

# Barns och ungas rätt vid tvångsvård

Förslag till ny LVU

Del B

*Slutbetänkande av Utredningen om tvångsvård för  
barn och unga*

*Stockholm 2015*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2015:71**

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst.  
Beställningsadress: Fritzes kundtjänst, 106 47 Stockholm  
Ordertelefon: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Webbplats: [fritzes.se](http://fritzes.se)

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

*Svara på remiss – hur och varför.*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02)*

En kort handledning för dem som ska svara på remiss. Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på [regeringen.se/remisser](http://regeringen.se/remisser)

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24329-9

ISSN 0375-250X

# Innehåll

<b>Förkortningar</b> .....	<b>35</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>39</b>
<b>1 Författningsförslag</b> .....	<b>63</b>
1.1 Förslag till lag (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga.....	63
1.2 Förslag till lag (2017:00) om förbud mot berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende.....	90
1.3 Förslag till lag (2017:00) om hälsoundersökning av barn och unga vid beslut om vård utanför det egna hemmet.....	92
1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	93
1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	100
1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.....	101
1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård.....	106
1.8 Förslag till lag om ändring i lagen (1989:14) om erkännande och verkställighet av utländska vårdnadsavgöranden m.m. och om överflyttning av barn ..	109
1.9 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	110

1.10	Förslag till lag om ändring i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård.....	112
1.11	Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet .....	113
1.12	Förslag till lag om ändring i utlänningslagen (2005:716) .....	115
1.13	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (2010:110) .....	116
1.14	Förslag till lag om ändring i skollagen (2010:800) .....	119
1.15	Förslag till lag om ändring i delgivningslagen (2010:1932) .....	120
1.16	Förslag till lag om ändring i brottsskadelagen (2014:322) .....	121
1.17	Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) .....	122
<b>2</b>	<b>Utredningens uppdrag och arbete .....</b>	<b>125</b>
2.1	Direktiven .....	125
2.2	Uppdraget i korthet .....	126
2.3	Hur arbetet har bedrivits .....	127
2.3.1	Barns och ungas synpunkter har hämtats in.....	127
2.3.2	Forskning och erfarenheter från andra länder.....	128
2.3.3	Samråd och avstämning med andra utredningar .....	128
2.3.4	Utredningens övriga kontakter .....	129
2.4	Betänkandets disposition .....	130
<b>3</b>	<b>Barnrättsperspektivets grunder .....</b>	<b>133</b>
3.1	Inledning .....	133
3.2	Mänskliga rättigheter.....	133
3.3	Barnkonventionen .....	135

3.3.1	Medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter .....	136
3.3.2	Särskilt om barnets bästa.....	138
3.3.3	Kontroll av efterlevnad.....	139
3.3.4	Barnkonventionen ska bli svensk lag.....	140
3.4	Europakonventionen .....	141
3.4.1	Rätt till respekt för privatliv, familjeliv, hem och korrespondens .....	142
3.5	Andra konventioner och dokument .....	144
3.6	Skyddet för enskildas rättigheter och friheter i svensk rättsordning.....	146
3.7	Rättssäkerhet.....	148
3.7.1	Formell rättssäkerhet .....	149
3.7.2	Materiell rättssäkerhet.....	150
3.8	Barnrätt, tvångsvård och etik .....	151
<b>4</b>	<b>En ny LVU – inledande överväganden och förslag.....</b>	<b>153</b>
4.1	Inledning .....	153
4.2	Vägen till dagens LVU.....	154
4.2.1	1902 års vanartslag .....	154
4.2.2	1924 års barnavårdslag.....	155
4.2.3	1960 års barnavårdslag.....	155
4.2.4	1980 års LVU .....	156
4.2.5	1990 års LVU .....	158
4.3	Barn- och ungdomsvårdens målgrupp.....	159
4.3.1	Olika former av utsatthet.....	159
4.3.2	Socialpolitikens betydelse för hur målgruppen beskrivs.....	160
4.3.3	Lagens benämningar .....	162
4.3.4	Otydlighet om målgruppen .....	163
4.4	Utveckling av vård enligt LVU och annan samhällsvård....	164
4.4.1	Några huvuddrag i utvecklingen.....	164
4.4.2	Kompetens i socialtjänstens myndighetsutövning.....	168

4.4.3	Barn och unga om samhällsvården .....	169
4.4.4	Statistik över insatser .....	170
4.4.5	Kostnader .....	176
4.5	Utredningens överväganden och förslag.....	177
4.5.1	Inledande överväganden .....	177
4.5.2	Det behövs en ny LVU .....	180
4.5.3	Barnrättsperspektivet måste stärkas i tvångsvården för barn och unga .....	183
4.5.4	Kunskapsstöd, kunskapsutveckling och uppföljning behövs för att syftet med den nya LVU ska uppnås .....	186
<b>5</b>	<b>Barns och ungas rätt till skydd och god vård.....</b>	<b>189</b>
5.1	Uppdraget .....	189
5.2	Utgångspunkter.....	189
5.3	Synen på barn – från objekt till en aktör med rättigheter..	191
5.3.1	Barnet ska tillförsäkras rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi .....	192
5.3.2	Barnkonventionens barnrättssyn .....	193
5.4	Ansvar för att barn får en trygg uppväxt .....	195
5.4.1	Vårdnadshavaren ansvarar för barnets grundläggande rättigheter.....	196
5.4.2	Socialnämnden ansvarar för stöd och skydd till barn och unga.....	197
5.5	Generella krav på socialtjänstens insatser .....	198
5.5.1	Respekt för den enskildes självbestämmande och integritet .....	198
5.5.2	Kvalitet och kompetens .....	198
5.5.3	Samverkan.....	199
5.6	Barns och ungas rättigheter under vårdens genomförande .....	199
5.6.1	God vård .....	200
5.6.2	Samhörighet med närstående och kontakt med hemmiljön.....	203
5.6.3	Utbildning och hälsa .....	206

5.6.4	Barn i HVB har sämre levnadsnivå .....	206
5.6.5	Placerade barns och ungas fritid .....	207
5.7	Barns och ungas rätt till delaktighet .....	209
5.7.1	Rätt att få relevant information .....	210
5.7.2	Rätt att få framföra sina synpunkter .....	212
5.7.3	Hänsyn ska tas till barns och ungas åsikter .....	214
5.7.4	Stöd till barn för att deras rättigheter ska tillvaratas .....	217
5.8	Utredningens överväganden och förslag .....	220
5.8.1	Inledande överväganden .....	220
5.8.2	Lagen ska syfta till skydd och en god vård .....	222
5.8.3	Tydligare krav på tvångsvården .....	223
5.8.4	Socialnämndens ansvar för umgänge ska även gälla syskon och andra närstående .....	230
5.8.5	Barnets eller den unges rätt till information och delaktighet ska förtydligas .....	231
5.8.6	Oberoende barnombud kan behövas för att tillgodose barns och ungas rättigheter .....	234
5.8.7	Uppföljning av vården .....	237
<b>6</b>	<b>Öppna insatser utan samtycke .....</b>	<b>239</b>
6.1	Uppdraget .....	239
6.2	Öppna insatser utan samtycke .....	239
6.2.1	Begrepp och termer .....	240
6.3	Förebyggande insatser enligt 22 § LVU .....	241
6.3.1	Dagens reglering .....	241
6.3.2	Användning .....	244
6.3.3	Förhållande till påföljdssystemet för unga lagöverträdare .....	247
6.3.4	Resultat av insatser enligt 22 § LVU .....	249
6.4	Öppen vård utan samtycke även vid brister i hemmiljön? .....	250
6.4.1	Tidigare utredningar .....	250
6.4.2	Andra förslag och analyser .....	253
6.4.3	Nya bestämmelser i SoL om åtgärder och insatser oberoende av samtycke .....	255

