs kilda behov innebär det att de vissa fall betalar för tjänster som varken barnet eller familjehemmet är i behov av. De i vissa fall omotiverat bättre villkor som erbjudits konsulentstödda familjehem kan också på sikt försvåra ytterligare för kommunerna att rekrytera egna familjehem. Vår sammantagna bedömning är att kommunerna behöver fortsätta utveckla sitt arbete med att rekrytera, utbilda och stödja familjehemmen, inte minst med hänsyn till att allt fler barn med särskilda behov placeras i familjehem.

Det finns kommuner som bedriver förstärkt familjehemsvård i egen regi eller i samverkan med andra, och ytterligare kommuner som har planer på



att starta upp egen förstärkt familjehemsvård. Det finns också exempel på kommuner som har valt att lägga mer resurser på rekrytering av familjehem, antingen i egen regi eller i samverkan med andra kommuner, för att inte behöva anlita konsulentverksamheter enbart för rekrytering. Valet mellan att rekrytera och förstärka familjehem i egen regi eller genom att anlita konsulentverksamheter bör bygga på en lokal analys av förutsättningarna och behoven. Om kommunerna anlitar konsulentverksamheter bör de se över hur de på bästa sätt upphandlar tjänsterna. Det finns flera exempel på kommuner som brutit upp konsulentverksamheternas standardiserade tjänstepaket vid upphandlingar och på det sättet minskat risken att betala för tjänster som barnet eller familjehemmet inte behöver.

Vår kartläggning har också visat att kommunernas kontroll och styrning av familjehemsvården i vissa fall har brustit. Det är angeläget att socialnämnderna fullföljer sitt ansvar för att själva utreda och ingå avtal med familjehemmen även i de fall då konsulentverksamheter anlitas, och att de följer upp vården med utgångspunkt från barnens önskemål och behov.



Referenser

- Arbetsmarknadsdepartementet (2016). *Ett nytt ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga*. Promemoria 2016-06-21. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet
- Backlund, Å., Eriksson, R., von Greiff, K. och Åkerlund, E-M. (2012). *Ensam och flyktingbarn – barnet och socialtjänsten om den första tiden i Sverige*. FoU Nordväst; FoU Nordost; FoU Södertörn.
- Barber, JP. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2009; 19(1):1–12.
- Bergmark, Å. och Lundström, T. (2005). En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, vol. 12, nr 2–3, s. 125–148.
- Borås stad (2016). *Stärk familjehemmen!* Förslag till beslut. Tjänsteskrivelse 2016-10-25, dnr 2015/SDNV0146.
- Çelikaksoy, A. och Wadensjö, E. (2015). *De ensamkommande flyktingbarnen och den svenska arbetsmarknaden*. SULCIS rapport 2015:2.
- Ds S 1981:17. *Det förstärkta familjehemmet*. Departementspromemoria.
- Erkers, H. (2014). Personalbrist i socialtjänsten drabbar barn som far illa. *DN Debatt*, 2014-11-27. <http://www.dn.se/debatt/personalbrist-i-socialtjansten-drabbar-barn-som-far-illa/> [2016-05-10].
- Forte (2015). *Forskning i korthet #4: Barn och unga i samhällets vård – Forskning om den sociala dygnsvården*. <http://forte.se/wp-content/uploads/2015/02/forskning-i-korthet-barn-och-unga-i-samhallets-varld.pdf>
- FOU Västernorrland (2016). *Utredning om länsgemensam familjehemsvård i Västernorrlands län*.

- Franzén, E., Vinnerljung, B och Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth. A national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38, 1043-1059.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2013a). *En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning? En granskning av vård- och omsorgspersonalens utbildning och metoder i HVB för barn och unga*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2013b). *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Tillsynsombud inte rätt väg att gå*. <http://access.edita.se/optimaker//interface//stream/mabstream.asp?filetype=1&orderlistmainid=5483&printfileid=5483&filex=8239562870185>. [2016-05-10].
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016). *Statistik ensamkommande barn*. <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/statistik/2016/ekb-statistik-161115.pdf>. [2016-11-15].
- Lagrådsremiss (2016). *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*, november 2016.
- Lindqvist, E. (2014). *Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem*. En rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) 2014:8. Stockholm: Finansdepartementet.
- Lundström, T. och Sallnäs, M. (2014). *Social barnavård under 30 år – mer av samma eller något nytt? I: Pettersson, U. (red.) Tre decennier med socialtjänstlagen. Utopi, vision, verklighet*. Gleerups.
- Länsstyrelsen Stockholm (2016). *Ensamkommande barn som försvinner – en nulägesanalys*. Stockholm: Länsstyrelsen.
- Mattsson, T. & Vinnerljung, B. (2016). *Barn i familjehem – förslag på åtgärder som skulle göra skillnad för samhällets mest utsatta*. SNS Förlag.
- Meagher, G., Lundström, T., Sallnäs, M. och Wiklund, S. (2015). *Big Business in a Thin Market: Understanding the Privatization of Residential Care for Children and Youth in Sweden*. Social Policy & Administration, vol. 50 nr 7.
- Migrationsverket (2016a). *Information om mottagande av ensamkommande barn, information på hemsidan*. [2016-11-14].
- Migrationsverket (2016b). *Statistik på hemsidan*. [2016-10-07].
- Migrationsverket (2016c). *Årsredovisning 2015*.

- Migrationsverket (2016d). *Är du gift? Utredning av handläggning av barn som är gifta när de söker skydd i Sverige.*
- Proposition 1979/80:1. *Om socialtjänsten.* Stockholm: Socialdepartementet
- Proposition 2005/06:46. *Mottagande av ensamkommande barn.* Stockholm: Utrikesdepartementet
- Proposition 2006/07:129. *Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2009/10:60. *Nyanlända invandrares arbetsmarknadsetablering – egenansvar med professionellt stöd.* Stockholm: Integrations- och jämställdhetsdepartementet.
- Proposition 2015/16:43. *Stödboende – en ny placeringsform för barn och unga.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Riksdagens revisorer (2002). *Familjehemsvården.* Rapport 2001/02:16. Stockholm: Riksdagens revisorer
- RFF – Riksförbundet för förstärkt familjehemsvård (2016). *Information från hemsidan* [2016-11-01].
- Rädda Barnen (2016). *Traumamedveten omsorg – teorin omsatt i praktiken.* Sundbyberg: Rädda Barnen
- Sallnäs, M. (2005). Vårdmarknad med svårigheter – om privata aktörer inom institutionsvården för barn och ungdomar. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 2–3 s. 226–245.
- Sallnäs, M. och Wiklund, S. (2015). *Konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen – om marknadssärdrag och statlig tillsyn, i Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete.* Red. Johansson, S., Dellgran, P. och Höjer, S.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2016). *Räkenskaps sammandraget.* Stockholm: SCB
- Skatteverket (2016). *Samordningsnummer till asylsökande.* Promemoria 2016-04-25. <https://www.skatteverket.se/download/18.361dc8c15312eff6fd11706/1461933374237/Samordningsnummer+till+asylsokande+PM+2016-04-25.pdf>. [2016-11-08]
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2010). *Upphandling och uppföljning av HVB.*
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2012). *Kartläggning om systematisk uppföljning av barn och unga i samhällsvård.* Slutversion februari 2012.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2015). *Stärkt skydd för barn och unga. Handlingsplan för den sociala barn och ungdomsvården.*
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2016a). *Barn och unga satsningen. Redovisning av 2015 års arbete.*

- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2016b). *Ersättningar vid familjehemsvård av barn, unga och vuxna, vårdnadsöverflyttningar m.m. för år 2016*. Cirkulär 15:37.
- SKL Kommentus (2016). *Upphandling Konsulentstöd familjehemsvård 2016*, 10298.
- Skoog, V. (2013). *Barn som flyttas i offentlig regi. En studie av förekomst och upplevelser av instabil samhällsvård för barn*. Umeå: Institutionen för socialt arbete
- Socialstyrelsen (2006). *Barn och unga i socialtjänsten – utreda, planera och följa upp beslutade insatser*.
- Socialstyrelsen (2007). *Tillsynsrapport SoS och länsstyrelserna 2007*.
- Socialstyrelsen (2009a). *Hem för vård eller boende för barn och unga. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008*.
- Socialstyrelsen (2009b). *Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Delredovisning*.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*.
- Socialstyrelsen (2012). *Barn och unga i familjehem och HVB. Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter*.
- Socialstyrelsen (2013a). *Ensamkommande barns och ungas behov – en kartläggning*.
- Socialstyrelsen (2013b). *Ett hem att växa i – familjehemmets bok – Grundutbildning för jour- och familjehem*.
- Socialstyrelsen (2013c). *Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn och ungdomar. Vägledning från Socialstyrelsen*.
- Socialstyrelsen (2014a). *BRAfam, en standardiserad bedömningsmetod för rekrytering av familjehem*.
- Socialstyrelsen (2014b). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*.
- Socialstyrelsen (2014c). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014*.
- Socialstyrelsen (2015a). *Nya bestämmelser för den sociala barn- och ungdomsvården. Uppföljning av 2013 års ändringar av SoL och LVU*.
- Socialstyrelsen (2015b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2015*.
- Socialstyrelsen (2016a). *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2016*.
- Socialstyrelsen (2016b). *Lägesbild av socialtjänstens arbete – februari 2016*.
<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/lagesbild-av-socialtjanstens-arbete-februari-2016.pdf>. [2016-10-11]

- Socialstyrelsen (2016c). *Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn – läget januari 2016*. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/socialtjanstens-arbete-med-ensamkommande-barn-laget-januari-2016.pdf>. [2016-10-11]
- Socialstyrelsen (2016d). *Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn – läget mars 2016*. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/lagesbild-av-socialtjanstens-arbete-mars-2016.pdf>. [2016-10-11]
- Socialstyrelsen (2016e). *Öppna jämförelser 2016. Social barn- och ungdomsvård. Guide för att tolka resultaten*.
- Socialstyrelsen (2016f). *Öppna jämförelser 2016. Barn- och ungdomsvård. Nationella resultat*.
- Socialstyrelsen och Skolverket (2013). *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar*.
- SOU 2005:81. Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén. *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2009:68. Barnskyddsutredningen. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2009:99. Utredningen om vanvård i den sociala barnvården. *Vanvård i social barnvård under 1900-talet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2011:9. *Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården*. Stockholm: Socialdepartementet
- SOU 2014:3. Utredningen om tvångsvård för barn och unga. *Boende utanför det egna hemmet, placeringsformer för barn och unga*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2015:71. Utredningen om tvångsvård för barn och unga. *Barn och ungas rätt till skydd och god vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stockholms stad (2009). *Barnuppdraget i Stockholms socialtjänst – BUSS. Slutrapport 2009*. Stockholm: Stockholm stad
- Vinnerljung, B. och Sallnäs, M. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child & Family Social Work* 9 (2), s. 141–152.
- Vision (2015). *Socialchefsrapport 2015 – Uppdrag välfärd. September 2015*. <http://mb.cision.com/Public/1167/9825520/9d91c46ffe584a29.pdf>. [2016-05-10]
- Wadensjö, E. (2015). *Presentation på SNS 2015-08-24*.
- Wiklund, S. (2006). Barnvårdsinsatser – en studie av kommunala skillnader. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 3 2006, s. 244–259



BILAGA 1 – REGERINGENS UPPDRAG TILL VÅRDANALYS

I den här bilagan beskriver vi vad regeringens uppdrag till Vårdanalys omfattade, samt kortfattat hur uppdraget har besvarats.

Regeringens frågor om verksamheter som bedriver konsulentstöd till jourhem och familjehem

Omfattningen av verksamhet med konsulentstöd uppdelat på driftsform

Vi uppskattar antalet konsulentverksamheter till omkring 300 stycken i augusti 2016. Drygt 90 procent av verksamheterna vi fann är privat-ägda företag. Under år 2015 hade 96 procent av kommunerna anlitat en konsulentverksamhet, och uppskattningsvis drygt 30 procent av alla vård dygn i familjehem kunde hänföras till konsulentstödda familjehem.

Utveckling över tid

Antalet konsulentverksamheter har utvecklats från ett 70-tal i början av 2000-talet till ett hundratal år 2013 och omkring 300 år 2016. 80 procent av kommunerna hade under perioden 2012–2015 ökat sin användning av konsulentverksamheter för ensamkommande barn och unga. För placeringar av barn i andra målgrupper hade 36 procent ökat sin användning av konsulentverksamheter under samma period.

Skäl för att kommunerna köper tjänster från verksamheterna

De huvudsakliga skäl som kan urskiljas är brist på egna familjehem eller andra placeringsalternativ samt att barnet har behov som motiverar extra stöd till familjehemmet. Under år 2015 var det vanligaste skälet till anlitaandet av konsulentverksamheter att kommunen saknade platser i andra alternativ. För ensamkommande barn var brist på andra alternativ det huvudsakliga skälet, för andra målgrupper var brist på egna familjehem och barnens behov ungefär lika viktiga orsaker.

Former för kommunernas köp av tjänster

När kommunerna köper familjehemsvård av en konsulentverksamhet betalar de en dygnsavgift för familjehemmet och konsulentverksamhetens olika stöd- och handledningsinsatser. Den huvudsakliga modellen är att konsulentverksamheten ersätter familjehemmet för uppdraget via dygnsavgiften. Många kommuner har ramavtal för konsulentstöd jour- och familjehemsvård men det är också vanligt med direktupphandling. Under 2015 förekom direktupphandlad vård i större utsträckning, eftersom platserna i ramavtalen inte räckte till. Kommunerna ska skriva avtal med familjehemmen även när en konsulentverksamhet anlitas, men i praktiken gör de inte alltid det.

