

Barn och ungdomar i samhällsvård – en social rapport

UPPSALA KOMMUN, KONTORET FÖR BARN, UNGDOM OCH ARBETSMARKNAD

LARS NELANDER



Innehållsförteckning

Förord	2
Barn och ungdomar i social dygnsvård och öppenvård	4
<i>Omfattning och kostnader</i>	4
<i>Orsaker till att barn och ungdomar hamnar på HVB-institutioner och i familjehem</i>	6
<i>Insatsutbud och vårdmarknad</i>	8
Kvalitetskrav, resultat och effekter	12
<i>Vad vet vi om resultat och effekter?</i>	14
Uppsala kommun	22
<i>Intervjuer med socialsekreterare inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg</i>	22
<i>En studie av akter om barn och unga i dygnsvård</i>	32
<i>Omfattning och kostnader</i>	34
Utvecklingsförutsättningar	37
<i>Förändringar av organisationer och styrsystem</i>	37
<i>Vad kan vi lära av forskningen?</i>	40
Diskussion och slutsatser	43
<i>Utvecklingsförutsättningar och utvecklingsområden</i>	44
Termer och begrepp	51
Referensförteckning	56
Bilaga	60

Förord

DENNA RAPPORT ÄR ett led i ett långsiktigt utvecklingsarbete som genomförs på uppdrag av Socialnämnden för barn och unga (SBN) i Uppsala. Syftet är att få bättre kunskaper om de vård- och behandlingsinsatser som genomförs och hur de ekonomiska resurserna används.

En bakgrund är att de distriktsnämnder som åren 2003 – 2006 var ansvariga för beslut om vård- och behandlingsinsatser för barn och unga, drogs med ekonomiska underskott. År 2004 påbörjades därför ett arbete med att undersöka resultatet av insatser och placeringar. Flera genomförda uppföljningar och utvärderingar som sedan genomfördes visade att det också finns behov av att se över handläggningsrutiner, orsaker till att barn och ungdomar ofta omplaceras och att undersöka effekterna av vård- och behandlingsinsatser.

Den 1 januari 2007 ersattes de fem distriktsnämnderna av Socialnämnden för barn och unga som därmed övertog ansvaret för det pågående utvecklingsarbetet och att verkställa det uppdrag nämnden fått från Kommunfullmäktige ”att utvärdera de behandlingsmetoder som kommunen tillämpar vid placering av unga”.

I januari samma år påbörjades ett utvärderingsprojekt bestående av tre delar. Den första handlar om utvärdering av genomförda placeringar på hem för vård eller boende.

Den andra om utvärdering av avslutade insatser i öppenvård. Den tredje är det som föreliggande rapport handlar om, att beskriva bakomliggande förutsättningar på nationell och lokal nivå för att uppnå goda vård- och behandlingsresultat och ge en bild av kunskapsläget på området. Rapporten är tänkt som en kunskapsöversikt, ett diskussionsunderlag och underlag för det fortsatta arbetet med att förbättra vård- och behandlingsinsatserna för barn och unga i Uppsala.

Jag vill särskilt tacka Rosa Haraldsson som följt tillkomsten av rapporten i alla dess stadier, gett många kloka råd och varit en tålmodig och noggrann provläsare. Jag vill också tacka Yvonne Schantz, Jan Holmlund, Yvonne Flambe och Ewa Ben Ouali som alla gett värdefulla synpunkter på språk och innehåll. Ett tack också till Gunvor Andersson, professor i socialt arbete vid Lunds universitet, som gjort en vetenskaplig granskning av rapporten.

UPPSALA I JANUARI 2008

Lars Nelander

Barn och ungdomar i social dygnsvård och i öppenvård

DETTA KAPITEL REDOGÖR för kostnaderna för och omfattningen av institutionsplaceringar, familjehemsvård och öppenvård. Därefter beskrivs sociala och ekonomiska förhållanden som kan bidra till att barn och unga vårdas utanför det egna hemmet. Slutligen beskrivs institutions- och familjehemsvårdens och öppenvårdens utveckling under senare år och något om vad som kännetecknar de olika vårdformerna idag. Kapitlet beskriver *nationella förhållanden*.

Det saknas en tydlig och allmänt gällande begreppsapparat. I denna rapport används social dygnsvård som en sammanfattande beteckning på Hem för vård eller boende och familjehem. Begreppet heldygnsinsats innebär insatser enligt någon av dessa vårdformer. I övrigt hänvisas till den bifogade förteckningen över termer och begrepp.

Omfattning och kostnader

HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE OCH FAMILJEHEM

Knappt en procent av alla barn och ungdomar i åldern 0 – 20 år var år 2006 placerade i familjehems- eller institutionsvård; närmare två tredjedelar av dem var tonåringar. Ungefär ett barn i varje klass placeras någon gång före myndighetsdagen i social dygns-

vård.¹ Av dem som placerades enligt Socialtjänstlagen (SoL) placerades 78 procent i familjehem och 20 procent i Hem för vård eller boende (HVB). Av dem som placerades enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) placerades 65 procent i familjehem, 11 procent i hem med särskild tillsyn och 18 procent i HVB-hem. Den 1 november 2006 hade 14 900 barn och unga en pågående heldygnsinsats. Av dessa hade 10 100 placeringar gjorts med stöd av SoL och 4 600 med stöd av LVU. Samma år var det 20 700 barn och unga som någon gång under året fick en heldygnsinsats.

ÖPPENVÅRD

Den 1 november 2006 hade 28 100 barn och unga en eller flera öppenvårdsinsatser. Cirka 8 600 deltog någon gång under året i strukturerade öppenvårdsprogram. 21 800 hade någon gång under året kontaktperson/kontaktfamilj enligt SoL och 22 800 fick någon gång under året behovsprövat personligt stöd.²

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var år 2005 cirka 11,2 miljarder eller 40 procent av den totala kostnaden för individ- och familjomsorgen. Större delen av den summan, knappt 8 miljarder, går till dygnsvård på institutioner och familjehem. Kostnaden för barn- och ungdomsvården ökade under åren 2000 – 2005

¹ Socialstyrelsen, Barn och unga – insatser år 2006, sid. 9 – 22. I den officiella statistiken används fyra mått vid redovisningen av heldygnsinsatser:

- *Nyttillkomna* barn och unga *under året*.
- Barn och unga för vilka *en eller flera insatser påbörjades under året*.
- Barn och unga med en pågående insats *den 1 november*.
- Barn och unga som hade en eller flera *insatser någon gång under året*.

² Socialstyrelsen, Barn och unga – insatser år 2006, sid. 5 – 31. I den offentliga statistiken redovisas öppenvården enligt en indelning i fyra insatstyper: Strukturerade öppenvårdsprogram enligt SoL, behovsprövat personligt stöd enligt SoL, kontaktperson/-familj enligt SoL, kontaktperson eller behandling i öppna former enligt LVU.

varje år, sammanlagt med 18 procent. Under samma period var kostnaderna för institutionsvården konstant, medan de för familjehemsvården ökade med 23 procent och för öppenvården med 40 procent. Den genomsnittliga kostnaden för ett vårddygnet var, år 2005, 3 370 kr på HVB-hem och 840 kronor i familjehem.³

Orsaker till att barn och ungdomar hamnar på HVB-institutioner och i familjehem

Barn och ungdomar som blir aktuella för särskilda åtgärder från samhället, kan aktualiseras inom skolan, på fritidsgården, inom socialtjänsten, psykiatrin eller hos polisen, för att någon upptäckt att de far illa i hemmet eller för att föräldrarnas förmåga att ge barnen stöd är otillräcklig. Problemen kan uppträda successivt eller visa sig av mera akuta skäl, t.ex. på grund av att de har svårt att klara vistelsen i förskolan, att skolarbetet fungerar sämre, att de börjar skolka, begå brott eller få svårigheter med sociala relationer. Individuella förutsättningar, familjeförhållanden med misshandel och övergrepp, missbruk av alkohol eller narkotika, kamrater och sociala nätverk, skolsituationen och förhållanden i det bostadsområde där de bor är växelverkande och samspelande faktorer som kan ha betydelse. Någon enskild orsak går sällan att fastställa, men den sociala och ekonomiska bakgrunden tycks ha stor betydelse.

I en omfattande forskningsöversikt⁴ som de danska forskarna Tine Egelund och Anne-Dorthe Hestbæk gjort, beskrivs den sociala bakgrunden till att barn som placeras utanför hemmet:

³ Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg, Lägesrapporter 2006, sid. 20 – 21.

⁴ Egelund & Hestbæk (2003), sid. 13 – 14.

”Det är forskningsmässigt väldokumenterat, att placerade barn kommer från familjer som på en rad socioekonomiska områden är dåligt tillgodosedda. Föräldrarna har i de flesta studier låg utbildningsnivå, är marginaliserade eller utstötta från arbetsmarknaden, de har dålig ekonomi, eller kan direkt karaktäriseras som fattiga. Placerade barns familjer kan dessutom kännetecknas av en anhopning sociala problem som missbruk, dålig psykisk hälsa, våld i familjen och liknande.” (förf. översätn.)

De menar att de placerade barnens familjer skiljer sig markant från barnfamiljer som helhet – att de har en rad problem att brottas med som tär på möjligheterna att ta hand om barnen och skapa en fungerande vardag.

Likartade slutsatser presenteras i Socialstyrelsens sociala rapport.⁵ Där redovisas olika bakgrundsfaktorer betydelse för placering i social dygnsvård för tre olika åldersgrupper: 0 – 6 år, 7 – 12 år samt 13 – 17 år. Av tolv undersökta bakgrundsfaktorer var det fyra som hade särskilt stor betydelse för alla tre åldersgrupperna: att mamman var ensamboende och inte förvärvsarbetade, att mamman fick ekonomiskt bistånd under längre perioder och någon av föräldrarna hade varit inlagda på sjukhus med psykiatrisk diagnos. Om mamman var sammanboende, hade högskoleutbildning och förvärvsarbetade var den statistiska möjligheten en på tvåtusen att barnet skulle hamna i familjehem eller på institution. Om mamman var ensamstående, lågutbildad, utan förvärvsarbete och fick ekonomiskt bistånd under lång tid var risken nästan trehundra gånger högre, eller en på sju. Det är också ungefär tre gånger vanligare att utrikes födda befinner sig i social dygnsvård utanför det egna hemmet än bland svenskfödda.⁶

⁵ Socialstyrelsen, Social rapport 2006, sid. 270 – 273.

⁶ Socialstyrelsen, Socialtjänsten i Sverige, En översikt 2003, sid. 81.

Insatsutbud och vårdmarknad

På 1930-talet fanns nästan 400 institutioner i form av barnhem, skyddshem och ungdomsvårdsskolor. Antalet platser var då drygt 8 500. Därefter sjönk efterfrågan på platser successivt till en bottennivå vid 1980-talets början, då antalet institutioner, i form av *barnhem* och *ungdomsvårdsskolor*, var mindre än 200 och platsantalet under 2 000. Minskningen av den sociala institutionsvården ersattes delvis av en utbyggnad inom barnpsykiatri under 1940-, 50- och 60-talen.

HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE

I samband med att Socialtjänstlagen trädde i kraft 1982 infördes det nya begreppet ”*hem för vård eller boende*” (HVB-hem). Det blev en samlingsbeteckning på det som tidigare kallats barn- och ungdomshem och på olika typer av inackorderings- och behandlingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare. Tvärtemot lagstiftarens ambitioner byggdes institutionsvården ut. Åren 1982 – 1992 ökade antalet platser från 1 900 till 2 900. Hela ökningen låg på privata och stiftelsedrivna hem.⁷ Privatiseringen fortsatte, åren 1993 – 2000 tredubblades antalet anställda på privat drivna HVB-hem.⁸

Det finns ingen nationell förteckning eller statistik över samtliga verksamma institutioner och behandlingshem. En förteckning ges ut i privat regi, men är ofullständig. I

⁷ SOU 1994:139. Ny socialtjänstlag, sid. 156.

⁸ SOU 2001:52, Valfärdstjänster i omvandling, sid. 121.

september 2004 beräknades att det fanns 506 hem för vård eller boende. Av dessa var antalet kommunala institutioner omkring 60.⁹ Närmare 90 procent av HVB-hemmen var alltså privata.

Om man lägger samman den enskilt drivna HVB-vården med familjehemsvården så är den sociala dygnsvården troligen den mest privatiserade delen av den svenska vårdsektorn.¹⁰

Åren 2000 – 2005 planade antalet placeringar i institutionsvården ut och kostnaderna för kommunerna stod i princip stilla. Avmattningen inom institutionsvården ersattes av en kraftig ökning av öppenvården, som under åren 2000 – 2005 ökade varje år, sammanlagt med 40 procent. Fortfarande kostar dock dygnsvården (institutioner och familjehem) mer än dubbelt så mycket som öppenvården. Antalet barn och unga som placerades i familjehem, liksom kostnaderna, ökade också dessa år.¹¹

FAMILJEHEMSVÅRDEN

I början av 1950-talet var 28 000 barn placerade i familjehem. I början av 90-talet hade antalet minskat till 10 000. Under åren 2001 – 2005 ökade familjehemsvården något i omfattning. Under år 2004 beräknades att 15 000 barn, någon gång under året, var placerade i familjehem. Uppgifterna om hur många familjehem som finns i landet är

⁹ SOU 2005:81, Källan till en chans, sid. 228 – 229.

¹⁰ Bo Vinnerljung enligt Sallnäs (2000), sid. 158.

¹¹ Socialstyrelsen, Lägesrapporter 2006, Individ- och familjeomsorg sid. 17 – 24.

osäkra, men har beräknats till 8 000. Nyrekryteringen av familjehem är omfattande – cirka 1 900 rekryteras varje år.¹²

ÖPPENVÅRDEN

Utvecklingen av öppenvården sköt fart efter 1994, då ekonomiska resurser tillkom för att stimulera så kallade mellanvårdslösningar. Sedan dess har öppenvården ökat i kraftigt i omfattning och förekommer i allt fler former. Öppenvården sköts, till skillnad från institutionsvården, i stor utsträckning i kommunal regi.¹³

Som visats tidigare förekommer en statistisk indelning av öppenvården i fyra kategorier. I en utredning¹⁴ som Socialstyrelsen tagit fram delas öppenvården in i sex kategorier: programverksamhet, riktad dagverksamhet, socialpedagogisk insats, skolsociala insatser, kvalificerat nätverksarbete och enskilt samtalsstöd. Enligt utredningen finns en ganska omfattande repertoar av öppenvårdsinsatser och två tredjedelar av Sveriges kommuner uppger att de har direktiv om att ersätta institutions- och familjehemsvård med öppenvårdslösningar.

Socialstyrelsen definierar *strukturerad öppenvård* som ”Individuellt målinriktade program som är regelbundna, begränsade i tiden och i vilka klienterna är inskrivna och vis-

¹² SOU 2005:81, Källan till en chans, sid. 207 samt Socialstyrelsen Lägesrapporter 2006, Individ- och familjeomsorg, sid. 22.

¹³ Lotta Engelbrektsson. Socionomen 6/2000.

¹⁴ Öppenvårdens former (2006), sid. 7.

tas under hel dag eller del av dag”. I Uppsala kommun beskrivs strukturerad öppenvård som ”insatser enligt fattade myndighetsbeslut som inte är familjehems- eller institutionsvård”.

Öppenvården är alltså ett område med skiftande innehåll och oklar innebörd, ett problem med tanke på att detta område är inne i en stark expansionsfas.

Kvalitetskrav, resultat och effekter

KRAVEN PÅ KOMMUNERNA att verka för barnens bästa och bedriva vård och behandling av god kvalitet har ökat steg för steg. Sveriges antagande av *barnkonventionen* (FN's konvention om barnens rättigheter) år 1990 ökade kraven på samhället att ta hänsyn till barnens behov och socialtjänsten har i ökad utsträckning blivit skyldiga att lyssna till barnen och att vid beslut som rör barn, ta hänsyn till deras hela livssituation och vad som är bäst för barnet.

1998 års reviderade socialtjänstlag gav socialtjänsten ett särskilt ansvar för barnens situation, att bevaka deras rättigheter och att ta hänsyn till deras inställning. Vissa yrkesgrupper fick skyldighet att anmäla missförhållanden bland unga och lagen fastställde gränser för hur lång tid en barnavårdsutredning fick ta.

Det har blivit allt vanligare att framhålla att social verksamhet skall styras av *vetenskap och beprövad erfarenhet*. En ytterligare mål- och styrfaktor som betonas när det gäller socialtjänstens insatser är *klient- eller brukarperspektivet*, det vill säga vad de som är föremål för vård- och behandlingsinsatserna själva anser om den behandling de tar del av. I socialtjänstlagen finns sedan 1998 en bestämmelse om att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet.

Det framhålls också allt oftare att metoder och effekter av placeringar skall utvärderas. Man brukar ibland tala om att metoder och resultat skall vara *evidensbaserade*, det vill säga att det skall finnas vetenskapliga belägg för att behandlingsinnehåll och metoder har goda effekter.

TILLSTÅND

En förening, en samfällighet, en stiftelse, en enskild individ eller ett bolag som vill starta ett HVB-hem måste ha tillstånd från länsstyrelsen. Föreståndare måste ha adekvat högskoleutbildning på minst 120 poäng. Kommunala HVB-hem är dock inte tillståndspliktiga. Inte heller krävs tillstånd från länsstyrelsen för att bedriva familjehemsverksamhet.¹⁵

HVB-hem måste enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2003:20) uppfylla krav på kvalitet, säkerhet och kompetens hos föreståndare och biträdande föreståndare. Det måste också finnas lokaler och utrustning som möjliggör vård och behandling av god kvalitet. Dessa krav gäller både för enskilt och kommunalt drivna institutioner.

¹⁵ SOU 2005:81, Källan till en chans, sid. 279

ANSVAR FÖR TILLSYN

Staten har genom socialstyrelsen och länsstyrelserna ett gemensamt övergripande ansvar för reglering och tillsyn av socialtjänsten i kommunerna. Socialstyrelsen skall ansvara för nationell tillsyn, uppföljning och utvärdering. Länsstyrelserna ansvarar för den operativa tillsynen av vård, boende och öppenvårdsverksamheter i syfte att kontrollera laglighet och rättssäkerhet i individärenden och verksamheter.

Socialnämnden i den kommun där en verksamhet är belägen har det löpande tillsynsansvaret för tillståndspliktig verksamhet. Varje institution skall inspekteras minst en gång per år, i vissa fall oftare. Om nämnden får kännedom om missförhållanden skall länsstyrelsen underrättas.¹⁶

Vad vet vi om kvalitet, resultat och effekter?

Vi har konstaterat att samhällets ambitioner för den sociala barn- och ungdomsvården är höga och har ökat successivt. I vilken utsträckning lyckas samhället leva upp till de ökade kraven? Vad vet vi om resultat och effekter? I vilken grad styrs verksamheten av vetenskap och beprövad erfarenhet och i vilken utsträckning lyssnar man på dem som är föremål för vård- och behandlingsinsatserna?

Den som vill orientera sig i vårdutbudet kan gå till den årligen utkommande katalogen ”Förteckning över hem för vård eller boende & familjevårdsenheter mm”.¹⁷ Där finns

¹⁶ Se Socialstyrelsen, Utvecklingsprogram för social tillsyn, sid. 14 och SOU 2005:81, sid. 285.

¹⁷ Compro (2007), årgång 22.

kortfattade beskrivningar av behandlingsinnehållet (vanligen mellan två ord och drygt tio rader). Det beskrivs ibland med hjälp av allmänna *mål* för vad man vill uppnå, i form av *förhållningssätt* som institutionen har, med beskrivningar av *personalroller och personalkategorier*. Ofta beskrivs mera *praktiska aktiviteter* och särskilda *arbetsmetoder* (medlevarskap, KBT, ART, Marte Meo, teckenekonomi, motiverande intervju [MI] etc.). Beskrivningarna är oftast mycket summariska och det är svårt att veta i vilken utsträckning och med vilken kvalitet metoder och behandlingsinnehåll tillämpas.

VAD VET VI GENOM TILLSYN, UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Riksrevisionsverket har gjort en granskning¹⁸ av hur tillsynen av behandlingshem för barn och ungdomar fungerar. I rapporten konstateras att nära hälften av hemmen hade haft ett eller inget tillsynsbesök de senaste fem åren och att de i genomsnitt besöktes två gånger på fem år. 13 procent av hemmen hade över huvud taget inte besökts. Det visade sig att länsstyrelserna tolkade sina uppgifter och roller i tillsynen olika och variationerna i hur tillsynen genomfördes varierade kraftigt mellan olika län. Generellt förekom ytterst sällan samtal med dem som var föremålet för behandlingen, nämligen barnen och ungdomarna själva. Ingen länsstyrelse kontaktade regelmässigt föräldrarna i samband med tillsynen. Även kontakter med skolan var sällsynta. I rapporten konstateras också att det är svårt att få en bild av vårdinnehållet eller att utläsa vilka brister som iakttagits vid vilket tillsynsbesök.

¹⁸ Riksrevisionsverket (2002), Tillsyn av behandlingshem för ungdomar, sid. 15 – 17, 60 – 68.

Som nämnts skall varje tillståndspliktig institution i en kommun få minst ett tillsynsbesök per år. Kommunerna lever dock inte upp till kraven: endast knappt hälften (193 av 412) av hemmen var under 2005 föremål för tillsyn.¹⁹

I en granskning av familjehemsvården som Riksdagens revisorer genomförde för några år sedan²⁰ konstaterades att den blivit allt mer professionaliserad. Företag som sålde förstärkt familjehemsvård började etablera sig. De påpekade att staten försummat sitt ansvar att kontrollera i vilken utsträckning kommunerna hade skött familjehemsvården och menade att det saknades en idé om hur den skulle utvecklas på nationell och regional nivå. Därför borde, menade de, staten ta ett ökat ansvar genom att utveckla en nationell strategi för familjehemsvården.

Enligt en undersökning om den sociala dygnsvården som refereras av Socialstyrelsen²¹ så avbryts omkring varannan placering i förtid. Lika många, som återvänder hem efter avslutad placering, återkommer i vård inom två år. När det gäller tonåringar som behandlas för beteendeproblem finns det risker att negativa gruppeffekter kan leda till att deras antisociala beteenden förvärras. En uppföljningsstudie av 718 ungdomar i åldern 13 – 16 år, som år 1991 placerades i familjehems- och institutionsvård, visar att effekterna av vård- och behandlingsinsatser som getts på institutioner och familjehem i liten utsträckning lyckas skapa förutsättningar för ett bra liv. En slutsats som dras är att den bristande kunskapen om institutions- och familjehemsvården gör att det är oklart om behandlingen har positiva, skadliga eller inga effekter alls. Det framhålls samtidigt att

¹⁹ Social tillsyn 2005, Resultat av länsstyrelsernas till syn, sid. 30.