6.5	Förhållande till öppenvårdens utveckling .....	257
6.5.1	Statistik och öppna jämförelser .....	257
6.5.2	Olika typer av öppenvårdsinsatser .....	258
6.5.3	Effekter av öppenvård .....	259
6.5.4	Kan öppna insatser förebygga eller ersätta placering? .....	261
6.6	Öppna insatser utan samtycke i andra länder .....	262
6.6.1	Danmark .....	262
6.6.2	Norge .....	267
6.7	Utredningens överväganden och förslag .....	270
6.7.1	Inledande överväganden .....	270
6.7.2	Öppna insatser utan samtycke för unga till följd av deras eget beteende .....	273
6.7.3	Öppna insatser till barn under 15 år utan vårdnadshavares samtycke .....	276
6.7.4	Öppna insatser till vårdnadshavare utan deras samtycke .....	281
<b>7</b>	<b>Förutsättningar för tvångsvård utanför det egna hemmet .....</b>	<b>287</b>
7.1	Uppdraget .....	287
7.2	Förutsättningar för vård utanför det egna hemmet .....	288
7.3	Miljöfallen .....	288
7.3.1	Fysisk och psykisk misshandel .....	289
7.3.2	Otillbörligt utnyttjande .....	294
7.3.3	Brister i omsorgen .....	295
7.3.4	Något annat förhållande i hemmet .....	297
7.4	Beteendefallen .....	300
7.4.1	Missbruk av beroendeframkallande medel .....	301
7.4.2	Brottslig verksamhet .....	303
7.4.3	Något annat socialt nedbrytande beteende .....	303
7.4.4	Förutsättningar för vård ur ett könsperspektiv ..	308
7.5	Konkreta respektive abstrakta rekvisit .....	309
7.6	Påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas .....	311



7.6.1	Aktualitetsprincipen.....	317
7.7	Samtycke till vård.....	319
7.7.1	Vård med stöd av LVU trots samtycke till frivillig vård.....	319
7.7.2	Samtyckets utformning.....	323
7.8	LVU-vård efter avslutad verkställighet av slutet ungdomsvård.....	323
7.8.1	LSU-vård under pågående LVU-vård.....	325
7.9	Vård för unga med en psykiatrisk problematik och gränsdragningen mot LPT.....	325
7.9.1	HFD:s domar från 2010.....	327
7.9.2	Psykiatrilagsutredningens förslag.....	331
7.10	Särskilt om vård av personer i åldern 18–20 år.....	333
7.11	Utredningens överväganden och förslag.....	335
7.11.1	Inledande överväganden.....	335
7.11.2	Miljörekvisiten ska vara oförändrade.....	337
7.11.3	Rekvisitet annat socialt nedbrytande beteende ska modifieras.....	338
7.11.4	Rekvisitet missbruk av beroendeframkallande medel ska även omfatta dopningsmedel.....	345
7.11.5	Rekvisitet brottslig verksamhet ska behållas.....	346
7.11.6	Vård ska fortsatt kunna beredas den som ännu inte fyllt 20 år.....	347
7.11.7	Prognosrekvisitet ska vara oförändrat.....	350
7.11.8	Det ska framgå att lagen kan tillämpas trots att samtycke till vård har lämnats.....	351
7.12	Barn som får vård enligt LVU och är aktuella för utvisning.....	352
<b>8</b>	<b>Omedelbart omhändertagande.....</b>	<b>357</b>
8.1	Uppdraget.....	357
8.2	Förutsättningar för omedelbart omhändertagande.....	357
8.2.1	Sannolikt behov av vård enligt LVU.....	358
8.2.2	Rättens beslut kan inte avvaktas.....	359
8.2.3	Omedelbart omhändertagande vid häktning.....	361

8.2.4	Utformningen av nämndens beslut.....	361
8.3	Omedelbara omhändertaganden är vanligt förekommande.....	363
8.4	Beslutanderätt vid omedelbart omhändertagande .....	364
8.4.1	Även rätten kan besluta om omedelbart omhändertagande .....	364
8.5	Socialnämndens befogenheter under tiden för det omedelbara omhändertagandet.....	365
8.6	Beslutet ska underställas förvaltningsrätten .....	365
8.7	Förvaltningsrättens prövning .....	366
8.7.1	Utformningen av förvaltningsrättens beslut .....	367
8.8	Upphörande av beslutet .....	368
8.8.1	Beslutet underställs inte i rätt tid .....	368
8.8.2	Ansökan om vård görs inte .....	371
8.8.3	Frågan om vård avgörs slutligt .....	372
8.8.4	Beslut om upphörande när skäl för omhändertagande inte längre finns .....	373
8.9	Omedelbart omhändertagande i ärenden enligt Bryssel II-förordningen .....	374
8.9.1	Bryssel II-förordningen.....	374
8.10	Kritiska synpunkter på rättssäkerheten i samband med omedelbart omhändertagande .....	376
8.11	Utredningens överväganden och förslag.....	377
8.11.1	Inledande överväganden .....	377
8.11.2	Utformningen av nämndens beslut.....	378
8.11.3	Socialnämndens befogenheter behöver tydliggöras .....	379
8.11.4	Ett beslut om omedelbart omhändertagande ska underställas utan dröjsmål.....	381
8.11.5	Domstolens tidsfrist för prövning av nämndens beslut ska modifieras.....	382
8.11.6	Oförändrad tidsfrist för ansökan om vård .....	383
8.11.7	Ett beslut om vård ska gälla omedelbart .....	384

8.11.8	Omedelbart omhändertagande i ärenden enligt Bryssel II-förordningen .....	385
<b>9</b>	<b>Socialnämndens utredning och planering av vården ....</b>	<b>387</b>
9.1	Uppdraget.....	387
9.2	Socialnämndens generella utredningsansvar.....	387
9.3	Socialnämndens utredningsansvar när det gäller barn .....	388
9.3.1	Långtgående utredningsansvar .....	388
9.3.2	Omedelbar skyddsbedömning.....	389
9.3.3	Förhandsbedömning .....	389
9.3.4	Nationell statistik saknas .....	391
9.3.5	Få anmälningar leder till insats .....	391
9.4	Utredningen – regler och tillämpning .....	392
9.4.1	Krav på skyndsamhet, underrättelse och delaktighet.....	392
9.4.2	Samtal med barn utan vårdnadshavarens samtycke.....	394
9.4.3	Möjlighet att hämta in information från utomstående.....	395
9.4.4	Utredningsansvaret och proportionalitetsprincipen .....	396
9.5	Utredning av unga över 18 år .....	397
9.6	Utredningens innehåll och genomförande.....	398
9.6.1	Planerad, strukturerad och kunskapsbaserad.....	398
9.6.2	Fokus på barnet .....	399
9.6.3	Barns behov i centrum (BBIC).....	399
9.6.4	Utredningar vid misstanke om brott.....	402
9.7	Barns och ungas delaktighet i utredningen .....	403
9.7.1	Rätt till relevant information och att komma till tals.....	403
9.7.2	Begränsad kunskap om dagsläget .....	404
9.7.3	Utvecklingsarbete pågår.....	405
9.8	Föräldrars och nätverkets delaktighet i utredningsprocessen .....	406