Regeringens frågor om verksamheter som bedriver konsulentstöd till jourhem och familjehem

Innehåll i konsulentverksamheternas tjänsteutbud

I tjänsteutbudet ingår i nästan alla fall att konsulentverksamheten har rekryterat och utrett ett familjehem som de presenterar för kommunen. Det är vanligt att verksamheterna utbildar familjehemmet och att de på olika sätt avlastar socialtjänsten kring placeringen. Kärnan i konsulentverksamheternas tjänsteutbud är handledning och stöd till familjehemmet. Detta stöd består ofta av tillgänglighet på telefon dygnet runt, veckovisa eller månadsvisa besök i familjehemmet, stöd kring barnets kontakter med till exempel skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst, fortbildning under placeringstiden samt olika typer av avlastning för familjehemmet. Många verksamheter anlitas för olika typer av stöd för det placerade barnet, så som läxläsning, skolstöd och organiserade fritidsaktiviteter. Ungefär en tredjedel av verksamheterna utför på uppdrag av socialtjänsten psykosociala utrednings- och behandlingsinsatser i större delen av placeringarna och ungefär en tiondel utför psykiatriska utredningar och behandlingsinsatser till barnet i större delen av placeringarna.

Nästan alla verksamheter har barn placerade med stöd av SoL i sina familjehem, ungefär hälften har något barn placerat med stöd av LVU och ungefär en tiondel har något barn placerat med stöd av LSS. Totalt arbetar 90 procent med familjehem för stadigvarande placering, 80 procent med jourhem och 33 procent med behandlingsfamiljer. I hälften av verksamheterna var 75 procent eller mer av de placerade barnen ensamkommande barn och unga.

Kompetens och utbildningsbakgrund hos de verksamma

I de verksamheter som besvarade vår enkät arbetade strax under 700 konsulenter. Av dessa var ungefär 50 procent socionomer, 20 procent hade någon annan högskoleutbildning med social inriktning. Andelen socionomer varierade mellan verksamheterna, i 24 procent av verksamheterna var alla socionomer och i 17 procent var ingen av konsulenterna socionomer. Många verksamheter uppgav att det i deras personalgrupp fanns erfarenhet av att ha varit jour- eller familjehem. Det var också vanligt att det i personalgruppen fanns särskild språkkompetens eller kulturell kompetens och kompetens i psykosociala behandlingsmetoder. En stor andel av verksamheterna uppgav att de hade tillgång till psykiatrisk kompetens och annan hälso- och sjukvårdskompetens, men det vanligaste var då att de anlätade extern personal med sådan kompetens.

Kommunala kostnader för att anlita familjehem och jourhem som förmedlas av konsulentverksamheterna, i relation till vad som gäller för hem som anlitas direkt av en kommun utan förmedlingsinsats

Dygnsavgifterna för konsulentstödd vård var år 2015 strax under 2 000 kronor i genomsnitt. Det finns tecken på att dygnskostnaderna var ovanligt höga år 2015 till följd av kommunernas stora efterfrågan på familjehem. Ett sådant tecken är att dygnsavgifterna i flera fall var lägre i kommunernas ramavtal. Många av de kommuner vi intervjuade hade dessutom en bild av att dygnsavgifterna hade stigit under år 2015.

Konsulentverksamheterna vi undersökte fick uppge vilka dygnsavgifter de tog ut för de placeringar de hade den 1 september år 2016. Den genomsnittliga dygnsavgiften var 1 800 kronor, och 50 procent av verksamheterna tog ut en genomsnittlig dygnsavgift mellan drygt 1 500–2 000 kronor.

Tre fallstudier av kostnadsskillnaden mellan familjehemsvård utan konsulentstöd och familjehemsvård med konsulentstöd visar att den genomsnittliga kostnaden för både den egna och den konsulentstödda vården varierar mellan kommuner. Den genomsnittliga dygnskostnaden för konsulentstödd vård var 1,9–2,3 gånger högre i de tre undersökta kommunerna. Hur kostnadsskillnaden mellan egen och konsulentstödd vård kan värderas beror på omfattningen av och kvaliteten på de insatser konsulentverksamheterna utför, samt om den högre kostnaden leder till en högre grad av måluppfyllelse för det placerade barnet eller inte. Samtliga dessa komponenter är okända för oss och därmed saknas förutsättningar för en rättvisande kostnadsjämförelse.

Regeringens frågor om HVB i enskild regi i förhållande till HVB i kommunal regi

Nuläge och utveckling när det gäller volymen boenden samt antal och andel placerade flickor respektive pojkar

I mitten av 2000-talet utgjorde privata HVB 80 procent av alla HVB för barn och unga. År 2012 var 50 procent enskilda verksamheter, 7 procent entreprenader och 43 procent kommunala i egen regi. År 2016 var andelen verksamheter i privat regi (inklusive entreprenader) 48 procent.

Andelen barn som placeras i privata HVB har minskat från omkring 75 procent i början och mitten av 2000-talet till omkring 50 procent år 2013. Den 1:a november år 2000 var 756 barn (334 flickor och 422 pojkar) placerade i offentliga HVB och 2012 barn (784 flickor och 1 228 pojkar) i privata enligt Socialstyrelsens register över socialtjänstens insatser för barn och unga. År 2013 var motsvarande siffror 3679 (655 flickor och 3 024 pojkar) respektive 4 037 barn (1 084 flickor och 2 953 pojkar). Andelen av alla placerade flickor som är placerade på privata HVB har minskat från 70 till drygt 60 procent, medan motsvarande siffror för pojkar har minskat från omkring 75 till 50 procent.

Efter 2013 ingår inte alla placerade barn i registret eftersom registret då enbart inkluderar barn med fullständigt personnummer. Uppgifter om antal och andel pojkar och flickor som är placerade på privata och offentliga HVB blir därför missvisande.

I de HVB som inspekterades av IVO under första halvåret 2016 var andelen barn som var inskrivna i privata HVB 38 procent (cirka 4 000 barn var inskrivna i privata och cirka 6 400 barn i offentliga HVB). I de delar av rapporten som bygger på vår enkät till verksamheterna 2016 grupperar vi dem i HVB för ensamkommande barn och HVB för övriga barn och unga. Enkäten visar att 3–4 procent av de placerade barnen var flickor i både privata och offentliga HVB för ensamkommande barn och unga. I HVB för övriga barn och unga var andelen flickor 20 procent i privata HVB, jämfört med 45 procent i offentliga HVB för samma målgrupp.