²⁰ Riksdagens revisorer, Rapport 2001/02:16, Familjehemsvården, sid. 7 – 9.

²¹ Socialstyrelsen, Social rapport 2006, sid. 280-282.

det är oklart hur det hade gått för denna grupp om de inte placerats. Tilläggas bör också att det har gått lång tid sedan insatserna genomfördes – mycket kan ha förändrats sedan dess.

I en genomgång av den senaste tidens barnavårdsforskning²² konstateras att det saknas publikationer som utgår ifrån fosterbarns egna perspektiv. Detta trots att de har ett ganska svagt rättsskydd och att det enligt lagstiftningen finns krav på att de skall få möjligheter att uttrycka sin åsikt i frågor som rör dem. Inom institutionsvården tycks läget vara likartat; det saknas studier av berörda barns och föräldrars uppfattning om och upplevelser av vården.

Ett undantag är en rapport från Statens institutionsstyrelse (SiS)²³ som genomfördes i syfte att undersöka i vilken utsträckning de ungdomar som placeras på de statliga ”§-12-hemmen” var delaktiga i sin behandling. Där framgår att få hade läst sin journal och att många inte kände till att de hade rätt att ta del av den. Inför placeringen var endast en tredjedel informerade i förväg och knappt hälften av ungdomarna kände till om de hade någon behandlingsplan. Utredningen konstaterar att bristerna är allvarliga.

EN VÅRDKEDJA MED FLERA SVAGA LÄNKAR

Resultatet av vård- och behandlingsinsatser är beroende av ett sammanhängande system av lagstiftning, kontroll, tillsyn, forskning och utvecklingsarbete, utbildning och

²² Andersson & Sallnäs (2007), Svensk barnavårdsforskning, sid. 20 – 22.

²³ Hermodsson & Hansson (2005), Demokrati i det lilla?, sid. 85 – 88. Rapporten berör ungdomar på de särskilda ungdomshem som drivs av staten.

det arbete som äger rum ”på fältet” i form av utredningar, vård- och behandlingsinsatser och uppföljning av åtgärder och vårdgivare. Staten, kommunerna och en mångskiftande vårdmarknad har olika delar av ansvaret för det slutliga målet, att ge barn och ungdomar god vård och behandling. Olika delar samspelar och växelverkar. En rad aktörer är i varierande utsträckning beroende av varandra för att lyckas.

Bland forskare som studerat familjehemsvård och social institutionsvård finns en relativt samstämmig kritik som rör flera delar i detta sammanhängande system.²⁴

Priserna för olika typer av insatser varierar mycket kraftigt, men det är oklart vad man får för pengarna, eftersom det saknas jämförbar information om metoder och verksamhetsinnehåll.

Det saknas kunskaper om enskilda behandlingsinsatser och vilka insatser som leder till vilket resultat. Och mera allmänt saknas det till stor del verktyg för att bedöma den sociala barn- och ungdomsvårdens resultat.

Barnavårdsärenden bygger ofta på mer eller mindre slumpartade underlag och värderingar av hur klienternas situation ser ut och anpassas till den insats som anses vara möjlig. Vid placeringar är ofta HVB-hemmet den starkare parten. De som placerar ifrågasätter sällan vårdinnehållet och frågar sällan efter utvärderingar och kvalitetsuppföljningar.

²⁴ Efterföljande tre stycken bygger på: Andersson G & Sallnäs M (2007), Svensk barnavårdsforskning, Socionomen 6/2007, sid. 20 – 22. Andreassen (2003), Institutionsbehandling av ungdomar, sid. 11 – 17, 352 – 354. Sallnäs (2000), Barnavårdens institutioner, särskilt sid. 3 – 4, 26 – 29, 50, 180. Sallnäs (2005), Vårdmarknad med svårigheter – om privata aktörer inom institutionsvården för barn och ungdomar, Socialvetenskaplig tidskrift, sid. 226 – 245. Larsson A & Bolmstedt Å (2006): Vinstmaskinen. Fokus 10 – 17 nov. 2006, sid. 24 – 30.

Vi har fått en vårdmarknad som är svår att överblicka för köparna och där kostnaderna för att köpare och säljare skall hitta varandra och sluta avtal är höga.

Trösklarna för att etablera sig på vårdmarknaden är låga. Krav som ställts från myndigheterna har varit få och oklara och det har varit komplicerat att skapa en fungerande tillsyn. Staten har haft svårt att beskriva institutionernas roller, institutionsvårdens sammansättning eller organisation, vilka man riktar sig till, vilka idéer eller ideologier arbetet bygger på och hur hem av olika slag fördelar sig. Ett resultat är att institutionerna till stor del arbetar utanför samhällets kontroll och att få egentligen vet vad som händer innanför väggarna.

Situationen i dessa avseenden tycks inte ha blivit bättre sedan dess. Den senare statliga Barn- och ungdomsvårdskommittén, som utarbetat underlag för en nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården, lyckas inte heller svara på dessa frågor.²⁵

GLAPP MELLAN STATLIGA KRAV OCH LOKALA FÖRUTSÄTTNINGAR

Även Socialstyrelsen konstaterar i en rapport²⁶ att den sociala barn- och ungdomsvården utsatts för ganska omfattande kritik från statliga utredningar, tillsynsmyndigheter, forskning och frivilligorganisationer vad gäller handläggning, att vissa grupper inte uppmärksammas tillräckligt, att barn och unga inte kommer till tals, brist på systema-

²⁵ SOU 2005:81, Källan till en chans.

²⁶ Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg, Lägesrapporter 2006, sid. 17 – 20.

tisk uppföljning av insatser, att metoder som används inte är evidensbaserade, brist på stabilitet och kompetens i barn- och ungdomsvården, samt stora kvalitetskillnader mellan kommunerna.

Men i rapporten beskrivs kritiken som delvis orättvis och att den bygger på orealistiska förväntningar på vad barn- och ungdomsvården kan och skall göra. Ambitionsnivån och kompetensen inom barn- och ungdomsvården har ökat och intresset är stort för ett mera kunskapsbaserat arbete. Utredningarna har blivit bättre och tar mera hänsyn till barn och unga. De öppna insatserna har ökat för att möjliggöra tidigare insatser och förhindra placeringar.

I rapporten diskuteras några möjliga orsaker till svårigheterna att leva upp till de samhälleliga ambitionerna:

- *Det vida uppdraget.* Den sociala barn- och ungdomsvården har ett långtgående ansvar för att ingripa när barn och unga far illa och att erbjuda dem insatser. Målgruppen har vidgats under senare år. Men det finns ingen samlad kunskap om hur många barn och ungdomar som är utsatta och det saknas klara avgränsningar för vilka socialtjänsten skall ta emot.
- *Ambitioner och förutsättningar överensstämmer inte.* Krav som ställs på barn- och ungdomsvården är orealistiska i förhållanden till tillgängliga kunskaper, resurser och de ramar som lagstiftningen ger.
- *Brist på kunskap om vad som fungerar.* Kunskapen om vad som är verkningsfulla insatser är begränsad. Det är svårt att mäta effekter av vård och behandling.

- *Brist på kontinuitet och stabilitet inom barn- och ungdomsvården.* Arbetsbelastning i kombination med känslomässigt krävande uppgifter och svåra bedömningar leder till hög personalomsättning. Kontinuiteten blir sämre och därmed kompetensen. Stabiliteten ses som en grundläggande förutsättning för kompetens, men det motsatta gäller också – att ökad kompetens är en förutsättning för bättre stabilitet.
- *Hinder för samverkan på nationell nivå.* Många nationella aktörer (departement, myndigheter, organisationer) tar olika initiativ oberoende av varandra. Det leder till brist på helhetssyn på barns och ungas situation och felaktiga förväntningar på det lokala planet. Behovet av samordning är stort.

Det ovanstående ger sammantaget en ganska nedslående bild av barn- och ungdomsvården och dess förutsättningar, men det är viktigt att se att den bristande kunskapen som finns om vad som händer i barn- och ungdomsvården inte är liktydigt med att det som görs där måste vara av dålig kvalitet. Det finns också mera forskning om ungdomar med sämre förutsättningar än om yngre barn. Vi vet också mycket lite om vad barn och ungdomar själva tycker om den vård och behandling de tagit del av.

Uppsala kommun

DETTA KAPITEL BESTÅR AV TRE DELAR. Den första bygger på intervjuer med tio socialsekreterare i Uppsala. I den andra återges delar av en studie om utredningar av barn och ungdomar från Uppsala kommun som placerats i HVB-hem. Den tredje delen är en sammanfattning av omfattningen av och kostnadsutvecklingen för dygnsvård och öppenvård åren 2001– 2006 i Uppsala kommun.

Intervjuer med socialsekreterare inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg

SYFTE

Goda behandlingsresultat är beroende av en rad samverkande insatser: utredning, bedömning av insatsbehov, val av insats och uppföljning. Bra utredningar är nödvändiga för att klarlägga behov och underlättar för dem som skall ta över ett behandlingsansvar. Ett bra samspel mellan socialtjänstens handläggare och institutioner där unga placeras ökar möjligheterna att följa och följa upp behandlingsinsatserna. Institutionernas dokumenterade erfarenheter är värdefulla för dem som skall följa upp i eftervård på hemmaplan. Och så vidare. Det handlar om en kedja där varje länk är viktig.

Socialtjänstens handläggare är den länk som har det övergripande ansvaret före, under

och efter behandlingstiden. Därför är de en grundläggande förutsättning för att insatser på institutioner och i familjehem ska leda till goda resultat. Av det skälet har intervjuer genomförts i syfte att undersöka hur de ser på sin arbetsituation, på sina förutsättningar för att göra ett bra arbete och hur yrkesområdet skulle kunna utvecklas.

METOD, TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Tio personer inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg i Uppsala kommun intervjuades: fyra från fyra olika barn- och familjeenheter, fyra från fyra olika ungdomsenheter och två från två placeringsenheter. Samtliga arbetar inom den del av socialtjänsten som benämns myndighetsutövning.²⁷ Deras verksamma tid inom socialtjänsten varierar mellan knappt fyra och över 35 år. Den genomsnittliga erfarenheten av yrket är drygt 20 år. De intervjuade får därför anses var väl lämpade för att ge en bra bild av den sociala barn- och ungdomsvården i Uppsala.

Sex frågor ställdes (se bilaga) och svaren har sorterats under fyra rubriker: aktuell arbetsituation och utvecklingen inom yrkesområdet, möjligheterna att bedöma behov, utbud, vårdmarknad, resultat samt önskad utveckling. Intervjuerna genomfördes under perioden 2007-03-09 – 2007-04-03.

²⁷ Socialtjänsten i Uppsala kommun delades den 1 januari 2003 upp i en del kallad myndighetsutövning och en del kallad råd och stöd. Denna omorganisation sammanföll med den övergripande kommunala organisationsförändring som trädde i kraft 2003-01-01.