9.8.1	Samarbete med föräldrarna – en förutsättning för att kunna hjälpa barnet?.....	406
9.8.2	Arbetsätt som särskilt betonar delaktighet och involverar nätverket .....	407
9.9	Analys och riskbedömning .....	409
9.9.1	Bedömningsmetoder.....	409
9.10	Beslut och dokumentation av utredningen.....	411
9.10.1	Några dilemman i beslutsfattandet .....	412
9.11	Uppföljning efter avslutad utredning.....	413
9.12	Ansökan om vård enligt LVU .....	414
9.12.1	Ett fåtal utredningar leder till ansökan om LVU .....	414
9.12.2	Särskilda regler om utredningstid och offentligt biträde .....	415
9.12.3	Krav på utredningen.....	416
9.12.4	Innehållet i ansökan om vård enligt LVU .....	417
9.12.5	Granskning av beslutsunderlag och domar i LVU-ärenden.....	419
9.12.6	Synpunkter från organisationer.....	420
9.13	Vårdplan inför beslut om placering .....	422
9.14	Läkarundersökning enligt LVU.....	423
9.14.1	Samtycke är huvudprincipen .....	423
9.14.2	Ett komplement till den sociala utredningen .....	424
9.14.3	Tillämpningen av bestämmelsen .....	425
9.14.4	Regler och rekommendationer om intyg inom hälso- och sjukvården .....	426
9.15	Allmänt om hälsundersökning i samband med placering.....	427
9.15.1	Stora hälsoproblem har påvisats .....	427
9.15.2	Rekommendationer om undersökning av barns och ungas hälsa inför placering .....	428
9.15.3	Hälsundersökningar och andra undersökningar.....	429
9.15.4	Lagstiftning om hälsundersökningar i andra nordiska länder .....	432

9.16	Utredningens överväganden och förslag .....	433
9.16.1	Inledande överväganden.....	433
9.16.2	Barns delaktighet i utredningen behöver utvecklas .....	436
9.16.3	Det tvärprofessionella arbetet vid utredning och placering ska stärkas .....	437
9.16.4	En ny bestämmelse om innehållet i ansökan om vård enligt LVU .....	439
9.16.5	Syftet med läkarundersökning inför ansökan om LVU ska tydliggöras .....	442
9.16.6	Hälsoundersökning ska erbjudas barn och unga inför en placering.....	445
9.17	Förtroendevaldas roll och delegationsbestämmelserna .....	450
9.17.1	Nuvarande delegationsordning.....	450
9.17.2	Kunskapsläget om förtroendevaldas roll.....	452
9.17.3	Delegationsordningen bör ses över .....	453
<b>10</b>	<b>Den rättsliga processen .....</b>	<b>455</b>
10.1	Uppdraget.....	455
10.2	Den rättsliga processen.....	455
10.2.1	Rätten till en rättvis rättegång .....	456
10.2.2	Parter i processen .....	458
10.2.3	Offentligt biträde .....	461
10.2.4	Det offentliga biträdets uppgifter .....	465
10.2.5	Ställföreträdare för barn under 15 år .....	466
10.2.6	Muntlig förhandling .....	469
10.2.7	Domstolens utredningsansvar .....	475
10.2.8	Ramen för domstolens prövning .....	477
10.2.9	Sakkunniga och vittnen .....	478
10.2.10	Krav på skyndsam handläggning .....	481
10.3	Kompetens i rättsprocessen .....	481
10.3.1	Offentliga biträdenas kompetens .....	481
10.3.2	Inga specialiserade barndomstolar i Sverige.....	484
10.3.3	Domarnas kompetens .....	486
10.3.4	Nämndemännen .....	488
10.3.5	Synpunkter på kompetensen i domstolen.....	488

10.4	Utredningens överväganden och förslag.....	490
10.4.1	Inledande överväganden .....	490
10.4.2	Fortsatt processbehörighet från 15 år.....	491
10.4.3	Rätt till offentligt biträde i mål om begränsning av umgänget m.m. ....	492
10.4.4	Särskilda lämplighetskrav på det offentliga biträdet.....	493
10.4.5	Det offentliga biträdets uppdrag ska tydliggöras .....	494
10.4.6	Domarnas kunskaper om barn behöver stärkas ..	496
10.4.7	Domstolen ska vid behov höra sakkunnig.....	498
10.4.8	Barns och ungas medverkan i domstolen behöver uppmärksammas .....	499
<b>11</b>	<b>Placering enligt SoL utan vårdnadshavarens samtycke .</b>	<b>501</b>
11.1	Uppdraget .....	501
11.2	Ungdomar i en utsatt livssituation .....	501
11.2.1	Barn som tidigt bryter upp hemifrån .....	502
11.2.2	Familjeperspektivet kan vara ett hinder för hjälp.....	503
11.2.3	Gruppen har uppmärksammats av barnrättsorganisationer.....	504
11.3	Allmänt om barns bestämmanderätt i förhållande till ålder och mognad .....	505
11.4	Barns självständiga rätt till bistånd .....	506
11.4.1	Barn som har fyllt 15 år kan ansöka om bistånd.....	506
11.4.2	Barn över 15 år kan få öppna insatser utan vårdnadshavarens samtycke.....	507
11.4.3	Barn kan inte vara frivilligt placerade utan vårdnadshavarens samtycke.....	508
11.4.4	I undantagsfall kan barn beviljas ekonomiskt bistånd till boende.....	509
11.5	Tidigare utredningar.....	510
11.6	Utredningens överväganden och förslag.....	510
11.6.1	Inledande överväganden .....	510

11.6.2	Placering enligt SoL för den som fyllt 16 år ska inte förutsätta vårdnadshavarens samtycke ...	511
<b>12</b>	<b>Föräldrarnas rättsliga ställning och behov av stöd .....</b>	<b>519</b>
12.1	Uppdraget.....	519
12.2	Utgångspunkter .....	520
12.2.1	Återföreningsprincipen.....	520
12.2.2	Kontakten med hemmiljön .....	521
12.2.3	Socialnämndens ansvar för att ge stöd till föräldrarna.....	521
12.3	Föräldrarnas situation och behov .....	522
12.3.1	Krisreaktioner behöver uppmärksammas och mötas .....	523
12.3.2	Vad föräldrar efterfrågar .....	525
12.4	Föräldrarnas rättsliga ställning under en placering.....	528
12.4.1	Möjlighet att påverka valet av hem .....	529
12.4.2	Rätt att få information .....	530
12.4.3	Delaktighet i planering och uppföljning .....	532
12.4.4	Partställning och rätt att föra talan.....	533
12.4.5	Rätt till offentligt biträde.....	535
12.4.6	Tillämpning av delaktighetsreglerna.....	536
12.4.7	Inhämtade synpunkter .....	537
12.5	Umgänge mellan barn och föräldrar .....	537
12.5.1	En förändrad syn på kontakt mellan föräldrar och placerade barn .....	537
12.5.2	Svensk lag utgår från barnets behov av umgänge .....	539
12.5.3	Planering av umgänget och umgängesbegränsning .....	539
12.5.4	Hemlighållande av vistelseort .....	541
12.5.5	Umgängesbedömning .....	542
12.5.6	Tillämpning av reglerna om umgänge .....	543
12.5.7	Inhämtade synpunkter .....	544
12.6	Samarbetet kring barnet och vilka hinder som finns .....	545