Nuläget och utveckling när det gäller omfattningen av kommunernas köp av boendeplatser

Kommunernas kostnader för köp av HVB-vård från privata företag har ökat från närmare 1,8 miljarder år 2005 till 2,8 miljarder år 2015. Andelen av de totala kostnaderna för HVB-vården som utgörs av köp från privata företag har varit förhållandevis konstant under perioden, och legat på omkring 40 procent. I Räkenskapsundersökningens uppgifter om kommunernas kostnader ingår dock inte kostnaderna för HVB-vård för ensamkommande barn och unga.

Utbud

Vid drygt 90 procent av de offentliga HVB som har besvarat vår enkät är alla placerade barn ensamkommande. Motsvarande siffror för de privata HVB-hemmen är ungefär hälften. När privata och offentliga verksamheter jämförs inom kategorin HVB för övriga barn och unga visar vår analys att privata HVB i större utsträckning utför psykosociala utredningar, hälsoundersökningar, utredningar av kognitiva och intellektuella funktioner, neuropsykiatriska utredningar, andra psykiatriska utredningar, pedagogiska utredningar eller färdighetstester samt specialpedagogiskt stöd. Bland HVB för ensamkommande barn och unga är det en större andel offentliga än privata verksamheter som erbjuder missbruksutredningar.

Kompetens och utbildningsbakgrund hos de anställda

Vår undersökning visar att det finns en skillnad mellan privata och offentliga HVB för övriga barn och unga när det gäller personalens utbildning. Privata HVB för övriga barn och unga har en lägre andel personal med universitets- eller högskoleexamen med social inriktning än offentliga HVB för samma målgrupp. Privata HVB har istället en större andel personal med annan eftergymnasial utbildning (till exempel folkhögskoleutbildning eller yrkeshögskoleutbildning) med social inriktning. För HVB för ensamkommande barn och unga finner vi ingen skillnad i personalens utbildningsbakgrund mellan privata och offentliga verksamheter. Däremot är det en större andel privata HVB (80 procent) som uppger sig ha tillgång till kompetens i psykosociala behandlingsmetoder jämfört med offentliga HVB (70 procent) för samma målgrupp.

Regeringens frågor om HVB i enskild regi i förhållande till HVB i kommunal regi
Kvalitet i verksamheterna, inklusive frågor om trygghet och säkerhet

I vår analys av kvalitetsskillnader mellan privata och offentliga HVB har vi konstaterat att det är svårt att på ett bra sätt belysa kvalitet utifrån tillgängliga uppgifter om HVB-vården. De register som finns gör det inte möjligt att koppla ihop barn och verksamheter, och de saknar viktiga uppgifter om barnen. Dessutom saknas möjligheter att uttala sig om vårdens resultat, det vill säga hur det går för de placerade barnen. Överlag finner vi inga tydliga kvalitetsskillnader mellan privata och offentliga verksamheter när vi utgår från de uppgifter som idag finns tillgängliga från tillsyn samt vår enkätundersökning till verksamheterna själva.

Kostnader och avgifter förboendeplatser

Enligt uppgifter från vår enkät var den genomsnittliga kostnaden per vård dygn 1 900 kronor både för privata och offentliga HVB där alla barn var ensamkommande. För övriga HVB var den genomsnittliga kostnaden 3 600 kr per vård dygn i privata HVB och 3 000 kronor i offentliga HVB. Bland de privata HVB som besvarat enkäten hade majoriteten av verksamheterna en dygnskostnad mellan 2 985–4 000 kronor, jämfört med 2 100–3 500 kronor i de offentliga HVB-hemmen. Uppgifterna om dygnskostnader är dock något mer osäkra för de offentliga verksamheterna, eftersom det var fler offentliga HVB som inte besvarade denna fråga.

BILAGA 2 – METODBESKRIVNING

I den här bilagan redovisar vi de olika datakällor som kartläggningen bygger på och den metod vi har använt när vi har analyserat datakällorna. Redovisningen disponeras utifrån rapportens kapitel:

- Dygnsvårdens förutsättningar och målgrupper (kapitel 2 och 3)
- Konsulentstöd till familjehem (kapitel 4)
- Utbudet inom HVB-vården (kapitel 5)

Kartläggning och analys av dygnsvårdens förutsättningar och målgrupper

För att komplettera regeringsuppdragets frågor med relevant bakgrundsinformation genomförde vi först en övergripande kartläggning av den sociala dygnsvården för barn och unga. Därefter gjorde vi en mer detaljerad kartläggning av några centrala förutsättningar för dygnsvården och vårdens målgrupper. Den mer detaljerade kartläggningen rörde framför allt målgruppen ensamkommande barn och unga och inkluderar bland annat en uppskattning av gruppens bidrag till det totala antalet placerade barn och unga från och med år 2014.

Initial kartläggning av den sociala dygnsvården

Analysarbetet inleddes med en övergripande kartläggning för att belysa generella förutsättningar, förändringar och utmaningar inom den sociala dygnsvården för barn och unga. Kartläggningen inkluderade en litteraturgenomgång, intervjuer och framtagande av deskriptiv statistik. Vi intervjuade ett trettiotal socialsekreterare, socialchefer, IFO-chefer och enhetschefer eller motsvarande som arbetade med social dygnsvård för barn och unga, samt ett trettiotal experter och företrädare för utförare, brukare och andra intresseorganisationer. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick ifrån mer övergripande frågor om nuläge och förändringar över tid, hur arbetet inom de olika vårdformerna bedrivs samt vilka utvecklingsmöjligheter, utmaningar och konsekvenser man såg. Vi ställde även frågor om vilka förbättringsåtgärder man skulle vilja se. Deskriptiv statistik har samlats in från Socialstyrelsens *Register över insatser för barn och unga*, Rådet för främjande av kommunala analysers (RKA) databas *Kommun- och landstingsdatabasen* (Kolada), uppgifter från Statistiska centralbyråns (SCB) *Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting* och Migrationsverkets verksamhetsstatistik, prognoser och återsrapportering till regeringen om mottagande av ensamkommande barn.

Uppskattning av antalet placerade barn och unga från och med år 2014

Eftersom den nationella statistiken ger en begränsad bild av heldygnsvården har vi gjort en uppskattning av hur antalet placerade barn och unga har utvecklats från och med år 2014. År 2006 övertog kommunerna ansvaret för ensamkommande barn och unga, och insatser för ensamkommande barn inkluderas därefter i Socialstyrelsens statistik över socialtjänstens insatser till barn och unga. Ensamkommande barn som fortfarande är asylsökande har inget fullständigt personnummer. Fram till och med 2013 har Socialstyrelsen dock kunnat inkludera även barn utan fullständigt personnummer i statistiken genom manuella åtgärder. Efter 2013 har det inte längre varit möjligt, och därför ingår enbart barn och unga med fullständigt personnummer i statistiken från och med 2014. Ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd ingår i statistiken när de har fått ett personnummer. Däremot kan de inte särredovisas eftersom ensamkommande i dagsläget inte är en variabel i registret.