AKTUELL ARBETSSITUATION OCH UTVECKLINGEN INOM YRKESOMRÅDET

De flesta intervjuade känner sig i varierande grad tyngda av arbetssituationen. Det främsta skälet som uppges är svårigheterna att skapa och upprätthålla kontinuitet i arbetsgrupperna. Personalomsättningen är stor, arbetet blir ryckigt. Det är svårt att rekrytera personer med erfarenhet och nya oerfarna personer har svårt att klara arbetsuppgifterna. Andra skäl som uppges till att arbetssituationen kan vara pressande är hög arbetsbelastning med många ärenden och krävande utredningar, för mycket skrivbordsarbete och administrativa uppgifter. Annat är oklarheter i den kommunala organisationen, ansvarsfördelning och arbetsuppgifter, något som kan leda till att ”klienter faller mellan stolarna”.

Samtidigt framgår det att situationen i de flesta fall inte är värre än den går att hantera. Och det är slående att nästan alla som intervjuats i olika utsträckning uttrycker tillförsikt och tro på betydelsen av det sociala arbetet. Som visar sig senare finns också många förslag på hur yrkesområdet kan utvecklas och förnyas.

Bilden av hur yrkesområdet utvecklats under senare år är otydlig och svaren mycket olika. Det kan naturligtvis bero att frågan är alltför vid och opreciserad. Men också att yrkeserfarenheten bland de intervjuade varierar i tid och innehåll – perspektiven blir olika. Några nämner att yrkesområdet hänger ihop mer än tidigare, att man kan se ökade tendenser till yrkesidentitet och känsla av kommunal tillhörighet. Förbättringar som nämns är att man läser mer och tar in mer forskning. En person menar att det särskilt gäller de yngre som kommer in i yrket. De är mer orienterade mot vetenskapen och har en mindre flummig inställning till jobbet. Dessutom påpekas att man har fått bättre redskap att prata med barn, blivit bättre på att utreda och att de bedömningar som görs börjar bli mer enhetliga. En person nämner att både den personliga säkerheten i jobbet och möjligheterna att utbilda sig blivit bättre.

En förbättring som nämns är också att yrket specialiserats: ”man behöver inte kunna allt”. Andra menar att specialiseringen minskar möjligheterna att upptäcka och hantera problem, genom att funktioner som tidigare låg inom en enhet nu är fördelade på flera.

Två personer nämner att det finns samarbetssvårigheter med ”försörjningsstöd”, en annan pekar på mera allmänna svårigheter att samarbeta, att man idag mer än förr ”håller på sig och sitt”. Den omorganisation som genomfördes 2003 nämns som orsak till att möjligheter till samverkan försämrats, att man inte kan arbeta med myndighetsutövning och råd och stöd i en verksamhet. Det skapades ”stuprör” och den bredd som fanns tidigare i arbetsgrupperna försvann. Andra problem som nämns är att avståndet till uppdragssidan blivit stort, att den närhet till allmänheten som fanns i kommunalssystemet har försvunnit och att det förebyggande arbetet nedprioriterats.

Det framgår att kraven på socialtjänsten har ökat, krav som är svåra att leva upp till. En del i kraven är att orientera sig alltmer mot vetenskapliga metoder och synsätt, vilket blivit allt vanligare. I övrigt är det svårt att se några tydliga tendenser eller att utvecklingen de senaste åren följt någon linje. En person med lång erfarenhet menar att det hänt ganska lite, att ”det är förvånansvärt lika”.

MÖJLIGHETERNA ATT BEDÖMA BEHOV

Åtta av tio intervjuade nämner BBIC²⁸ som en grund för handläggning och dokumentation. Det tycks vara ett instrument som, mer eller mindre, används av alla. Samtliga

²⁸ Barns behov i centrum, ett system för handläggning och dokumentation som bygger på det engelska Integrated Children's System (ICR).

som nämner BBIC gör det i positiva ordalag. Intervjувaren tyder på att det börjar bli en gemensam utgångspunkt och grund för den fortsatta utvecklingen inom yrkesområdet. Flera menar dock att modellen är krävande att tillämpa och använda som underlag för analyser av behov hos unga. Den används också i varierande grad inom olika enheter.

Om man bortser från BBIC är det svårt att se något mönster för hur man går tillväga för att utreda och bedöma behov hos klienterna. Sätten är många: dialog med föräldrar, bedömningar inom arbetsgruppen, ärendedragningar med handledare, hemutredningar, ”vanliga utredningar”, djupintervjuer, planeringsmöten och intervjuer med ”särskilda metoder”. Olika externa resurser används, som handledare och utlåtanden från barnpsykiatrin, vuxenpsykiatrin, alkohol- och narkotikaenheten. Dessutom framhålls kommunala institutioner som Brogården, Älby och Nyckelgården som viktiga och ofta använda resurser för utredning och bedömning. Av svaren framgår inte om och i vilken utsträckning barn och ungdomar själva tillfrågas om sin situation och aktuella behov.

Enheterna hämtar alltså in kunskap med hjälp av olika metoder och bedömningsinstrument. Men den slutliga bedömningen görs i den egna arbetsgruppen och den samlade kompetens som finns där blir det som avgör hur inhämtad sakkunskap bedöms och används.

Flera personer påpekar att utredningarna har brister t.ex. att kompetensen i arbetsgruppen är för smal, att erfarenheterna hos dem som utreder är otillräcklig och att hjälp med utredningar/bedömningar (läkarundersökningar, psykiatriska utredningar, psykologbedömningar av föräldrar) saknas. Två personer med mycket lång erfarenhet menar att de allra flesta utredningar inte håller den kvalitet man skulle önska. En av dem fram-

håller hur lätt det trots dessa svagheter är, att få igenom beslut om placeringar.

UTBUD, VÅRDMARKNAD, RESULTAT

Nästan samtliga anser att vårdmarknaden är svår att överblicka. Av svaren framgår att det finns bristande kunskaper om vårdutbudet och att många placeringar görs på mer eller mindre lösa grunder. Några kommentarer är att tillfälligheter ofta styr placeringar och att det är svårt att veta vad man får för pengarna, att det går på lösa boliner, att kvaliteten varierar, att det är lätt att bli lurad och att institutionerna ibland tenderar att göra mer än vad de fått i uppdrag. Två personer nämner att det kan vara svårt för unga och oerfarna socialsekreterare att hålla huvudet kallt och avvakta placeringar och att placeringar därför kan göras på ett ogenomtänkt sätt eller i onödan.

Men det finns också några positiva röster. Ett par personer pekar på att det finns nya bra institutioner, att HVB-hemmen blivit bättre och att det finns erfarna personer inom socialtjänsten med goda kunskaper om placeringsalternativ.

Sätten att hitta i vårdutbudet varierar. Kommunens pärm för ramavtal med institutioner används ibland, men några intervjuade menar att avtalen är för få och utbudet för begränsat. De tvingas därför gå utanför ramavtalen och söka på andra sätt. De förlitar sig då på egna erfarenheter, hjälp från de kommunala placeringsenheterna eller på institutionernas marknadsföring. De fyra personer som arbetar på barn- och familjeenheter använder till största delen de egna kommunala institutionerna, som alla beskriver som bra, ofta använda och väl kända institutioner.

Placeringsenheterna anses inte alltid ha tillräckliga kunskaper om vårdutbudet och det stöd som kan ges därifrån kring vårdutbud och placeringsmöjligheter räcker inte. Och det är mycket tids- och kostnadskrävande för enskilda socialsekreterare att åka ut för att orientera sig i utbudet. Ett par personer framhåller att det måste finnas tillgång på kompetenta personer med kunskap om vårdutbudet som kan anlitas som rådgivare vid placeringar.

De intervjuade tillfrågas om hur de ser på resultaten av sitt arbete. Frågan är ju på sätt och vis omöjlig att besvara, då den både kräver lång erfarenhet och kännedom om hur de gått för enskilda barn och ungdomar i ett längre perspektiv. De flesta verkar dock ha en tro på att det arbete de utför har betydelse. De pratar om barns möjligheter att få skydd i svåra situationer, att de skulle fara väldigt illa om inte socialtjänsten ingrep och att droger och kriminalitet kan förhindras. Några nämner att insatserna kan bidra till att öka människors motivation och att barn och ungdomar ges möjlighet att se utanför familjen och utveckla hopp och självkänsla.

Men det finns också mera tvivlande röster. En erfaren person som arbetat mycket länge i yrket menar, att ungefär hälften av dem som placerats borde ha varit kvar i familjen och att man kan se ungdomar där ingen förändring ägt rum, ”kanske tvärtom”. En annan säger att det oftast fungerar bra under placeringstiden, men att det oftast blir sämre när de skrivs ut, eftersom eftervården på hemmaplan är undermålig. En person som arbetat länge i yrket konstaterar att ”man vet inte så mycket om resultaten”.

ÖNSKAD UTVECKLING

Svaren på frågan om hur man vill ha det i framtiden är tydliga, relativt samstämmiga och grupperar sig i huvudsak kring två områden: 1) förutsättningar som behöver förbättras för att yrkesområdet skall utvecklas, 2) behovet av nya och utvecklade vård- och behandlingsinsatser.

Förutsättningar inom yrkesområdet som behöver förbättras

- *Verka för en allmän stushöjning av arbetet genom resurser för verksamhetsutveckling och bättre lönevillkor.* En person menar att det krävs bättre och mera sammanhängande utbildningsmöjligheter: ”nu handlar det mest om enstaka dagar”. En annan menar att det är nödvändigt att utveckla ”en mer kunskapsbaserad socialtjänst med mindre flum”. Några pratar om behovet av mer personal för att skapa en lugnare arbetssituation, mer tid för eftertanke och bättre utredningar. Och utredningar är, framhåller en person, ”en process i sig”, det vill säga något som är viktigt för att uppnå lyckade resultat. För att bättre ta hand om unga och oerfarna föreslår en person tillgång till mentorer som kan handleda utan krav på att ha egna ärenden.
- *Begränsa antalet omorganisationer och öka tydligheten i roller och ansvar.* Ett par personer menar att omorganisationer är ett problem som påverkar stabiliteten negativt. En av dem menar att den dubbla omorganisation som genomfördes i januari 2003 ”ännu inte satt sig”. Det framhålls att det är nödvändigt att öka tydligheten kring vad olika enheter förväntas göra för att undvika samverkansproblem som finns inom den kommunala organisationen.

Utveckling av nya vård- och behandlingsinsatser

Förslagen på hur barn- och ungdomsvården skall utvecklas i Uppsala är många, vissa mera allmänt hållna, andra mer preciserade. Förslagen kan sammanfattas:

- *Familjearbete på hemmaplan.* Mer tid och resurser måste avsättas för att, i olika former, arbeta på ett samlat sätt med familjer. Föräldrarna glöms ofta bort t.ex. när barn placeras i familjehem eller skall slussas ut från institutioner. Insatser som ofta kan fungera bra under en institutionsvistelse, rasar ofta ihop efteråt på grund av att insatserna inte anpassats till familjens vardag och situationen på hemmaplan. Därför pekar flera personer på behovet av fler familjebehandlare, hemterapeuter, familjeteam och mamma- och -barn- grupper. Föräldrar behöver stöd i föräldrarollen och vissa familjer skulle kunna få hjälp i det egna hemmet, något som i vissa fall skulle kunna förhindra familjehems- och institutionsplaceringar.
- *Mera öppenvård.* Det betonas att öppenvården på hemmaplan borde byggas ut. Perongen är en verksamhet som nämns av flera personer som exempel på en bra öppenvårdsverksamhet som de menar borde utökas. Några anser att Funktionell familjeterapi (FFT) och Multisystemisk terapi (MST) är insatser som det borde finnas mer av.