12.7	Socialnämndens ansvar för stöd och hjälp till föräldrarna.....	547
12.7.1	Bakgrund till nuvarande bestämmelse .....	547
12.7.2	Vägledning för tillämpningen.....	548
12.7.3	Stödet till föräldrarna är ofta bristfälligt.....	548
12.7.4	Lokala exempel.....	549
12.7.5	Föräldrastöd genom frivilligorganisationer.....	551
12.7.6	Inhämtade synpunkter.....	553
12.8	Regler om stöd till föräldrar i andra nordiska länder .....	554
12.8.1	Norge.....	554
12.8.2	Danmark.....	555
12.8.3	Finland.....	556
12.9	Utredningens överväganden och förslag.....	557
12.9.1	Inledande överväganden .....	557
12.9.2	Rätt till information och delaktighet .....	558
12.9.3	Offentligt biträde i flera situationer .....	559
12.9.4	Kunskapsstöd för säkrare bedömningar i fråga om umgänge .....	560
12.9.5	Stärkt stöd till vårdnadshavare i samband med omhändertagande .....	561
12.9.6	Nationellt stöd för implementering av bestämmelsen om föräldrastöd .....	564
<b>13</b>	<b>Tryggheten för långsiktigt placerade barn .....</b>	<b>567</b>
13.1	Uppdraget .....	567
13.2	Avgränsning och begrepp .....	568
13.3	Återförening och varaktighet i andra länder.....	570
13.3.1	Varaktighetsmodellen .....	570
13.3.2	Utvecklingen i Nordamerika och Storbritannien.....	571
13.4	Återförening och varaktighet i Sverige .....	573
13.4.1	Återförening är målet men avsteg är möjligt.....	573
13.4.2	En svensk modell för varaktighet.....	575
13.4.3	Tidigare utredningar .....	575
13.5	Det placerade barnets familjetillhörighet.....	578



13.5.1	Olika slags föräldraskap .....	578
13.5.2	Rätten till familj.....	578
13.5.3	Balansen mellan varaktighet och identitet .....	579
13.5.4	Familjetillhörighet ur barnets perspektiv.....	580
13.6	Instabilitet i vården av barn .....	581
13.6.1	Riskfaktorer för sammanbrott.....	582
13.6.2	Förekommer även då barn är yngre och långsiktigt placerade .....	583
13.6.3	Planerade flyttningar bidrar också till instabilitet .....	583
13.6.4	Barns upplevelser av sammanbrott .....	584
13.7	Särskilt om de små barnens behov av stabilitet .....	584
13.8	Lagbestämmelser som berör långvarigt placerade barn .....	586
13.9	Vårdplanen och dess roll .....	586
13.9.1	Syfte och avgränsning.....	587
13.9.2	Innehållet i vårdplanen .....	587
13.9.3	Samtycke till vårdplanen – en förutsättning för frivillig vård.....	588
13.9.4	Uppföljning av vårdplanen.....	589
13.9.5	Inhämtade synpunkter .....	589
13.10	Överväganden av vården.....	590
13.10.1	Bakgrund och syfte.....	591
13.10.2	Inget formellt förfarande .....	592
13.10.3	Övervägandet ska även vara framåtsyftande .....	592
13.10.4	Inhämtade synpunkter .....	593
13.11	Vårdens upphörande .....	594
13.11.1	Hemtagningsbegäran.....	594
13.11.2	Bedömningen ska relateras till det ursprungliga vårdbehovet.....	594
13.11.3	Förhållandena bör vara stabilt förbättrade.....	595
13.11.4	Tidigare förslag till förändring.....	596
13.11.5	Hemflyttning ska vara noga förberedd .....	597
13.11.6	Inhämtade synpunkter .....	597
13.12	Flyttningsförbud.....	598
13.12.1	Bakgrund till bestämmelsen.....	598

13.12.2	Syfte och förutsättningar .....	599
13.12.3	En temporär åtgärd – dock utan tidsgräns .....	600
13.12.4	Studie om flyttningsförbud .....	601
13.13	Återförening och stabilitet i tre olika rättsprocesser .....	603
13.13.1	Tidigare utredningar om sambandet mellan vårdens upphörande och flyttningsförbud .....	603
13.13.2	Rättspraxis .....	604
13.13.3	Dåligt samordnade processer .....	606
13.14	Vårdnadsöverflyttning på talan av socialnämnden .....	607
13.14.1	Brister i omsorgen som medför bestående fara... ..	608
13.14.2	Varaktigt förhinder att utöva vårdnaden .....	610
13.15	Vårdnadsöverflyttning till familjehemsföräldrar .....	610
13.15.1	Syftar till att stärka barnets rätt .....	611
13.15.2	Intentionerna har förändrats .....	613
13.15.3	Rättstillämpningen .....	614
13.15.4	Övervägande efter tre år i samma familjehem .....	616
13.15.5	Socialnämndens ansvar efter en vårdnadsöverflyttning .....	617
13.15.6	Kartläggningar på nationell nivå.....	619
13.15.7	Statistik över vårdnadsöverflyttningar.....	621
13.15.8	Forskningsbaserad kunskap saknas.....	622
13.15.9	Inhämtade synpunkter .....	622
13.16	Nationell adoption .....	624
13.16.1	Förutsättningar för adoption .....	625
13.16.2	Socialtjänstens roll vid nationell adoption.....	627
13.16.3	Adoption som barnavårdsinsats .....	630
13.16.4	Utfall av adoption jämfört med familjehemsvård .....	633
13.17	Regler som syftar till kontinuitet i andra nordiska länder .....	636
13.17.1	Norge .....	636
13.17.2	Danmark .....	638
13.17.3	Finland .....	641
13.18	Utredningens överväganden och förslag.....	641
13.18.1	Inledande överväganden .....	641

13.18.2	Långsiktighet i rekrytering och matchning av familjehem.....	644
13.18.3	Vårdplanen ska ange den långsiktiga inriktningen .....	645
13.18.4	Övervägande av vården ändras till rapportering .....	650
13.18.5	Hemtagningsbegäran behöver regleras .....	653
13.18.6	Vid prövning av om vården ska upphöra ska barnets bästa vara avgörande.....	656
13.18.7	Möjligheten till flyttningsförbud ska finnas kvar .....	665
13.18.8	Skälen för vårdnadsöverflyttning ska förtydligas .....	667
13.18.9	Förvaltningsdomstolarna bör pröva vissa mål om vårdnadsöverflyttning.....	672
13.18.10	Adoption bör uppmärksammas i vissa fall.....	674
<b>14</b>	<b>Ansvar och befogenheter under vårdens genomförande .....</b>	<b>679</b>
14.1	Uppdraget.....	679
14.2	Frågeställning .....	679
14.3	Termer och begrepp.....	680
14.4	Barns rättigheter och vårdnadshavarens ansvar .....	681
14.4.1	Barns grundläggande rättigheter.....	681
14.4.2	Vårdnadshavarens ansvar för att tillgodose barnets behov och utöva tillsyn.....	682
14.4.3	Vårdnadshavarens rätt att bestämma i frågor som gäller barnet .....	685
14.5	Vårdnadshavarens rättsliga ställning efter ett beslut om placering .....	689
14.6	Socialnämndens ansvar efter ett beslut om placering .....	690
14.6.1	Nämndens ansvar för en god vård.....	690
14.6.2	Nämndens uppsiktsansvar .....	690
14.7	Socialnämndens bestämmanderätt efter ett beslut om placering .....	692