År 2013 genomförde Socialstyrelsen en studie där man skattade antalet ensamkommande 13–20 åringar som var placerade. Skattningen utgick ifrån att barn som var födda utanför Norden, inte var folkbokförda i Sverige året innan de placerades för första gången, inte hade några folkbokförda föräldrar i Sverige vid placeringen och saknade föräldrar vid placeringen var ensamkommande barn.

Baserat på Socialstyrelsens uppskattning av antalet placerade ensamkommande ungdomar, antalet placerade barn enligt *Registret över insatser för barn och unga* samt verksamhetsstatistik från Migrationsverket över asylsökande har vi gjort en uppskattning av det totala antalet placerade barn och unga från år 2014 och framåt. I vår uppskattning av antalet placerade barn 2014–2016 har vi delat in barnen i tre grupper: barn 0–12 år, ungdomar som inte är ensamkommande 13–20 år och ensamkommande ungdomar 13–20 år.

För att uppskatta hur många ensamkommande ungdomar i åldern 13–20 år som var placerade någon gång under 2014, 2015 och 2016 har vi utgått ifrån Socialstyrelsens skattning av antalet placerade ensamkommande ungdomar år 2013 och därefter adderat den årliga förändringen. Antalet placerade ensamkommande barn enligt beräkningsmodellen kan beskrivas som:

$$B_t = \sum_{\hat{a}=0}^{19} \sum_{k=0}^1 B_{\hat{a}tk}$$

Formeln ovan beskriver det beräknade totala antalet placerade ensamkommande vid ett givet år där t avser år, 00 är en given åldersgrupp (årsklasser) och k avser kön (två värden 0,1)

$$B_{\hat{a}tk} = B_{\hat{a}-1,t-1,k} + A_{\hat{a}tk} - \theta_{\hat{a}-1,t-1,k} - \delta_{\hat{a},tk}$$

Där:

- $B_{\hat{a}tk}$: Beräknat antal placerade ensamkommande barn och unga per år, åldersgrupp och kön
- $B_{\hat{a}-1,t-1,k}$: Beräknat antal placerade ensamkommande barn och unga föregående år, per motsvarande åldersgrupp (ett år yngre) föregående år samt kön
- $A_{\hat{a}tk}$: Antalet asylsökande per ålder och kön som tillkommit under året
- $\theta_{\hat{a}-1,t-1,k}$: Avgjorda asylärenden för ensamkommande barn där man kan förvänta sig att barnet lämnar en placering. I denna post ingår:
- avslagsbeslut
 - avvisade ansökningar (dublinöverföringar/avvisning till annat EU-land där personen har redan haft uppehållstillstånd)
 - avskrivna ärenden (personer som avviker eller tar tillbaka sin ansökan).
- $\delta_{\hat{a},tk}$: Antalet ensamkommande asylsökande barn och unga som är 18 år eller äldre vid årets början. Det finns många ensamkommande som stannar i sin placering även efter de fyllt 18. Vi har dock inga uppgifter om hur stor andel som bor kvar. I brist på information väljer vi därför ett försiktigt estimat, det vill säga att ingen bor kvar under året efter de fyllt 18.

För placerade ungdomar 13–20 år som ej är ensamkommande bygger uppskattningen på ett antagande om att antalet ökar i samma takt som under åren 2010–2013, vilket var en ökning med knappt en procent per år. För barn 0–12 år har vi utgått från Socialstyrelsens uppgifter om antalet placerade barn 0–12 år 2013 och adderat antalet ensamkommande barn 0–12 år utifrån vår beräkningsmodell som beskrivit ovan.

Analys av uppskattningens tillförlitlighet

För att analysera tillförlitligheten i vår uppskattning har vi jämfört skattningen av antalet placerade barn med alternativa skattningar. För ensamkommande barn och unga 13–20 år har vi jämfört med en alternativ skattning som utgår från en lägstanivå av antalet placerade ensamkommande, vilket vi har gjort genom att skriva fram antalet placerade ensamkommande med förändringen av antalet asylsökande. För barn 0–12 år har vi jämfört med en alternativ skattning baserad på att antalet placerade barn i gruppen ökar i samma takt som under åren 2010–2013, vilket var med drygt 6 procent per år. Analyserna visar att våra skattningar inte skiljer sig nämnvärt från dessa alternativa skattningar.

Kartläggning och analys av konsulentverksamheter

För konsulentverksamheterna finns inget offentligt register och det finns därför ingen tillgänglig statistik som beskriver verksamheterna. För att kartlägga konsulentverksamheterna och kommunernas anlitande av dem har vi studerat tidigare utredningar, skickat en enkät till kommunerna, intervjuat personal i socialtjänsten, uppskattat antalet konsulentverksamheter och genomfört en enkätundersökning riktad till de konsulentverksamheter vi har identifierat. Vi har också samlat in uppgifter från tre kommuner om deras kostnader för kommunal respektive konsulentstött familjehemsvård, studerat ramavtal för konsulentstött vård och genomfört tre studiebesök i kommuner för ökad förståelse för arbetet med familjehemsplaceringar och variationen mellan olika kommuner.

Enkät till kommunerna om deras anlitande av konsulentverksamheter

Vårdanalys genomförde under våren 2016 en enkätstudie som riktades till Sveriges samtliga kommuner. Undersökningen syftade till att utreda varför och i vilken omfattning kommuner väljer att använda sig av konsulentverksamheter vid placering av barn i familjehem och hur utvecklingen har sett ut de senaste åren. Enkäten bestod av två delar. I den första delen frågade vi om kommunen

har anlitat konsulentverksamheter under 2015 för antingen ensamkommande eller övriga barn och unga, varför man anlidade konsulentverksamheter och hur kommunens användande av konsulentverksamheter utvecklats under perioden 2012–2015. I den andra delen bad vi om mer detaljerade uppgifter om antalet vård dygn i konsulentstödda familjehem under åren 2012 och 2015 samt kommunernas kostnader för anlita ndet av konsulentverksamheter. Enkäten finns tillgänglig på www.vardanalys.se. De uppgifter vi bad om i enkätens andra del var på en högre detaljnivå och mer krävande för kommunerna att svara på. Därför var det fler kommuner som avstod från att svara på den andra delen av enkäten.

Tabell. Antal och andel svarande på kommunenkätens olika delar.

	Antal svarande	Svarsfrekvens
Del 1 – Kommunernas användning av konsulentverksamheter samt förändring i tid	211 / 319*	66 %
Del 2 – Uppgifter om kostnad och volym för anlita nde av konsulentverksamheter	110 / 319*	34 % **

* Det totala antalet uppgick till 319 eftersom de tre storstädernas stadsdelar tillfrågades separat.

** Förutom det totala bortfallet för enkätens del 2 finns ett internt bortfall på vissa frågor eftersom alla kommuner inte kunnat få fram alla uppgifter.