Det finns också att antal förslag på speciella behov som borde tillgodoses:

- Rehabiliterande/behandlande insatser för män som utövar våld inom familjen.
- Klargörande av frågan om bostadssociala kontrakt.
- Möjligheter till stödboende för ungdomar.

- Möjligheter till boende för personer som är placerade på Brogården.
- Utvecklad samverkan med psykiatri.
- Möjligheter för psykiatri att ta emot placeringar.

SAMMANFATTANDE KOMMENTAR

Majoriteten av de svarande tar upp svårigheter med att utveckla och behålla kontinuitet och kompetens i verksamheterna. Personalomsättningen är stor. Arbetet blir ofta ryckligt och inte tillräckligt genomtänkt. De mest erfarna söker sig i stor utsträckning till råd- och stödverksamheterna. Till vakanta platser är det mycket svårt att rekrytera personer med den erfarenhet som krävs.

Det är tydligt att förutsättningarna för att utreda och bedöma behov, att överblicka vårdmarknaden och att följa och följa upp gjorda placeringar är olika inom olika enheter.

Ogenomtänkta och onödiga placeringar görs ibland och kunskaperna är otillräckliga om effekterna och vad man får för pengarna. De är också svårt att få en bild av på vilka grunder behov bedöms bland barn, ungdomar och familjer och i vilken utsträckning barn och ungdomar själva tillfrågas om sin situation.

Samtidigt har de flesta en tro på arbetets betydelse och de intervjuade lämnar en rad, relativt samstämmiga, förslag på förbättringar. Det pågår också en utveckling mot en mer vetenskapligt orienterad socialtjänst och man kan se tecken på att mer gemensamma och enhetliga förhållningssätt håller på att växa fram, bland annat genom BBIC. Det tycks också finnas en stark vilja bland de intervjuade att medverka i en utveckling som för utvecklingen framåt.

En studie av akter om barn och unga i dygnsvård

BARNS OCH UNGAS BEHOV OCH SOCIALA BAKGRUNDER

I en undersökning²⁹ av 281 barn och ungdomar som under år 2005 och 2006 varit placerade på HVB-hem efter beslut i Uppsala kommun, framgår att problembilden och behoven hos barn och ungdomar som placeras på HVB-hem är mycket varierande och komplex. De fem vanligaste behoven, enligt de utredningar som gjorts i samband med placeringarna, är i tur och ordning:

- en fungerande skola,
- fungerande familjerelationer,
- omvårdnad,
- utredning,
- att upphöra med narkotikamissbruk.

Därefter kommer behoven av en fungerande fritid, att komma i psykisk balans och att upphöra med kriminalitet. Utöver de uppräknade problemen/behoven redovisas 161 olika av socialsekreterare beskrivna problem/behov som att bryta destruktiva beteenden, få struktur i vardagen, få vuxenstyrning, gränssättning, terapi, uppväxtplacering, att upphöra med aggressivt eller självdestruktivt beteende, att modern skall kunna klara sig själv, avlastning för familjen, att komma bort från hemmet en period, arbete med attitydpåverkan, bearbeta trauman, och så vidare.

²⁹ Flambe (2007), Redovisning av placeringar vid hem för vård eller boende (HVB), beslutade av Uppsala kommuns distriktsnämnder, sid. 9 – 10.

PSYKISK OHÄLSA

Av de 281 undersökta personerna har 92 enligt akterna en diagnos ställd av psykiater eller psykolog. Ytterligare sju har en diagnos utan att det framgår vem som ställt den. De sju vanligaste diagnoserna är i tur och ordning:

- ADHD
- Depression/nedstämdhet
- Utvecklingsstörning/begåvningshandikapp/mental retardation
- Trotssyndrom
- Aspergers syndrom
- Autismspektrastörning
- DAMP

Därutöver redovisas i akterna ett brett spektrum av 30 olika diagnoser som alkoholism, antisocialt beteende, dysmorfofobi (inbillad fulhet), sömnproblem, finmotorisk koordinationsstörning, förvirring och upplevelser av psykotisk karaktär, personlighetsstörning typ borderline, med mera.

OMPLACERINGAR

Av de sammanlagt 281 barn och ungdomar som undersökningen omfattade, omplacerades 160 stycken minst en gång. 70 barn och ungdomar omplacerades 3 gånger eller mer under den aktuella perioden. I några fall skedde mer än tio omplaceringar. Drygt 40 omplaceringar förklaras vara ”logiska” i den meningen att en behandlingsinsats följer på en akut- eller en utredningsplacering och att en utslussningsinsats följer på en behandlingsinsats.

I ett stort antal fall (70 st.) finns inte redovisat om de unga gått i skolan under placeringstiden. I 14 fall förekommer ingen skolgång och i ytterligare 14 fall deltar den unge i någon form av skolverksamhet som bedrivs av HVB-hemmet utan att de har erforderligt tillstånd.

Utifrån de akter som studerats går det endast i 15 procent av fallen att besvara varför en viss institution har valts.

Omfattning och kostnader

Detta avsnitt är en beskrivning av omfattningen av och bruttokostnadsutvecklingen för institutionsvård, familjehem och öppenvård i Uppsala kommun, enligt bokslut åren 2001 – 2006.

År	Institution Kostnader Tkr	Antal personer	Antal vårddygn	Familjehem Kostnader Tkr	Antal personer	Antal vårddygn	Öppenvård Kostnader Tkr	Antal personer	Totala bruttokostn. Tkr
2001	87 937	209	42 956	34 008	323	87 082	29 853	861	151 798
2002	95 542	215	47 655	37 025	321	90 721	30 844	1064	163 411
2003	106 723	233	40 464	38 654	295	78 786	35 419	1060	180 796
2004	122 556	240	46 218	38 428	270	73 281	45 376	1638	206 360
2005	147 171	255	49 527	40 057	296	76 252	50 631	1708	237 859
2006	151 465	277	54 749	42 413	298	74 532	54 973	1730	248 851

Kostnader och volymer för insatser för barn och ungdomar 0 – 20 år, grundade på myndighetsbeslut, enligt bokslut åren 2001 – 2006. Kostnader redovisas i tusental kronor. Uppgifterna för åren 2001 och 2002, då Uppsala var indelat i kommundelar, kan vara osäkra. Fr.o.m. 2003 är uppgifterna troligen mera tillförlitliga.

INSTITUTIONER

Kostnaderna ökade åren 2001 – 2006 varje år och sammanlagt med 72 procent.

Antalet personer som placerades ökade åren 2001 – 2006 varje år och totalt med 33 procent.

Den genomsnittliga kostnaden per vårddygn för institutionsvården var:

2001	2002	2003	2004	2005	2006
2 047 kr	2 004 kr	2 637 kr	2 651 kr	2 971 kr	2 766 kr

Kostnaden per vårddygn sjönk något år 2001 – 2002 för att därefter öka kraftigt åren 2003 – 2005 för att sjunka en del år 2006. Kostnaden 2006 var 35 procent högre än 2001.

Noteras bör att antalet placeringar och kostnader för institutionsplaceringar stod stilla i landet som helhet åren 2000 – 2005, men ökade kraftigt i Uppsala (siffrorna är inte fullt jämförbara då Uppsalas siffror gäller åren 2001 – 2006).

FAMILJEHEM

Kostnaderna ökade varje år, utom 2003 till 2004, totalt med 25 procent.

Antalet personer som var föremål för familjehemsvård minskade något varje år 2001 – 2004, för att därefter öka igen åren 2005 och 2006.

Den genomsnittliga kostnaden per vård dygn för familjehemsvården var:

2001	2002	2003	2004	2005	2006
391 kr	408 kr	491 kr	524 kr	525 kr	569 kr

Kostnaden per vård dygn ökade varje år och totalt med 45 procent.

STRUKTURERAD ÖPPENVÅRD

Kostnaderna för strukturerad öppenvård som den definieras i detta sammanhang³⁰ ökade åren 2001 – 2006 varje år och sammanlagt med 84 procent.

Antalet personer i strukturerad öppenvård ökade varje år utom 2002 – 2003 och sammanlagt med 101 procent.

³⁰ I ovanstående redovisning definieras strukturerad öppenvård som samtliga insatser som beviljats enligt myndighetsbeslut och som inte är institutions- eller familjehemsplacering.

Utvecklingsförutsättningar

STATEN HAR GENOM LAGAR OCH FÖRORDNINGAR successivt höjt ambitionerna för den sociala barn- och ungdomsvården. Som vi har kunnat se finns det stora svårigheter att leva upp till dem, både lokalt i Uppsala och på nationell nivå. Ett skäl är naturligtvis att de mänskliga problem som hanteras är svåra och komplexa. Men det finns åtminstone två viktiga problemområden som gör att glappet mellan mål och verklighet verkar bestå. Det ena handlar om svårigheterna att samverka, där en viktig orsak är omorganisationer och införande av nya styrsystem inom kommunal och annan offentlig verksamhet. Det andra handlar om bristen på vägledning från forskning och annan systematiserad kunskap.

Förändringar av organisationer och styrsystem

Staten, kommunerna och en mångskiftande vårdmarknad har olika delar av ansvaret för det slutliga målet, att ge barn och ungdomar god vård och behandling. En rad aktörer och insatser är i varierande utsträckning beroende av varandra för att lyckas. Samverkan framhålls därför ständigt som ett sätt att få ”vårdkedjan” att hålla ihop.

Det har dock visat sig att samverkan sällan fungerar som man hoppas. Flera statliga utredningar och rapporter har genom åren avhandlat frågor om samverkan kring frågorna om hur samhället skall kunna hjälpa barn och ungdomar med sammansatt personlig

och social problematik. Men det har visat sig att de problem kring samverkan mellan myndigheter, ansvarfördelning, referensramar och arbetsformer som beskrevs 1974 fortfarande till stor del kvarstår.³¹ För att hitta djupare orsaker till barn- och ungdomsvårdens problem är man tvungen att gå några år tillbaka i tiden.

På 1980-talet inleddes en trend³² som innebar att kommunerna fick större formell frihet att organisera verksamheten efter egna behov och önskemål. Ett exempel på det var den nya socialtjänstlag som trädde i kraft 1982. Den var en ramlag, som gav kommunerna stor frihet att själva organisera och bedriva sin verksamhet utifrån gällande lokala förutsättningar.³³ Kommunerna skulle inte längre styras av detaljerade föreskrifter utan avregleras och styras genom mera allmänt hållna ramlagar.

År 1991 infördes en ny kommunallag som gav kommunerna stor frihet att själva bestämma om sin nämndorganisation. Kommunerna var tvungna att ha ansvariga nämnder för ledning av bl.a. utbildningsfrågor, byggnadsplanering och tillämpning av socialtjänstlagen. Men flera verksamheter kunde sammanföras under en nämnd och ansvaret för en verksamhet kunde spridas på flera nämnder. Samtidigt ålades kommunerna att ha god ekonomisk hushållning.³⁴

³¹ SOU 1974: 53, Brottsförebyggande rådet 1976:2, SOU 1998:31, SOU 2000:77, SOU 2000:114, Socialstyrelsen/Länsstyrelsen (2004), SOU 2005:81.