14.7.1	Vid en SoL-placering.....	692
14.7.2	Vid en LVU-placering.....	692
14.7.3	Socialtjänsten ska samråda med föräldrarna .....	695
14.7.4	Barnets med- och självbestämmanderätt .....	696
14.8	Familjehem och HVB bestämmer i frågor om den dagliga omsorgen .....	697
14.8.1	Vid en SoL-placering.....	697
14.8.2	Vid en LVU-placering.....	698
14.9	Gränssättning inom ramen för omsorgs- och tillsynsansvaret.....	699
14.9.1	Vårdnadshavaren får vidta vissa gränssättande åtgärder .....	699
14.9.2	Nämnden har samma befogenheter som vårdnadshavarna .....	700
14.9.3	Familjehemsföräldrars skyldigheter och befogenheter.....	701
14.10	Gränssättande åtgärder och ordningsregler på HVB .....	701
14.10.1	Barnets rätt till skydd mot förnedrande behandling och bestraffning .....	701
14.10.2	Otillåtna begränsningsåtgärder .....	702
14.10.3	Oklara förutsättningar .....	705
14.10.4	Regelverket skiljer sig åt beroende på huvudman .....	707
14.11	Utredningens överväganden och förslag.....	712
14.11.1	Inledande överväganden .....	712
14.11.2	Nämndens bestämmanderätt under LVU-vård behöver förtydligas .....	714
14.11.3	Familjehemsföräldrars och HVB-personalens ansvar och befogenheter behöver tydliggöras .....	716
14.11.4	Kunskapsstöd och utbildning om gränssättande åtgärder .....	717
14.11.5	Ordningsregler på HVB .....	722
14.11.6	En ny lag om förbud mot innehav av narkotika och andra berusningsmedel på HVB... ..	725

<b>15</b>	<b>Samverkan om hälsa och utbildning .....</b>	<b>731</b>
15.1	Uppdraget.....	731
15.2	Samverkan – behov och förutsättningar.....	731
15.2.1	Placerade barns hälsa och utbildning är ofta bristfällig .....	732
15.2.2	Förutsättningar för samverkan .....	734
15.3	Tre viktiga samverkansbestämmelser .....	735
15.3.1	Skyldighet att samverka kring barn som far illa eller riskerar att fara illa.....	736
15.3.2	Skyldighet att upprätta en gemensam individuell plan.....	737
15.3.3	Krav på överenskommelser om samarbete.....	740
15.4	Samverkan inför och under en placering .....	743
15.4.1	Utvidgat ansvar för socialnämnden.....	743
15.4.2	Vägledning om placerade barns och ungas utbildning och hälsa.....	745
15.5	Samverkan för att tillgodose rätten till utbildning.....	746
15.5.1	Skolans ansvar.....	746
15.5.2	Stödinsatser i skolan vid placering i familjehem.....	747
15.5.3	Skolgången vid placering i HVB.....	748
15.5.4	Översyn av skolans arbete med utsatta barn .....	752
15.5.5	Nya bestämmelser om utbildning för elever i sambandsvård .....	752
15.6	Samverkan för att tillgodose behov av hälso- och sjukvård.....	754
15.6.1	Hälso- och sjukvård för barn och unga vid HVB .....	754
15.6.2	Särskilt om vård vid psykisk ohälsa bland barn och unga vid HVB .....	755
15.7	Utvecklingsbehov och utvecklingsarbete.....	759
15.7.1	SkolFam .....	760
15.7.2	Regionala utvecklingsledare .....	761
15.8	Utredningens överväganden och förslag .....	761
15.8.1	Inledande överväganden.....	761

15.8.2	Överenskommelser och samarbetsavtal i fråga om placerade barn och unga .....	763
15.8.3	Ansvarsfördelning och tvärprofessionell samverkan vid psykisk ohälsa .....	768
15.8.4	Fortsatt utveckling av stöd för att stärka skolresultat för placerade barn och unga .....	771
15.8.5	Samverkan om skollokaler mellan de särskilda ungdomshemmen och närliggande skolor.....	772
<b>16</b>	<b>Vårdinnehåll av god kvalitet – med fokus på HVB .....</b>	<b>775</b>
16.1	Uppdraget .....	775
16.2	Vårdens innehåll – ett nyckelområde för vård av god kvalitet.....	776
16.2.1	Utgångspunkter .....	776
16.2.2	Innehåll och kvalitet i familjehemsvård .....	777
16.2.3	Innehåll och kvalitet i institutionsvård .....	778
16.3	HVB – aktörer, innehåll och resultat .....	778
16.3.1	Institutionsvård med stöd av SoL och LVU .....	778
16.3.2	Ett heterogent fält med stark privatisering och en viktig statlig aktör .....	780
16.3.3	Kompetens och behandlingsinnehåll .....	783
16.3.4	Institutionsvård som livsmiljö.....	786
16.3.5	Behandlingsresultat .....	788
16.4	Styrning och kontroll .....	789
16.4.1	Kontraktskultur och kontraktproblem i institutionsvård .....	789
16.4.2	Tillstånd, tillsyn och annan kontroll av HVB .....	791
16.5	Institutionsvård med stöd av LVU för barn och unga med psykisk ohälsa .....	794
16.5.1	Psykisk ohälsa i förhållande till dagens LVU .....	795
16.5.2	Utredningar sedan införandet av dagens LVU....	796
16.5.3	Inrättandet av SiS och utvecklingen av de särskilda ungdomshemmen .....	798
16.5.4	Barn och unga med omfattande psykisk ohälsa – en stor grupp vid HVB .....	800

16.5.5	Uppföljningar och utvärderingar av institutionsvårdens innehåll.....	802
16.5.6	Andra erfarenheter och synpunkter.....	805
16.6	Institutionsvård med stöd av LVU för barn och unga med hedersrelaterad problematik.....	807
16.7	Institutionsvård med stöd av LVU för ensamkommande barn.....	810
16.8	Utredningens överväganden och förslag.....	812
16.8.1	Inledande överväganden.....	812
16.8.2	Kompetens hos föreståndare och personal vid HVB.....	815
16.8.3	Tillgång till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB.....	817
16.8.4	Integrerad vårdform och utveckling av specialiserad och differentierad vård vid HVB ....	818
16.8.5	Forskning och utveckling.....	821
<b>17</b>	<b>Verksamheten vid särskilda ungdomshem .....</b>	<b>825</b>
17.1	Uppdraget.....	825
17.2	SiS verksamhet .....	825
17.2.1	Platsanvisning .....	826
17.2.2	De särskilda befogenheterna.....	827
17.2.3	Proportionalitetsprincipen.....	829
17.2.4	Rätt att överklaga beslut om de särskilda befogenheterna .....	830
17.3	Särskilt om vård i enskildhet och hållas i avskildhet.....	831
17.3.1	Vård i enskildhet.....	831
17.3.2	Hållas i avskildhet.....	835
17.3.3	Krav på att avskiljning av barn avskaffas.....	838
17.3.4	SiS översyn av avskiljning samt förslag till författningsändringar .....	841
17.3.5	Särskild tillsyn av avskiljning och vård i enskildhet.....	842
17.3.6	Tillsynen över utövandet av de särskilda befogenheterna .....	842