Om bortfallet

Efter enkätens sista svarsdatum genomförde vi en bortfallsanalys. Analysen bestod av att vi kontaktade kommuner som inte svarat på enkäten och frågade om de anlitat konsulentverksamheter inom familjehemsvården under år 2015. Av de 108 kommuner eller stadsdelar som inte besvarat enkäten var det cirka hälften som svarade på vår fråga, och av dem var det drygt 90 procent som uppgav att de anlitat konsulentverksamheter för sina familjehemsplaceringar under 2015. Det är ungefär lika stor andel som bland de kommuner som svarat på enkäten. Vi drar därför slutsatsen att vårt resultat är representativt med avseende på andelen kommuner som anlitat konsulentverksamheter.

Intervjuer med socialtjänstpersonal

För att komplettera kommunenkäten genomförde vi 30 intervjuer med personer inom kommunernas socialtjänst som kunde svara på följdfrågor om deras anlita nde av konsulentverksamheter. Kommunerna som kontaktades valdes ut för att få en spridning i kommunstorlek, geografi och omfattning av konsulentstödd familjehemsvård. I vissa fall intervjuades den som hade

besvarat enkäten och i andra fall intervjuades någon annan person som bedömdes lämpligare att svara på följdfrågor. De flesta var enhets- eller områdeschefer inom kommunernas placeringsverksamhet och några var socialsekreterare. Det huvudsakliga syftet med intervjuerna var att få mer detaljerad information om konsulentverksamheternas tjänster, formerna för kommunernas köp och konsulentverksamheternas funktion. Vi bad också dem vi intervjuade att bedöma kostnaden för konsulentstödd vård i jämförelse med kommunal familjehemsvård, konsulenternas främsta bidrag till familjehemsvården och eventuella problem med konsulentverksamheter. Intervjuerna genomfördes per telefon och varje intervju varade i omkring 30 minuter. Vi använde en intervjuguide med frågor som ställdes till alla intervjuade personer. Vi ställde också följdfrågor till vissa intervjupersoner för att fördjupa förståelsen för vad konsulentverksamheterna gör och varför de anlitas. De frågor som ställdes till alla som intervjuades redovisas nedan.

Intervjuguide

- När ni köper konsulentstödd familjehemsvård, vilka tjänster brukar då ingå? (*Eventuellt förtydligande: vad är det ni betalar för?*)
- Vem utreder familjehemmen, ni eller konsulenten?
- Vem utbildar familjehemmen, ni eller konsulenten?
- Anpassas de tjänster som köps till det enskilda barnet eller brukar det vara ett paket med insatser?
- Hur går det till när ni upphandlar dessa tjänster?
- Har ni ramavtal eller är det direktupphandling?
- Skriver ni avtal direkt med familjehemmet, med konsulenten eller med både familjehem och konsulent?
- Hur bedömer du kostnaden för konsulentstödd familjehemsvård jämfört med egen familjehemsvård?
- Har ni gjort någon analys av kostnaden jämfört med egen familjehemsvård?
- Vet du om de konsulentstödda familjehemmen får mer betalt för uppdraget än vad kommunens egna familjehem får?
- Vilka är enligt din mening konsulentföretagens främsta bidrag till barn- och ungdomsvården?
- Finns det enligt din mening några problem med konsulentföretagen?
- Hur bedömer du att er användning av konsulentstödd familjehemsvård kommer att utvecklas framöver?
- Har du något övrigt du vill tillägga i fråga om konsulentstödd familjehemsvård som kan vara viktigt i vår fortsatta analys?
- Var det några problem med att svara på enkäten?

Uppskattning av antalet konsulentverksamheter

För att uppskatta antalet konsulentverksamheter genomförde vi ett antal olika steg:

1. Vi frågade kommunerna i kommunenkäten vilka verksamheter de hade köpt konsulentstött vård av år 2015 och bad om namn och organisationsnummer till de verksamheterna.
2. Vi sammanställde namn på alla konsulentverksamheter som annonserade på www.allafamiljehem.se och www.hvbguiden.se i augusti 2016.
3. Steg 1 och 2 gav en bruttolista på 376 verksamheter. Vi behövde därefter undersöka om verksamheterna var aktiva 2016 och hitta kontaktuppgifter till dem för att kunna skicka vår enkät.
4. Vi undersökte om de 376 verksamheterna var aktiva i augusti 2016 genom att söka upp deras hemsida, e-postadress och organisationsnummer. Om vi inte hittade en hemsida eller ett organisationsnummer sökte vi på företagets namn på www.allabolag.se. Vi hittade sammanlagt 354 organisationsnummer och 360 e-postadresser.
5. Av de 354 organisationsnummer vi hittade kunde ett antal hänföras till samma företag eller koncern. Genom hemsidor och företagsnamn matchade vi enheter med koncerner. Listan krympte då till 347 verksamheter där vi hade både namn och organisationsnummer.
6. Av de 347 verksamheterna med namn och organisationsnummer hittade vi e-postadress till 323. De blev våra enkätresponder.
7. Av de 323 verksamheterna var det 85 som svarade på enkäten. Av de 238 verksamheter som inte hade svarat på enkäten efter två påminnelser hittade vi telefonnummer till 219. Tillsammans med de som svarat på enkäten är det alltså 304 verksamheter vars existens vi kunnat bekräfta genom enkätsvar eller uppgifter om telefonnummer.

Av ovanstående drar vi slutsatsen att antalet verksamheter med stor sannolikhet ligger någonstans mellan 300 och 400 hösten 2016. I november 2016 annonserar 329 verksamheter på www.allafamiljehem.se. Med hänvisning till den snabba omsättningen i branschen och eftersom efterfrågan på tjänster kan antas ha varit extra stor 2015 väljer vi att göra en försiktig bedömning och uppskattar antalet konsulentverksamheter till 300 hösten 2016.

Enkät till konsulentverksamheter

För att kunna beskriva konsulentverksamheternas tjänsteutbud skickade vi en enkät till verksamheterna. Enkätens frågor utformades med utgångspunkt i våra kommunintervjuer och tidigare utredningar av konsulentverksamheter och stämdes av med SKL och en konsulentverksamhet innan utskick. Enkäten skickades som webbenkät under september månad 2016. Enkäten finns tillgänglig på www.vardanalys.se.

Totalt skickades enkäten till 323 verksamheter, det vill säga samtliga verksamheter som vi hittat en e-postadress till i vår kartläggning av verksamheterna, se ovan. Efter två påminnelser hade 85 verksamheter besvarat enkäten. För att få in fler svar och för att kunna undersöka bortfallet ringde vi upp alla verksamheter som inte hade besvarat enkäten och vars telefonnummer vi kunde hitta. Av de 238 verksamheter som inte hade svarat på enkäten fick vi kontakt med 147. 95 av dessa verksamheter menade att de inte hade fått enkäten. En tänkbar förklaring är att enkäten fastnat i e-postfilter. Av dessa uppgav 52 att e-postadressen var felaktig eller inaktuell. 21 av de 147 verksamheter som vi fick kontakt med avböjde dialog med oss. 12 av dessa angav att verksamheten var nedlagd, inte hade startat än eller att de inte bedrev konsulentverksamhet alls. Resterande 9 angav som skäl att det inte fanns tid att besvara enkäten eller att de blivit uppköpta av ett annat företag.