³² Se: Montin S. (2002) Moderna kommuner. Häggroth S. & Peterson C-G. (2002), Kommunalkunskap. Gustafsson A. (1996), Kommunal självstyrelse. SOU 2001:52, Valfärdstjänster i omvandling.

³³ SOU 2005:81, Källan till en chans, sid. 61.

³⁴ Agne Gustafsson (1996), Kommunal självstyrelse, sid. 83 – 85, 188 – 190.

Under 90-talet fick kommunerna – trots en besvärlig ekonomisk situation – ta över ett allt större ansvar för olika politikområden (äldreomsorg, handikappfrågor, psykiatri, grundskola. Kommunerna hamnade i målkonflikter, mellan krav på besparingar och att upprätthålla god välfärd – vad som var en rimlig välfärd blev i stor utsträckning en tolkningsfråga. Ett sätt att försöka ta sig ur svårigheterna blev nedskärningar och omfattande experiment med olika styr- och organisationsmodeller.

Uppsala är inget undantag från denna utveckling. Från 1980-talets mitt har försök gjorts med kommundelssystem, resultatansvar, flera försök med olika modeller för målstyrning, beställar-utförarmodell och uppdrags-åtagande-modell. En följd blev att ansvaret för den sociala barn- och ungdomsvården under en period (1987 – 2002) var spritt på sexton politiska nämnder, var och en ansvarig för sin del av den sociala barn- och ungdomsvården och den kommunala ekonomin.

Den beskrivna utvecklingen förekom inte bara i kommunerna utan inom hela offentliga sektorn. Nedskärningar och omorganisationer blev vanliga. Förändringar inom en myndighet gjordes ofta utan hänsyn till andra myndigheter. Det kunde ställa till stora problem genom att verksamheter som andra var beroende av reducerades, flyttades eller helt enkelt försvann.

Mödosamt uppbyggda nätverk kunde lätt slås sönder. Barn och ungdomar med personliga och sociala problem är en grupp som riskerar att fara särskilt illa av en sådan utveckling.

Vad kan vi lära av forskningen?

Om vi återknyter till den goda tanken att den sociala barn- och ungdomsvården och de vård- och behandlingsinsatser som tas i bruk skall styras av *vetenskap och beprövad erfarenhet och brukarnas behov*, så är utvecklingen både dystert och hoppfull.

Som vi har sett tidigare är det svårt att undersöka effekterna av vård och behandling. Bland forskare varierar tron på i vilken utsträckning det är möjligt att genomföra utvärderingar av effekter av vård- och behandlingsinsatser. Det finns relativt många studier om öppenvård, familjehems- och institutionsvård, men ingen studie som med vetenskapliga krav visar om de insatser som ges på HVB-hemmen har effekt.

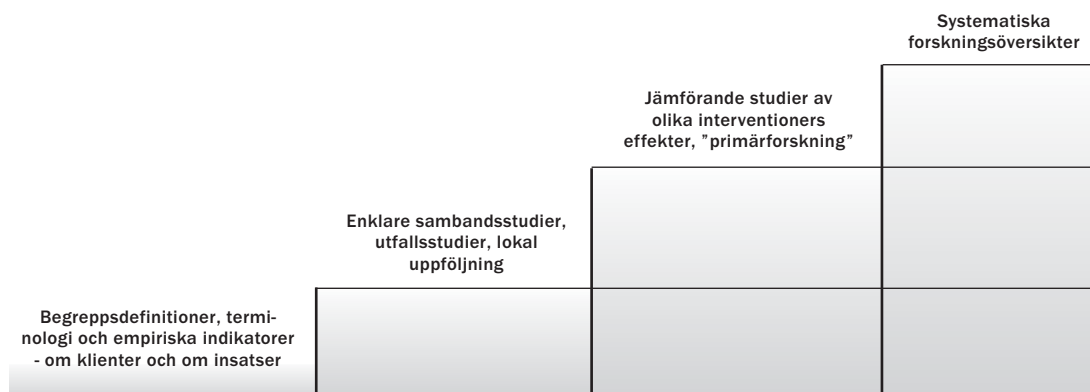
Sedan ett par decennier har det sociala arbetet i allt högre grad orienterat sig mot forskningen och sökt metoder för att följa upp och utvärdera egna erfarenheter på något systematiskt sätt. Socialstyrelsen påpekar att ambitionerna inom barn- och ungdomsvården har ökat och intresset är stort för ett mera kunskapsbaserat arbete.

Tidigare redovisade intervjuer visar att det också lokalt i Uppsala pågår en utveckling mot ett mera vetenskapligt orienterat synsätt. Tron på det sociala arbetets betydelse är också stark och viljan att vara delaktig i fortsatt utvecklingsarbete.

Ett problem är att det kräver resurser (tid, kompetens, pengar) att ta till sig forskning och att kunskapsunderlag därifrån oftast är svåra att omsätta i praktisk handling. Det handlar snarare om att orientera sig i yrkesområdets vetenskapliga utveckling för att tillägna sig ett mera vetenskapligt, medvetet och reflekterande sätt att se på det egna arbetet.

TVÅ RUTINERADE FORSKARE HAR PEKAT PÅ FAKTORER SOM INGER HOPP.

Karin Tengvald, tidigare chef för IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) på Socialstyrelsen, presenterar i en artikel tankar om hur viktigt det är att bygga kunskap nerifrån och upp. Det kräver att man på lokal nivå systematiserar och dokumenterar den erfarenhetsbaserade kunskapen. För att kunna göra det är det nödvändigt att skaffa sig gemensamma termer och begrepp. Den lokala kunskapsproduktionen i form av studier, uppföljningar och utvärderingar bidrar till att utveckla socialtjänstens verksamhet, men är också en grundförutsättning för kunskapsutveckling på ”högre” nivå. Tankegångarna illustreras i nedanstående figur.



Figur. Kunskapsproduktion nerifrån och upp, enligt Karin Tengvald³⁵

³⁵ Tengvald (2003), Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningsfulla insatser.

Tankar som ligger i linje med dessa kan man hitta i Marie Sallnäs doktorsavhandling³⁶ där några kännetecken för väl fungerande institutioner beskrivs. Arbetet bör bygga på en personalkultur grundad på gemensam kunskap om klienternas behov. Teorier, behandlingsinriktning, mål och förhållningssätt bör vara preciserade och väl beskrivna. Viktigt är också att arbetet är planerat och strukturerat.

Detta leder oss till en ”underifrånstrategi”, som har den fördelen att den bygger på lokala förutsättningar och redan gjorda erfarenheter och är en process som till många delar redan pågår.

Det handlar om att bygga vidare på en kumulativ kunskaps- och utvecklingsprocess (”sten på sten” – att ny kunskap bygger vidare på gammal).

Alternativet skulle vara att söka färdiga teorier och modeller inom forskning, eller exempel på verksamheter på andra orter som kan kopieras i förhoppningen att snabbt kunna vända en utveckling man inte är nöjd med. Självfallet är det nödvändigt att hela tiden hämta inspiration, söka kunskap och dra nytta av erfarenheter från andra kommuner. Det är också angeläget att fortsätta det pågående lokala arbetet för att skaffa kunskap om resultat och effekter med hjälp av brukarenkäter, egenutvärderingar, verksamhetsbeskrivningar och utvärderingar med begränsade krav på vetenskaplighet.

³⁶ Sallnäs (2000), Barnavårdens institutioner, sid. 19 – 25

Diskussion och slutsatser

I UPPSALA KAN VI SE att det finns brister i barnavårdsutredningar, ofta förekommande omplaceringar, svårigheter att bedöma och välja i utbudet av vård- och behandlingsinsatser och problem med att skapa och upprätthålla stabilitet och kontinuitet inom barn- och ungdomsvården. Samtidigt har kostnaderna för vård och behandling ökat kraftigt under senare år. Dessa förhållanden är dock inte specifika för Uppsala, utan verkar vara allmänt utbredda.

Den sociala barn- och ungdomsvården får med jämna mellanrum hård kritik i medierna, oftast i samband med spektakulära händelser, då samhällets representanter ansetts vara för passiva eller gjort felaktiga eller alltför omfattande ingripanden rörande enskilda individer. Kritiken kan vara mer eller mindre rättvis, men riktas i huvudsak mot de senare leden i ett sammanhängande system av lagstiftning, kontroll, tillsyn, forskning, utbildning, utvecklingsarbete och insatser på ”fältet” i form av utredningar, insatser, eftervård och uppföljning. Sammanhang och bakomliggande orsaker uppmärksammas sällan.

Det faktum att ansvaret för den sociala barn- och ungdomsvården är fördelat på så många ställer mycket höga krav på kontinuerlig och långsiktig samverkan mellan berörda myndigheter och organisationer. Samverkan är nödvändig för att klargöra olika myndigheters ansvar och gemensamt kunna planera vård- och behandlingsinsatser, att de håller god kvalitet och att inte barn, ungdomar hamnar i en kostnadskrävande rundgång av illa genomtänkta eller felaktiga insatser. Vikten av samverkan framhålls där-

för också ständigt i statliga utredningar och i de flesta sammanhang där den sociala barn- och ungdomsvården diskuteras. Men, som har visats tidigare, finns det stora hinder.

Staten har sedan många år delegerat en stor del av utvecklingsansvaret på kommunerna. Och kraven kommer inte att minska. Regeringen föreslår³⁷ förstärkningar i skyddet och stödet för barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården. Förslaget syftar till att förbättra barns och ungas ställning, skapa förutsättningar för en säker och sammanhållen vård av barn och unga samt att denna vård ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En del i förslaget är att ställningen för barn och ungdomar som placeras i familjehem och HVB-hem kommer att stärkas.

Frågan blir vad vi kan göra i Uppsala för att förbättra förhållandena för barn och unga, inom ramen för det komplexa och sammanhängande system som tidigare beskrivits.

Utvecklingsförutsättningar och utvecklingsområden

Den sociala barn och ungdomsvården är ett krävande område som för att utvecklas kräver att man arbetar parallellt med flera sammanhängande frågor.

Trots att det finns utbredda problem i hela den vårdkedja som barn- och ungdomsvården bygger på, så finns det många utvecklingsmöjligheter i Uppsala kommun. Det kommer dock att ställa stora krav på en planerad, systematisk, långsiktig utveckling och en

³⁷ Regeringens proposition 2006/07:129. Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m.

kollektiv samverkanskultur byggd på en stabil organisation med gemensamma utvecklingsperspektiv. Det nedanstående är förslag på några, till stor del sammanhängande, utvecklingsfrågor.

SKAPA STABILITET OCH ARBETA FÖR KONTINUITET I BARN- OCH UNGDOMSVÅRDEN

När socialtjänstreformen genomfördes för snart tre decennier sedan var kontinuitet ett av fem begrepp (helhetssyn, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet) som låg till grund för utvecklingen. Kontinuiteten innebar att den löpande kontakten med klienterna skulle skötas av samma personer. Trygga och förtroendefulla relationer sågs som en förutsättning för att uppnå goda vårdresultat. För att inte kontinuiteten skulle brytas om någon slutade eller bytte arbetsuppgifter krävdes ett lagarbete i kontakten med familjerna.