17.4	Tidigare förslag avseende de övriga särskilda befogenheterna .....	843
17.4.1	SiS förslag till lagändringar .....	843
17.4.2	Socialdepartementets promemoria Vissa skyddsåtgärder inom Statens institutionsstyrels verksamhet .....	847
17.5	SiS arbete med värdegrund, etik och barns rättigheter .....	849
17.5.1	Handlingsplan för att stärka barns rättigheter ....	849
17.5.2	SiS arbete med fokusgrupper.....	850
17.6	Utredningens överväganden och förslag.....	850
17.6.1	Inledande överväganden .....	850
17.6.2	Tiden för platsanvisning förtydligas .....	855
17.6.3	Begreppet särskilda befogenheter ersätts med skyddsåtgärder.....	856
17.6.4	Proportionalitetsprincipen förtydligas .....	858
17.6.5	Förbud mot berusningsmedel m.m.....	859
17.6.6	Kroppsvsitation och ytlig kroppsbesiktning.....	861
17.6.7	Visitation av bostadsrum (rumsvisitation) .....	865
17.6.8	Skyddsvisitation .....	868
17.6.9	Fysisk fasthållning .....	871
17.6.10	Vård vid låsbar enhet.....	872
17.6.11	Provtagning för kontroll av berusningsmedel m.m. ....	874
17.6.12	Begränsningar i rätten att ta emot besök och telefonsamtal .....	876
17.6.13	Övervakning av brev och andra försändelser .....	881
17.6.14	Avskiljning.....	882
17.6.15	Vård i enskildhet .....	891
17.6.16	Utomhusvistelse.....	893
17.6.17	Uppföljande samtal efter en vidtagen skyddsåtgärd.....	895
17.6.18	Underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg .....	897
17.6.19	Kvarhålla en person som vårdas enligt LVU på sjukhus .....	899
17.6.20	Rätt att överklaga skyddsåtgärderna .....	901
17.6.21	Rätt till offentligt biträde .....	902



17.6.22	Systematiskt kvalitetsarbete för att minska behovet av skyddsåtgärder .....	903
<b>18</b>	<b>Utslussning och stöd efter avslutad placering .....</b>	<b>905</b>
18.1	Uppdraget.....	905
18.2	Utgångspunkter .....	905
18.2.1	Stöd och hjälp efter avslutad placering – en avgörande del av det samlade stödet.....	905
18.2.2	Tidigare utredningar .....	907
18.2.3	Samordning och samverkan .....	909
18.2.4	Begrepp och termer .....	909
18.3	Förberedelse inför vårdens upphörande och successiv utslussning.....	910
18.3.1	Socialnämndens ansvar .....	910
18.3.2	Stödmaterial inom ramen för BBIC .....	910
18.3.3	Placering med stöd av LVU i det egna hemmet ..	911
18.4	Stöd och hjälp efter avslutad placering – regler och tillämpning.....	911
18.4.1	Ansvar för stöd och hjälp.....	911
18.4.2	Socialstyrelsens allmänna råd och vägledning.....	912
18.4.3	Uppföljning efter avslutad vård.....	915
18.5	Forskning om stöd och hjälp efter avslutad placering.....	917
18.5.1	Internationell forskning.....	917
18.5.2	Unga om övergången från samhällsvård till vuxenliv i Sverige .....	918
18.5.3	Professionellas perspektiv på övergången från samhällsvård till vuxenliv .....	921
18.5.4	Stöd efter avslutad placering som en integrerad del av vården .....	922
18.6	Stöd och hjälp efter avslutad placering i övriga Norden ....	925
18.6.1	Norge .....	925
18.6.2	Danmark .....	927
18.6.3	Finland .....	929
18.6.4	Nordens barn – ett projekt hos Nordens välfärdscenter.....	931

18.7	Utredningens överväganden och förslag.....	932
18.7.1	Inledande överväganden .....	932
18.7.2	Utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering ska planeras.....	934
18.7.3	Tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering .....	936
18.7.4	Systematiskt utvecklingsarbete för stöd och hjälp efter avslutad placering .....	941
18.7.5	Stöd till organisering av barn och unga med erfarenhet av samhällsvård.....	945
<b>19</b>	<b>Styrning med kunskap och systematisk uppföljning .....</b>	<b>947</b>
19.1	Uppdraget .....	947
19.2	Styrning med kunskap.....	947
19.2.1	Utveckling av den statliga styrningen med kunskap.....	948
19.3	Systematisk uppföljning.....	949
19.3.1	Tre nivåer.....	949
19.3.2	Ansvar, underlag och pågående arbete på nationell nivå .....	950
19.3.3	Verksamhetsuppföljning – ansvar, underlag och pågående arbete .....	956
19.4	Tidigare förslag om förbättrade uppföljningsmöjligheter.....	957
19.4.1	Generella förslag om socialtjänststatistik och verksamhetsregister .....	957
19.4.2	Familjehemsvård .....	959
19.4.3	HVB.....	961
19.4.4	Samband med forskning och utveckling.....	962
19.5	Utredningens överväganden och förslag.....	963
19.5.1	Inledande överväganden .....	963
19.5.2	Statlig styrning med kunskap .....	964
19.5.3	System för uppföljning .....	966
19.5.4	Förbättrat underlag för styrning med kunskap och uppföljning .....	968

<b>20</b>	<b>Konsekvenser av förslagen.....</b>	<b>971</b>
20.1	Uppdraget.....	971
20.2	Förutsättningar för konsekvensanalyser .....	971
20.2.1	Kommittéförordningen.....	971
20.2.2	Finansieringsprincipen .....	972
20.3	Konsekvenser för barn och unga .....	974
20.3.1	Stärkt barnrättsperspektiv med ökad trygghet och säkerhet för barn och unga .....	975
20.3.2	Tillgång till skydd och vård.....	977
20.3.3	God vård när beslut om vård är fattat .....	979
20.3.4	Långsiktigt samhällsättagande efter en placering .....	982
20.3.5	Ett system för uppföljning.....	983
20.4	Jämställdhet .....	983
20.5	Ekonomiska konsekvenser .....	985
20.5.1	Samhällsekonomiska konsekvenser.....	985
20.5.2	Ekonomiska konsekvenser för staten .....	986
20.5.3	Ekonomiska konsekvenser för kommunerna .....	992
20.5.4	Ekonomiska konsekvenser för landstingen .....	999
20.5.5	Ekonomiska konsekvenser för andra aktörer ...	1001
20.5.6	Sammanställning av nya kostnader för staten, kommunerna och landstingen .....	1002
20.5.7	Finansiering .....	1003
20.6	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen .....	1004
20.6.1	Nya befogenheter för socialnämnden .....	1005
20.6.2	Mildrade krav på socialnämnden .....	1005
20.6.3	Nya eller förtydligade krav på socialnämnden..	1006
20.6.4	Nya krav på landstingen.....	1010
20.7	Konsekvenser för att nå de integrationspolitiska målen ..	1011
20.8	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet .....	1012
20.9	Konsekvenser för små företag.....	1013
20.10	Övriga konsekvenser .....	1014

<b>21</b>	<b>Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser .....</b>	<b>1015</b>
21.1	Ikraftträdande .....	1015
21.2	Övergångsbestämmelser .....	1015
<b>22</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>1017</b>
22.1	Förslag till lag (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga .....	1017
22.2	Förslag till lag (2017:00) om förbud mot berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende.....	1071
22.3	Förslag till lag (2017:00) om hälsoundersökning av barn och unga vid beslut om vård utanför det egna hemmet ...	1073
22.4	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	1075
22.5	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	1081
22.6	Förslag till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall .....	1082
22.7	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård .....	1086
22.8	Förslag till lag om ändring i lagen (1989:14) om erkännande och verkställighet av utländska vårdnadsavgöranden m.m. och om överflyttning av barn	1088
22.9	Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård .....	1088
22.10	Förslag till lag om ändring i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård.....	1089
22.11	Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet .....	1089
22.12	Förslag till lag om ändring i utlänningslagen (2005:716).	1089
22.13	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (2010:110) .....	1090

22.14 Förslag till lag om ändring i skollagen (2010:880).....	1091
22.15 Förslag till lag om ändring i delgivningslagen (2010:1932) .....	1091
22.16 Förslag till lag om ändring i brottsskadelagen (2014:322) .....	1091

**Särskilt yttrande ..... 1093**

**Referenser ..... 1097**

**Bilagor**

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2012:79 .....	1125
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2014:87 .....	1141
Bilaga 3	Barnrättsperspektivet i LVU-sammanhang .....	1149
Bilaga 4	Små barns behov av en långsiktig trygg bas – en barnpsykologisk kunskapsöversikt.....	1179
Bilaga 5	Institutionsvård för barn och unga – tendenser, innehåll och utfall .....	1223

# 14 Ansvar och befogenheter under vårdens genomförande

## 14.1 Uppdraget

Enligt direktiven ska utredningen belysa om det finns behov av att tydligare reglera verksamheten vid de HVB som bedrivs i annan form än vid SiS.