Efter genomförd rundringning hade 130 verksamheter besvarat enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen blev 40 procent. Svarsfrekvensen är dock något underskattad eftersom vi vet att en del av verksamheterna vi skickat enkäten till hade lagt ner eller inte startat sin verksamhet. Vi har kännedom om 12 sådana fall och vi kan misstänka att nedlagda verksamheter även fanns bland de verksamheter vi inte fick kontakt med.

Om bortfallet

Eftersom vi saknar central information om konsulentverksamheterna har vi svårt att bedöma hur bortfallet påverkar generaliserbarheten i de resultat vi redovisar. Efter enkätens sista svarsdatum gjorde vi en rundringning till verksamheterna som inte svarat på enkäten och vars telefonnummer vi kunde hitta (se ovan). De verksamheter vi fick kontakt med tillfrågades om de hade fått enkäten eller inte och om de kunde tänka sig att besvara den. Till de som inte kunde eller ville besvara enkäten ställde vi två frågor: 1) hur stor andel av deras placerade barn och unga som var ensamkommande och 2) hur stor del av deras placeringar som innehöll behandlingsinsatser. Större delen av de verksamheter vi fick kontakt med menade att de inte hade fått enkäten och de flesta sade sig vara villiga att besvara enkäten om vi skickade den på

nytt. Några meddelade att de inte längre bedrev verksamhet eller ännu inte hade startat sin verksamhet. 21 av de 147 verksamheter som vi fick kontakt med avböjde dialog och ytterligare 10 ville eller kunde inte besvara enkäten. Därför har vi ett för litet underlag för att bedöma bortfallet med hjälp av våra frågor. Det gör, tillsammans med att vi inte har något register eller någon annan information om populationen att jämföra svaren mot, att vi har svårt att bedöma bortfallets betydelse.

För att bättre förstå vilka risker för skevhet som kan finnas i vårt material har vi analyserat hur verksamheterna som svarade på enkäten före respektive efter rundringning skiljde sig åt i några avseenden.

Tabell. Genomsnittligt antal barn, andel ensamkommande och dygnskostnad i verksamheter som svarade innan respektive efter enkätens sista svarsdatum.

	Svarade innan sista svarsdatum	Svarade efter sista datum	Differens
Genomsnittligt antal barn	16.1	39.5	23.4*
Andel ensamkommande	52 %	62 %	10 %
Genomsnittlig dygnskostnad	2174	1582	592*

* Skillnaden är signifikant på 5 procentsnivån.

I tabellen ser vi att verksamheter vi fångade upp i den andra omgången hade markant fler placerade barn i genomsnitt samt lägre genomsnittliga dygnskostnader än de verksamheter som svarat i ett första skede. Det visar att vårt material bör tolkas med viss försiktighet då det kan finnas en risk att de som svarat på enkäten inte är representativa för alla konsulentverksamheter.

Fallstudier om kostnader

För att jämföra kostnader för konsulentstödd familjehemsvård med kostnader för familjehem som anlitas direkt av kommunen bad vi tre kommuner att jämföra sina kostnader för det under 2016. Vi valde ut kommunerna främst utifrån antal placeringar och andelen konsulentstödd verksamhet. Kommunerna ombads räkna ut sina kostnader enligt modellen nedan. De tre fallstudierna är exempel och illustrerar variationen i kommunernas kostnader för familjehemsvård. De bekräftar att konsulentstödd vård är betydligt mer kostsam än familjehemsvård i egen regi men de absoluta nivåerna bör inte betraktas som representativa för samtliga kommuner.

Uppgifter som efterfrågades av fallstudiekommunerna

Genomsnittlig årskostnad för en egen familjehemsplacering	Räkna med ersättningar till familjehemmet, personalkostnad för en helårsplacering, kostnader för eventuella externa stöd- eller utbildningsinsatser och eventuella andra OH-kostnader för en helårsplacering, kostnader för kommunsamverkan per placering. Beskriv gärna hur ni har räknat.
Genomsnittlig årskostnad för en konsulentstött familjehemsplacering	Räkna här endast med den genomsnittliga dygnskostnad som ni betalar för en konsulentstött placering.
Kommunens kostnad för en konsulentstött placering utöver ersättningen till konsumenten	Här tänker vi främst på personaltimmar som läggs på att hantera en konsulentstött placering som pågår i ett år. Uppskatta efter bästa förmåga och beskriv vad som räknats med.
Statistik om familjehemsverksamheten	Antal jour och familjehem med avtal 1 september - varav egna familjehem - varav konsulentstödda Antal barn i jour- och familjehem 1 september - varav i egna familjehem - varav i konsulentstödda Antal familjehemssekreterare 1 sep

Kartläggning och analys av HVB för barn och unga

För att analysera skillnader mellan privata och offentliga HVB för barn och unga har vi utgått från de uppgifter som är möjliga att dela in efter regiform. Eftersom HVB som har ensamkommande barn och unga som målgrupp på många sätt skiljer sig från HVB som har övriga barn och unga som målgrupp har vi, i möjligaste mån, jämfört privata och offentliga HVB inom de två målgruppskategorierna. Analysen bygger i huvudsak på två delstudier: en analys av uppgifter som samlats in vid IVO:s tillsyn av verksamheterna och Vårdanalys enkätundersökning av landets HVB-verksamheter för barn och unga. De två delstudierna beskrivs närmare nedan.

Analys av tillsynsuppgifter

IVO ansvarar för den statliga tillsynen av alla HVB vilket innebär att de bland annat granskar att vården och omsorgen är säker, har god kvalitet och uppfyller övriga krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Efter en inspektion upprättas ett tillsynsbeslut. Beslutet kan innebära att man inte har någon anmärkning, identifierar ett eller flera förbättringsområden, identifierar en eller flera brister, eller identifierar en eller flera brister och ställer krav på åtgärd. Efter genomförd tillsyn fyller IVO:s inspektörer i en enkät som sammanfattar inspektionen och beslutet. Vi har sammanställt uppgifter från de enkäter som registrerats i IVO:s enkätssystem 2014, 2015 och 2016 till och med september.

Tabell. Antalet inspektioner som ligger till grund för analysen av tillsynsuppgifter.