Socialstyrelsen framhåller bristande kontinuitet och stabilitet som en viktig orsak till att barn- och ungdomsvården har svårigheter. I tidigare redovisade intervjuer betonas att omorganisationer är ett problem som måste begränsas.

Att barn- och ungdomsvården bedrivs i stabila former är mycket viktigt i verksamheter som är ägnade att möta människor vars tillvaro är otrygg och splittrad. Där är stabilitet och personkontinuitet grundläggande förutsättningar för att kunna skapa de förtroendefulla relationer, på vilka en stor del av det sociala arbetet vilar.

Stabiliteten är också en grundläggande förutsättning för att bygga upp och bibehålla kompetens, som i socialt arbete i hög grad handlar om den samlade *kollektiva kompetens* som finns i en arbetsgrupp eller enhet. Den kollektiva kompetensen är det instru-

ment man oftast använder för att bedöma behov hos barn och ungdomar och avgöra vilka insatser som kan vara nödvändiga.

Stabilitet och kontinuitet är dessutom förutsättningar för samverkan med andra myndigheter och organisationer – kontakter som bygger på personkontinuitet, förtroende och långsiktig samverkan.

Stabilitet och kontinuitet är också förutsättningar för nästa punkt.

STÄRKA YRKESKULTUREN OCH DEN GEMENSAMMA UTVECKLINGEN

När socialtjänstreformen genomfördes framhölls också vikten av *helhetssyn* d.v.s. att ha ett brett perspektiv på människors livssituation. Ett problem skulle inte ses isolerat, utan i ett socialt sammanhang bestående av arbete, bostad, fritid, sociala relationer etc. Detta synsätt är lika aktuellt idag. Sedan dess har en nödvändig specialisering ägt rum inom barn- och ungdomsvården. För att kunna hålla helhetssynen levande ställs då höga krav på en sammanhållen organisation, där personer och enheter har lätt att kommunicera med varandra, har god kännedom om varandras verksamheter och ingår i en gemensam yrkeskultur byggd på gemensamma erfarenheter, traditioner och referenser.

Vi har sett att vetenskapen både kan vara svår att ta till sig och omsätta i praktisk handling. Men inom den sociala barn- och ungdomsvården i Uppsala kommun finns ett stort antal personer med lång erfarenhet av socialt arbete och stor samlad kompetens. Denna beprövade erfarenhet beskrivs dock sällan på ett systematiskt sätt. Troligen används inte heller kompetensen hos de mest yrkeskunniga i den utsträckning den skulle kunna göra för att utveckla yrkesområdet i egenskap av handledare, mentorer, metodutvecklare etc. Ett sådant arbete skulle bidra till att stärka yrkesområdet.

Ett sätt att tydliggöra den beprövade erfarenheten vore att tydligare och i större utsträckning beskriva verksamheter, innehåll och arbetsmetoder inom barn- och ungdomsvården. En ökad tydlighet kring vad som görs är bra, både för kontakter med medborgare, klienter/brukare och samarbetspartners i andra myndigheter och organisationer. Dessutom kan de bidra till att förutsättningarna för samarbete inom den egna organisationen underlättas. Och de bidrar också till bättre underlag för den politiska styrningen inom området.

För att verksamheterna skall gå att jämföra med varandra behöver de beskrivas på ett likartat sätt och ett mål bör vara att sträva efter en gemensamt gällande terminologi.

FRÅGA BARN, UNGDOMAR OCH DERAS FAMILJER

Kunskapen inom forskningen om vad barn, ungdomar och deras familjer tycker om den vård och behandling de tagit del av är näst intill obefintlig. Samtidigt är de troligen den viktigaste informationskällan när man skall bedöma resultaten av vård- och behandlingsinsatser och skaffa sig underlag för att bygga upp nya och bättre insatser.

Det bör därför bli ett återkommande inslag i utvecklingen att, på ett systematiskt sätt, fråga både dem som är aktuella i någon form av insats och dem som – med mer eller mindre lyckade resultat – tagit del av vård- och behandlingsinsatser. Detta är nödvändigt för utvecklingen av barn- och ungdomsvården i allmänhet och av vård- och behandlingsinsatser i synnerhet.

ÖKA KUNSKAPEN OM VÅRDUTBUDET OCH CENTRALISERA ANSVARET FÖR PLACERINGAR

Som beskrivits tidigare bedrivs den sociala dygnsvården till nästan 90 procent av olika enskilda aktörer. Verksamheterna är ofta vagt beskrivna och innehåll och kvalitet svårt att jämföra, bl.a. för att det saknas en allmänt gällande terminologi. Eftersom insatserna är geografiskt spridda är det tids- och kostnadskrävande att skaffa sig kännedom om innehåll och kvalitet. Det gör det också svårt att hålla kontakt och följa placerade barn och ungdomar under behandlingstiden.

Det ställs stora krav på enskilda socialsekreterare att bedöma behandlingsinnehåll och kvalitet, att skriva avtal och, i fall då placeringar sker utanför ramavtal, inhämta information om de institutioner som anlitas. Det ofta svårbedömda behandlingsinnehållet bör vara lämpat för de problem som skall avhjälpas. Men eftersom också den problematik som ligger till grund för en placering ofta är svårbedömd så är frågan om matchning komplicerad.

För att kunna bedöma vård- och behandlingsinnehåll krävs därför erfarna personer med kännedom om många typer av verksamheter (bredd), om det inre livet på institutioner (djup) och familjehem och om barns och ungdomars behov. Detta kräver en stärkt samordning och centralisering av ansvaret för placeringar. Ett sådant ansvar kräver mycket arbete för att hålla sig a jour med utvecklingen, bl.a. genom att löpande ta del av genomförda tillsynsrapporter från kommunen och Länsstyrelsen.

UTVECKLA STRUKTURERAD ÖPPENVÅRD OCH STÄRK FAMILJESTÖDET PÅ HEMMAPLAN

En annan fråga som framhölls när socialtjänstreformen genomfördes var närhetsprincipen som innebar att människor som vårdades på institutioner helst skulle göra det nära hemmet för att lättare kunna hålla kontakt med familj, vänner och den miljö med vilken personens problem hängde samman.

Genom att bygga upp insatser i Uppsala eller stadens närhet ökas möjligheterna att ha nära kontakter under placeringstiden, att stärka kontrollen och snabbare rätta till eventuella missförhållanden.

I de intervjuer som redovisats betonas att öppenvården på hemmaplan borde byggas ut (verksamheter som nämns är Perrongen, Funktionell familjeterapi och Multisystemisk terapi). Ett annat utbrett önskemål är förstärkning av familjestöd på hemmaplan i olika former, för att kunna arbeta på ett mer samlat sätt med familjer, ibland med hemmet som utgångspunkt. Det påpekas att sådana insatser kan bidra till att förhindra familjehems- och institutionsplaceringar.

För att en sådan utveckling skall bli framgångsrik krävs att välunderbyggda underlag av kunskaper grundade på ”de tre benen” vetenskap, beprövad erfarenhet och barns, ungdomars och familjers synpunkter på vård- och behandlingsinnehåll.

AVSLUTANDE KOMMENTAR

De föreslagna åtgärderna har naturligtvis syftet att utveckla stödet till barn, unga och deras familjer. Men en förhoppning är också att skattepengarna efter hand skall kunna användas på ett bättre sätt. Skall detta kunna göras i en omfattning som motsvarar sta-

tens förväntningar och barns, ungdomars och familjers behov kommer betydligt mer resurser än idag behöva avsättas för utvecklingsändamål. Det handlar till stor del om att successivt styra om verksamheten inom befintliga ekonomiska ramar. Dessutom är det helt nödvändigt att utvecklingsarbetet sker med stor öppenhet och samarbete över kommunala gränser.

Termer och begrepp

DET FÖLJANDE ÄR förklaringar till några förekommande termer, begrepp och förkortningar. De bygger på angivna källor³⁸. I några fall har vissa språkliga förändringar gjorts för att bättre passa detta sammanhang. Författaren tar hela ansvaret för eventuella felaktigheter som därmed kan ha uppstått.

<i>Anmälning och ansökan</i>	Barnavårdsärenden aktualiseras oftast genom anmälan eller ansökan från barn, ungdomar och familjer, samt information från allmänhet och professionella grupper till socialtjänsten, när det förekommer misstankar om att barn eller ungdomar far illa.
<i>Barn</i>	Avser enligt Barnkonventionen åldersgruppen 0 – 18 år. Ibland förekommer en indelning där barn avser åldersgruppen 0 – 12 år och ungdomar åldersgruppen 13 – 17 år.
<i>BBIC</i>	Barns behov i centrum, ett system för systematisk dokumentation och uppföljning av barnavårdsärenden.

³⁸ SOU 2005:81, Källan till en chans sid. 17 – 19 och 179 – 190. Stefan Wiklund (2006), Den kommunala barnavården, sid. 9 – 10. Socialstyrelsen, Barn och unga – insatser 2006, sid. 16 – 19. Socialstyrelsen, Social rapport 2006, sid. 270. Socialstyrelsen, Socialtjänsten i Sverige – en översikt 2003, sid. 74 – 81. Socialstyrelsen, Öppen-vårdens former, sid. 56 – 58.

<i>Familjehem</i>	Enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Kallades förr fosterhem.
<i>Fosterhem</i>	Ett tidigare namn på det som idag kallas familjehem.
<i>Heldygnsinsats</i>	Vård med placering utanför det egna hemmet enligt SoL, omedelbart omhändertagande enligt LVU samt vård med placering enligt LVU.
<i>Hem för vård eller boende (HVB)</i>	Hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med boende och vars verksamhet bedrivs yrkesmässigt, av offentlig eller privat huvudman. Institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) räknas inte in.
<i>IFO</i>	Individ- och familjeomsorg.
<i>Insats</i>	Kommunerna kan erbjuda olika former av insatser för barn och ungdomar som far illa eller riskerar att göra det. De kan vara generellt eller individuellt inriktade. Ofta brukar insatserna delas in i två kategorier: öppenvård eller heldygnsvård. I socialtjänstlagen delas insatser in i tre kategorier: strukturella, generella och individuella. Individuella insatser är alltid behovsprövade.

<i>Jourhem</i>	Enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn och ungdomar för tillfälliga placeringar. Det ska vara lika bra utrett som ett familjehem men har ett generellt tillstånd att ta emot barn och ungdomar för tillfälliga placeringar, främst i akuta situationer.
<i>Kontaktfamilj</i>	Familj som utses av socialnämnden för att ta emot barn för regelbunden vistelse och att finnas till hands i övrigt för barnet och dess närstående.
<i>Kontaktperson</i>	a) Enligt SoL: Person som utses av socialnämnden för att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter. b) Enligt LVU: Person som utses av socialnämnden och som den unge ska hålla regelbunden kontakt med enligt vad som sägs i behandlingsplanen.
<i>LVU</i>	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.
<i>Mellantvång</i>	Förebyggande insats i öppen form som socialnämnden får besluta om för ungdom oberoende av dennes eller vårdnadshavarens samtycke.
<i>Nätverkshem</i>	Familjehemsplacering hos anhörig eller annan närstående.