De skillnader som finns mellan SiS särskilda ungdomshem och andra HVB gäller framför allt vilka möjligheter som finns att vidta begränsande åtgärder gentemot de boende. Frågan om vilka begränsande åtgärder som får vidtas gentemot barn som är placerade på HVB hänger samman med föräldrabalkens bestämmelser om ansvaret för att tillgodose barnets behov av omvårdnad, fostran och tillsyn. Den frågan är i sin tur avhängig hur bestämmanderätten över barnet är fördelad efter ett beslut om placering utanför det egna hemmet. I detta kapitel behandlas därför både frågor om socialnämndens och familjehemsföräldrars respektive HVB-personalens bestämmanderätt över barnet och frågan om vilka gräns-sättande åtgärder som ryms inom det ansvaret.

## 14.2 Frågeställning

När socialnämnden beslutar att placera ett barn utanför det egna hemmet är normalt tre ”parter” ansvariga för att barnets grundläggande behov enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken (FB) tillgodoses:

- Socialnämnden.
- Den som utövar den faktiska vården om barnet, dvs. familjehemsföräldrarna eller HVB-personalen.
- Barnets vårdnadshavare, vanligen den ena eller bägge föräldrarna.

För att betona vikten av samarbete kring barnet talas ibland om ”det tredelade föräldraskapet”.

Enligt utredningen finns det vissa oklarheter i hur ansvaret och bestämmanderätten om barnet är fördelad inom det tredelade föräldraskapet. Utredningen bedömer att det blir särskilt tydligt vid frågor som gäller vilka gränssättande åtgärder som får vidtas inom ramen för tillsyns- och uppsiktsansvaret.

### 14.3 Termer och begrepp

I detta kapitel används några olika termer och begrepp som kan behöva förklaras för att underlätta läsbarheten.

I FB används begreppet *vårdnad*. I Socialstyrelsens termbank definieras vårdnad som juridisk rätt och skyldighet att sörja för barnets person och att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter samt att företräda barnet i sådana angelägenheter. Begreppet vårdnad sammanblandas ibland med den *faktiska vården* om barnet. Den faktiska vården av ett barn kan överlämnas till någon annan utan att det påverkar det rättsliga vårdnadsansvaret.

Det förekommer två rättsliga vårdnadsformer i svensk rätt: gemensam och ensam vårdnad. Gemensam vårdnad förutsätter att vårdnadshavarna fattar beslut om barnet tillsammans. Det ligger dock i sakens natur att den som har barnet hos sig till stor del bestämmer om de vardagliga frågorna som gäller barnet. Detta betecknas som *beslut som hör till den dagliga omsorgen* om barnet. Vad som ska förstås med daglig omsorg är inte klarlagt i lagstiftningen annat än att det handlar om beslut som inte är av ingripande betydelse för barnets framtid. *Beslut av ingripande betydelse för barnets framtid* faller alltså utanför den dagliga omsorgen.

I vårdnadshavarens ansvar att se till att barnet får en god fostran ingår att barnet får lära sig att sätta gränser för sitt handlande och ta ansvar. I detta kapitel används begreppet *gränssättande åtgärder* för sådana begränsande åtgärder och restriktioner som vidtas inom ramen för FB:s bestämmelser.

## 14.4 Barns rättigheter och vårdnadshavarens ansvar

Av FB framgår barns rättigheter samt vårdnadshavarens ansvar att tillgodose dessa. För att kunna fullgöra sitt ansvar har vårdnadshavaren rätt att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Barnets rättigheter begränsas således av vårdnadshavarens bestämmanderätt. Vårdnadshavarens befogenheter inskränks i sin tur av barnets rättigheter och en förutsättning för vårdnadshavarens bestämmanderätt är därför att denna utövas inom de rättsliga gränser som föreligger.<sup>1</sup>

### 14.4.1 Barns grundläggande rättigheter

Av 6 kap. 1 § FB framgår att barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran och ska behandlas med aktning för sin person och egenart. Vidare framgår att barn inte får utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling.

Att ett barn inte får utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling innebär att alla former av kroppslig bestraffning (aga) är förbjudna. Det innebär att inga former av våld får vara ett medel i barnets fostran. Barnet får inte tillfogas kroppsskada eller smärta även om störningen är helt lindrig eller hastigt övergående. Det innebär att även lätta slag och luggningar är otillåtna. Det är endast användandet av våld i bestraffningssyfte som avses, det vill säga åtgärder som riktas mot barnet för något som barnet har gjort eller underlåtit att göra. Föräldrarna måste dock kunna fullgöra sina skyldigheter att ha uppsikt över barnet, särskilt när det är litet. Det kan medföra att en förälder behöver lyfta eller rycka undan barnet för att hindra det från att göra sig illa eller skada andra personer. Bestämmelsen i FB förbjuder också psykisk bestraffning (kränkande behandling). Åtgärder som kan skapa ångest hos barnet kan vara att beteckna som otillåten kränkning.<sup>2</sup> Att hota barnet kan vara ett sådant exempel. Förbudet riktar sig mot sådan behandling som innebär fara för barnets personlighetsutveckling som att förlöjliga eller frysa ut det.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Schiratzki J (2013) s. 44, 77 och 91.

<sup>2</sup> Prop. 1978/79:67 s. 7 f.

<sup>3</sup> A.a. s. 8.



I rätten till omvårdnad ingår inte endast rätten för barnet att få sina materiella behov tillfredsställda. Minst lika viktig är den del som kan hänföras till barnets psykiska behov. I barnets rätt till trygghet ligger bl.a. att få leva i ett stabilt förhållande och att ha någon att lita på. Till en god omvårdnad och fostran hör att barnet får känna att det behövs och att barnet får pröva sin förmåga och utveckla sina inneboende resurser för att efter hand frigöra sig från sitt beroende av vårdnadshavarna. I en god fostran ligger också att barnet får lära sig att sätta gränser för sitt handlande och ta ansvar.<sup>4</sup>

#### **14.4.2 Vårdnadshavarens ansvar för att tillgodose barnets behov och utöva tillsyn**

Enligt 6 kap. 2 § FB är det vårdnadshavaren som ansvarar för att barnets grundläggande behov enligt 6 kap. 1 § FB blir tillgodosedda. Vårdnadshavarens ansvar kvarstår tills barnet fyller 18 år eller dessförinnan ingår äktenskap.