	2014	2015	2016	Summa
Offentlig	537	664	405	1 606
Privat	718	655	409	1 782
Okänd		57		57
Summa	1 255	1 376	814	3 445

Både 2014 och 2015 inspekterades befintliga HVB vid minst två tillfällen, medan det under 2016 var fråga om minst ett tillfälle. Ett och samma HVB kan alltså, beroende på när verksamheten startade, ha inspekterats vid sammanlagt fem tillfällen eller mer. Men det finns också HVB som har inspekterats betydligt färre gånger. I analysen av skillnader mellan privata och offentliga verksamheter tar vi hänsyn till om verksamheten är nystartad eller inte.

Analys

För att kartlägga och analysera eventuella skillnader i kvalitet mellan privata och offentliga verksamheter har vi från tillsynsenkäten valt ut de frågor vi uppfattar vara de mest relevanta för att belysa verksamhetens kvalitet. Vi har sedan kategoriserat frågorna i mer övergripande områden, där varje område bygger på en eller flera av frågorna i enkäten. Områdena är:

- verksamheternas metoder och arbetssätt
- personalens utbildning och kompetens
- stöd och samverkan med hälso- och sjukvård respektive skola
- barnens trygghet och säkerhet (säkerhetsrutiner, bemanning)
- barnens självbestämmande och integritet (begränsningsåtgärder, delaktighet, bemötande).

Vi har sedan jämfört antal inspektioner av privata verksamheter med antal inspektioner av offentliga verksamheter som inneburit att verksamheten har fått någon form av anmärkning inom respektive område och för ett eller flera av områdena sammantaget. För att belägga om skillnader mellan verksamheter med olika regiform är att betrakta som signifikanta har vi använt en logistisk regressionsmodell som inkluderade följande variabler:

- Regiform (privat/offentlig)
- Målgrupp (ensamkommande/övriga barn och unga)
- Ny verksamhet (nystartad/ej nystartad)
- Typ av tillsyn (anmäld/oanmäld)

Vi har valt att inte redovisa R2-värden för modellerna då dessa har haft liten betydelse för tolkningen av resultatet. Beräknade "pseudo R2"-värden har generellt legat mellan 0.03–0.15 i modeller med signifikanta estimat. Det kan förklaras av att det varit väldigt få tillsyner som lett till någon anmärkning.

Enkät till HVB-verksamheter

För att kartlägga HVB-verksamheternas tjänsteutbud och personal genomförde vi en enkätundersökning under september månad 2016. Enkätfrågorna utformades med utgångspunkt i tidigare studier av HVB-verksamheters utbud, föreskrifter om verksamheten och studier av verksamheternas hemsidor. Frågorna stämades av med SKL och testades på en verksamhet innan utskick. Enkäten finns tillgänglig på www.vardanalys.se.

Urvalet för HVB-enkäten var samtliga HVB för barn och unga som fanns i IVO:s Omsorgsregister i augusti 2016 och som hade en e-postadress. Registret beskrivs av IVO som i huvudsak uppdaterat, men det kan likväl finnas vissa felaktigheter, till exempel i form av verksamheter som är nedlagda. De flesta HVB i registret har en namngiven kontaktperson och en e-postadress. I en del fall, särskilt för kommunala HVB, kunde samma kontaktperson och e-postadress finnas listad för upp till åtta HVB-verksamheter. För att inte en och samma person skulle behöva besvara ett stort antal enkäter valde vi att göra ett urval som innebar att en och samma kontaktperson behövde svara på max tre enkäter. Genom detta urval täckte vi in 1 910 av 2 087 HVB-verksamheter.

Undersökningen genomfördes som en webbenkät och kompletterades med en dialoginsats där ett urval av de verksamheter som inte besvarat enkäten kontaktades per telefon. Efter två påminnelser och genomförd dialoginsats hade vi fått in totalt 711 svar, vilket motsvarade 36 procent av de 1 910 verksamheter vi skickade enkäten till. Svarsfrekvensen är dock något underskattad eftersom flera HVB som i IVO:s register var listade som separata verksamheter betraktades som en och samma verksamhet av respondenterna. I flera fall skickade våra respondenter in en enkät som i praktiken avsåg flera verksamheter i registret.

Utöver problemet med vad som är att betrakta som en verksamhet så överensstämde i vissa fall inte heller namnen på HVB-verksamheten i registret med de namn som tillämpades i kommunerna. Det var också flera av våra respondenter som inte själva visste vilka HVB de stod listade som kontaktpersoner för. Vår rundringning visade också att en del enkäter fastnat i e-postfilter hos respondenten. Sammantaget kantades enkätundersökningen av tekniska och praktiska svårigheter som kan antas ha lett till något lägre svarsfrekvens än vad vi annars kunnat räkna med.

Analys

För att jämföra privata och offentliga HVB genomförde vi parvisa jämförelser inom grupperna HVB för ensamkommande och HVB för övriga barn och unga. Vi använde t-tester för parvisa skillnader i proportioner för att belägga om skillnaderna mellan privata och offentliga HVB var signifikanta. I resultatredovisningen har vi valt att redovisa resultat som är signifikanta på femprocentsnivån.

Om bortfallet

För att bedöma om de verksamheter som har svarat på enkäten skiljer sig från de som inte har svarat har vi genomfört en bortfallsanalys. Analysen bygger på uppgifter om verksamheterna från IVO:s omsorgsregister. Registret innehåller bland annat uppgifter om verksamheternas inriktning och målgrupp, i form av sökord i registret. Samma verksamhet kan ha flera olika sökord. I sammanställningen nedan ser vi att de verksamheter som svarat på enkäten inte avsevärt skiljer sig från de som inte svarat på enkäten. Det är något fler offentliga än privata verksamheter som har svarat på enkäten och några fler i region sydost och färre i region öst.

Tabell. Fördelningen på driftsform, inriktning och region i Omsorgsregistret i augusti år 2016 för verksamheter som ingick i urvalet. Observera att en och samma verksamhet kan ha flera sökord.

	Andel bland svarande, %	Andel bland ej svarande, %	Skillnad, %
Driftsform			
Offentlig (övriga räknas som privata)	58	52	6*
Verksamhetsinriktning (sökord)			
Ensamkommande	80	78	2
Vård/behandling	34	39	4
Neuropsykiatrisk störning	4	4	0
Psykisk störning	4	4	0
Region			
Mitt	24	21	3
Nord	13	14	1
Syd	18	16	2
Sydväst	19	23	4
Sydöst	15	11	5*
Öst	11	15	4*

* Skillnaderna är signifikanta på 5-procentsnivån.

Hittar vi hem?

En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga

Ett ökande antal barn och unga placeras i familjehem och HVB. Dessa barn är på många sätt samhällets mest utsatta. Samtidigt saknas i flera avseenden kunskap om verksamheterna inom heldygnsvården för barn och unga. Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att ta fram information om verksamheter som erbjuder konsultstöd till familjehem och om skillnader mellan privata och offentliga HVB-verksamheter. Rapporten besvarar regeringens frågor och visar därutöver på behovet av en långsiktig strategisk styrning av den sociala dygnsvården på såväl nationell och regional som lokal nivå.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