<i>Omedelbart omhändertagande</i>	Socialnämnden kan med stöd av 6 § i Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) omedelbart omhänderta barn och unga. Beslutet skall underställas länsrätten inom en vecka.
<i>Personligt stöd</i>	Behovsprövat stöd och behandling som ges till barnet/den unge och som kan utföras av t.ex. socialsekreterare, behandlingsassistent, ”hemmahosare” eller dylikt.
<i>Placeringsform</i>	I den officiella statistiken redovisas åtta placeringsformer: <ul style="list-style-type: none"> • Familjehem • Nätverkshem • Jour-/beredskapshem • Hem för vård eller boende som drivs av kommun eller landsting • Hem för vård eller boende som bedrivs av enskild • Hem med särskild tillsyn enligt 12 § LVU • Eget hem • Annan placeringsform
<i>Programverksamhet</i>	Insatsform som syftar till att påverka barnets/den unges eller familjens kunskaper, färdigheter och /eller beteenden genom ett på förhand framtaget program. Insatsen ges inom en avgränsad tid och bestämt antal timmar i veckan.
<i>Social dygnsvård:</i>	Familjehems- eller institutionsvård för barn och ungdomar.

<i>SoL</i>	Socialtjänstlagen
<i>Strukturerad öppenvård</i>	Individuellt målinriktade program som är regelbundna, begränsade i tiden och i vilka klienterna är inskrivna och vistas under hel dag eller del av dag.
<i>Särskilda ungdomshem</i>	Institutioner för vård av unga som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) för ungdomar som med allvarliga beteendeproblem och som därför behöver särskilt noggrann tillsyn. Kallades förr ungdomsvårdsskolor.
<i>Vårdperiod</i>	Sammanhängande period under vilken ett barn haft en eller flera vårdinsatser. Uppehållet före en ny insats får inte överstiga 13 dagar för att den skall räknas in i vårdperioden.
<i>Strukturerad öppenvård</i>	Individuellt målinriktade program som är regelbundna, tidsbegränsade och i vilka klienterna är inskrivna och vistas under hel dag eller del av dag.
<i>Öppenvårdsinsats</i>	Består av många olika insatser vilka i de flesta fall ges i form av bistånd enligt SoL. Det kan vara allt ifrån utsedd kontaktperson eller kontaktfamilj till individuellt anpassade målinriktade program där barnet/den unge är inskriven en bestämd tid.

Referensförteckning

Andersson, Gunvor & Sallnäs, Marie (2007). *Svensk barnavårdsforskning – en översikt över ett och ett kvarts års forskningsproduktion.*

Socionomens forskningssupplement nr. 22.

Andreassen, Tore (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) & Statens institutionsstyrelse (SiS).
Gothia.

Brottsförebyggande rådet (1976). *Samarbete för barn och ungdom.*
Rapport 1976:2.

Compro (2007). *Förteckning över Hem för vård eller boende & familjevårdsenheter m. m.*
Compro Media AB.

Egelund, Tine & Hestbaeck (2003). *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet.*
Socialforskningsinstituttet 03:04, København.

Engelbrektsson, Lotta (2006). *Programmen innehåller lite vad som helst.*
Tidningen Socionomen nr. 6/2006.

Flambe, Yvonne (2007). *Redovisning av placeringar vid hem för vård eller boende (HVB) beslutade av Uppsala kommuns distriktsnämnder.*

Uppsala kommun, Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad.

Gustafsson Agne (1996). *Kommunal självstyrelse*.
SNS förlag.

Hermodsson, Anne & Hansson, Cecilia (2005). "Demokrati i det lilla?" *Ungdomars delaktighet i sin behandling*.

Statens institutionsstyrelse, forskningsrapport nr. 2, 2005.

Häggroth, Sören & Peterson, Carl-Gunnar (2002). *Kommunalkunskap*.
Hjalmarson & Högberg.

Larsson, Annika & Bolmstedt, Åsa (2006). *Vinstmaskinen*.
Fokus 10 – 17 november 2006.

Montin, Stig (2002). *Moderna kommuner*.
Liber

Riksdagens revisorer (2001). *Familjehemsvården*.
Rapport 2001/02:16.

Riksrevisionsverket (2002). *Tillsyn av behandlingshem för barn och ungdomar*.
Effektivitetsrevisionen RRV 2002:6.

Sallnäs, Marie (2000). *Barnavårdens institutioner – framväxt, ideologi och struktur*.
Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.

Sallnäs, Marie (2005). *Institution eller familjehem? Om kommunal variation och vad den hänger samman med*.

Socionomen nr. 6, 2005.

Sallnäs, Marie (2005). *Vårdmarknad med svårigheter – om privata aktörer inom institutionsvården för barn och ungdomar*.

Socialvetenskaplig tidskrift nr. 2 – 3, 2005.

Socialstyrelsen & Länsstyrelserna (2006). *Social tillsyn 2005. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.*

Socialstyrelsen (2000). *Utvecklingsprogram för social tillsyn.*

Socialstyrelsen (2003). *Socialtjänsten i Sverige. En översikt.*

Socialstyrelsen (2006). *Barn och unga – insatser år 2006.*

Socialstyrelsen (2006). *Grundbok. Barns behov i centrum.*

Socialstyrelsen (2006). *Lägesrapporter 2006, Individ- och familjeomsorg.*

Socialstyrelsen (2006). *Social rapport 2006.*

Socialstyrelsen (2006). *Öppenvårdens former. En kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård 0 – 20 år.*

Socialstyrelsen, Länsstyrelserna (2004). *Mellan två stolar? Om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri: verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör.*

SOU 1974:53. *Skolans arbetsmiljö.* Betänkande utgivet av Utredningen om skolans inre arbete – SIA.

Utbildningsdepartementet.

SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag.* Huvudbetänkande av Socialtjänskommittén.

SOU 1998:31. *Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar.*

Socialdepartementet.

SOU 2000:114. *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet.* Socialdepartementet.

SOU 2000:77. *Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga.*
Betänkande av LVU-utredningen.

SOU 2001:52. *Välfärdstjänster i omvandling.* Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut.

SOU 2005:81. *Källan till en chans.* Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Betänkande av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén.

Tengvald, K.(2003) Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningfulla insatser i Varg, Nils red. *Perspektiv på kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten – en antologi.*
Socialstyrelsen.

Wiklund, Stefan (2006). *Den kommunala barnvården – om anmälningar, organisation och utfall.*
Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.

Wikström, P-O & Torstensson, Marie (1997). *Lokalt brottsförebyggande arbete.*

www.socialstyrelsen.se/IMS/

BILAGA

Nedanstående text skickades ut till de tio personer inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg som intervjuades. Fyra kom från fyra olika barn- och familjeenheter, fyra från fyra olika ungdomsenheter och två från två placeringsenheter. Samtliga arbetar inom den del av socialtjänsten som benämns myndighetsutövning. Deras verksamma tid inom socialtjänsten varierar mellan knappt fyra och över 35 år. Den genomsnittliga erfarenheten av yrket är drygt 20 år. Namnen på de intervjuade personerna samt andra för detta sammanhang irrelevanta delar (ex. förslag på tider för sammanträffande) har tagits bort från det utskickade brevet.

Datum: 2007-02-28

Intervjuer om socialtjänstens arbete med barn och ungdomar

På uppdrag av Socialnämnden för barn och unga genomförs detta år ett projekt för utvärdering av genomförda placeringar på HVB-hem och pågående insatser i öppenvård (projektbeskrivningen bifogas).

Projektet ingår i ett långsiktigt utvecklingsarbete (i samverkan mellan Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad, UAK och Uppsala produktion vård och bildning, UVB) som syftar till förbättrade vård- och behandlingsinsatser för barn och ungdomar.

Då vård- och behandlingsinsatserna är en del i en vårdkedja (ett utkast bifogas) måste behandlingsresultaten ses i de sammanhang de ingår. Därför ska bl.a. även de lokala förutsättningarna, möjligheter och hinder, inom socialtjänsten i Uppsala beskrivas.

Därför önskar jag prata med er (utsedda av Mary Nilsson) kring följande allmänt hållna frågor:

- Hur är din nuvarande arbetssituation och förutsättningarna för att utföra ett bra arbete?
- Hur är dina/era möjligheter att göra samlade bedömningar av barns/ungdomars behov?
- Hur ser du på vårdutbudet, ”marknaden”? Finns det ett utbud av insatser som motsvarar de behov du ser? Har du kunskap om utbudet? Har vårdutbudet den kvalitet som krävs?
- Hur ser du på det samlade resultatet (effekter, utfall) av de insatser barn och ungdomar får?
- Hur har arbetet utvecklats de senaste 5, 10 åren? Vad har blivit bättre, sämre?
- Vilken utveckling vill du se? Möjligheter och viktiga utvecklingsområden?

Syfte med intervjuerna är att få en allmän bild av läget inom den del av socialtjänsten som ansvarar för placeringar av barn och unga. Det handlar inte om en uppföljning eller utvärdering av er verksamhet. Inte heller om exakta frågor som kräver exakta svar. Ingen kommer att citeras utan att (om det skulle bli aktuellt) tillfrågas i förväg. Däremot kan intervjuerna bli underlag för någon resonerande del i den rapport jag skall skriva.

Med vänliga hälsningar

Lars Nelander
Uppdragskonsult, projektledare
Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad
Tel. 018-727 14 75

SOCIALNÄMNDEN FÖR BARN OCH UNGA i Uppsala har sedan den 1 januari 2007 ett samlat socialpolitiskt ansvar för barn och ungdomar i åldrarna 0 – 20 år. Denna rapport har tagits fram för att nämnden skall få bättre kunskaper om de vård- och behandlingsinsatser som genomförs och hur de ekonomiska resurserna används.

I rapporten ges en allmän faktabakgrund om barn och ungdomar i social dygnsvård och öppenvård: hur många placeras i Sverige, till vilka kostnader, av vilka orsaker och hur har vårdutbudet utvecklats under senare år?

Därefter undersöks i vilken utsträckning kommunerna har möjlighet att leva upp till ökade statliga krav att verka för barnens bästa och att ansvara för vård och behandling av god kvalitet. Vad vet vi egentligen om effekterna? Vad vet vi genom tillsyn uppföljning och gjorda utvärderingar på nationell nivå?

I ett kapitel om lokala förhållanden i Uppsala kommun intervjuas tio yrkespersoner inom den sociala barn- och ungdomsvården om sin syn på den egna arbetssituationen, om möjligheterna att bedöma behov hos barn och ungdomar och kvaliteten på vårdutbudet samt om sin syn på hur barn- och ungdomsvården skall kunna förbättras. I samma avsnitt refereras en lokalt genomförd undersökning om 281 barn och ungdomar som under åren 2005 och 2006 varit placerade i Hem för vård eller boende. Slutligen beskrivs i kapitlet omfattningen av och kostnadsutvecklingen för social dygnsvård och öppenvård åren 2001 – 2006 i Uppsala.

I rapporten konstateras att det finns ett glapp mellan statliga krav på kommunerna och lokala förutsättningar att leva upp till dem. Två orsaker till det beskrivs. Den ena handlar om omorganisationer och införande av nya styrsystem inom kommunal och annan offentlig verksamhet och hur det slagit sönder möjligheter till samverkan. Den andra handlar om bristen på vägledning från forskning och annan systematiserad kunskap.

Rapporten avslutas med resonemang om vad som kan vara framgångsrika utvecklingsvägar i Uppsala kommun och förslag ges på fem, till stor del sammanhängande, utvecklingsområden.