Barnets vårdnadshavare svarar även för att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till dess ålder, utveckling och övriga omständigheter samt ska bevaka att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning. I syfte att hindra att barnet orsakar skada för någon annan ska vårdnadshavaren vidare svara för att barnet står under uppsikt eller att andra lämpliga åtgärder vidtas. Med tillsyn avses att vårdnadshavaren är skyldig att skydda barnet så att det inte förorsakar sig själv skada eller skadas av någon annan eller något annat. Med uppsikt avses att barnet ska övervakas i syfte att det inte orsakar skada för någon annan. Vårdnadshavarens tillsynsansvar innebär således både en skyldighet att skydda barnet från att själv skadas och en skyldighet att se till att barnet inte åstadkommer skada för någon annan.<sup>5</sup>

I tillsynsansvaret ligger att vårdnadshavaren ska förebygga och avvärja skadegörande handlingar av barnet. Även om tillsynsansvaret består till dess barnet fyller 18 år eller dessförinnan ingår äktenskap, förändras den tillsyn som krävs alltefter barnets ålder och mognad. Det ligger i sakens natur att det ställs större krav på tillsynen när det gäller små barn än när det gäller ungdomar. Ett

---

<sup>4</sup> Prop. 1981/82:168 s. 59.

<sup>5</sup> A.a. s. 23.

litet barn kan behöva ständig övervakning, medan tillsynsansvaret i fråga om ungdomar ofta kan anses uppfyllt genom att vårdnadshavaren ger instruktioner eller förmaningar. Om barnet tidigare har utsatt omgivningen för en viss skada eller en viss fara, så ställs kraven på uppsikt med inriktning på att förhindra att handlandet upprepas högre än om inga varningssignaler har förekommit.<sup>6</sup> Den omedelbara tillsynen över barnet behöver inte utövas av vårdnadshavaren personligen utan kan överlämnas till någon annan person.<sup>7</sup>

### Tillsynsansvaret är förenat med ett skadeståndsansvar

En förälder som underlåter att se till att lämpliga åtgärder vidtas i syfte att hindra barnen från att orsaka skada för annan kan bli skyldig att betala skadestånd enligt 2 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207).<sup>8</sup>

Den allmänna culpregeln kompletteras med en bestämmelse i 3 kap. 5 § skadeståndslagen om strikt skadeståndsansvar för föräldrar som har vårdnaden om sina barn (principalansvar). Bestämmelsen innebär att en förälder som har vårdnaden om ett barn ska, utan krav på eget vållande, ersätta skador som barnet vållar genom brott. Särskilt förordnade vårdnadshavare omfattas inte av det skärpta skadeståndsansvaret vilket förtydligats i lagtexten genom att det där anges att principalansvaret omfattar en förälder som har vårdnaden om ett barn.<sup>9</sup> Att ansvaret är strikt innebär att det i utgångsläget saknar betydelse om vårdnadshavaren försökt att förhindra brottet. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att syftet främst är att förebygga brott. Där anförs att en aspekt som visat sig ha stark koppling till risken för ungdomsbrottslighet är föräldrarnas reaktioner när deras barn och ungdomar uppvisar ett beteende som strider mot grundläggande samlevnadsregler och normer, t.ex. snatterier och skolk från skolan. Ungdomar vars föräldrar inte bryr sig om eller agerar vid denna typ

---

<sup>6</sup> HD:s dom den 27 mars 2013 med mål nr T 2847-11.

<sup>7</sup> Prop. 1993/94:57 s. 7.

<sup>8</sup> Åklagarmyndigheten (2013) s. 4.

<sup>9</sup> A.a. (2013) s. 4.

av avvikande beteendemönster löper den största risken för att begå brott och för att senare utveckla en vanekriminell livsstil.<sup>10</sup>

En vårdnadshavares skadeståndsansvar påverkas inte av att barnet inte bor hos honom eller henne. Endast om vårdnadshavaren kan visa att ett skadeståndsansvar skulle vara uppenbart oskäligt kan vårdnadshavarens strikta skadeståndsansvar jämkas (3 kap. 6 § andra stycket skadeståndslagen). Fyra typsituationer kan enligt förarbetena vara jämningsgrundande:

- När vårdnadshavaren gått så långt i sina ansträngningar för att förhindra brott att ett skadeståndsansvar skulle framstå som orimligt.
- När barnet är omhändertaget enligt socialrättslig lagstiftning.
- När vårdnadshavaren och barnet inte har någon kontakt alls, utan att det kan anses bero på att vårdnadshavaren själv valt att inte delta i tillsynen av barnet.
- När barnet vållat skada i syfte att föräldrarna ska tvingas betala skadestånd.<sup>11</sup>

### Tillsynsansvaret är förenat med ett straffansvar

I 23 kap. 6 § andra stycket brottsbalken (BrB) finns en bestämmelse som stadgar att föräldrar, andra uppfostrare och förmyndare är skyldiga att förhindra den som står under deras vård eller lydnad att begå brott. Om de underlåter att hindra den underårige från att begå brott kan de dömas till straff. En förutsättning för att underlåtenheten ska vara straffbar är att brottet kan hindras utan fara för dem själva eller deras närmaste och utan anmälan till myndighet. Av förarbetena framgår att den personkrets som omfattas av bestämmelsen inte bara är vårdnadshavare och föräldrar utan även andra som har rollen av uppfostrare t.ex. fosterföräldrar och under vissa förhållanden lärare.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Prop. 2009/10:142 s. 23.

<sup>11</sup> A.a. s. 36 ff.

<sup>12</sup> Prop. 1993/94:57 s. 8.

### 14.4.3 Vårdnadshavarens rätt att bestämma i frågor som gäller barnet

För att en vårdnadshavare ska kunna fullgöra sitt ansvar innefattar den rättsliga vårdnaden en rätt och en skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavarens rätt att bestämma över barnets personliga förhållanden går dock längre än vad gäller barnets behov av omvårdnad, trygghet och god fostran. Vårdnadshavaren har nämligen bestämmanderätt när det gäller utövandet av barnets egna grundläggande fri- och rättigheter, så länge barnet inte själv nått den mognad som krävs för egen bestämmanderätt, t.ex. vilken sorts person barnet ska fostras till.<sup>13</sup>

#### Barnets rätt till med- och självbestämmande

Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB). Rätten att bestämma i frågor som rör barnet tunnans alltså ut allteftersom barnet blir äldre och bestämmanderätten succesivt flyttas över på den unge själv. Hur ett omyndigt barns rätt till inflytande, med- och självbestämmande, förhåller sig till vårdnadshavarens rättigheter är i allt väsentligt oprövat och det är därför svårt att med säkerhet säga var gränsen mellan vårdnadshavares och barns rättigheter går.<sup>14</sup> Svaret om vems bestämmanderätt som ska gälla när den unge och vårdnadshavaren inte har samma uppfattning i en fråga får lösas i varje enskilt fall eller med hjälp av den speciallagstiftning som finns för vissa situationer, t.ex. 3 § lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.

#### Hälso- och sjukvård

Enligt 4 kap. 5 § patientlagen (2014:821) ska, när patienten är ett barn, barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klargöras. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Unga kan inte

---

<sup>13</sup> Singer A (2000) s. 439.

<sup>14</sup> Schiratzki J (2010) s. 89.

bara anses ha rätt att motsätta sig en vårdåtgärd utan även att, under vissa förutsättningar, själva initiera och samtycka till en åtgärd. Om barnet är tillräckligt moget för att samtycka till en behandling, behövs inte vårdnadshavarnas samtycke. Det går inte att ange någon exakt åldersgräns när ett barn självt kan samtycka respektive motsätta sig olika behandlingar, utan detta får avgöras för varje enskilt barn.<sup>15</sup> Enligt Socialstyrelsen kan det krävas olika mognadsgrad för olika beslut. Frågans art och komplexitet samt beslutets konsekvenser måste också vara styrande för bedömningen av om barnet ska ha en självbestämmanderätt. Krav på ålder och mognadsgrad kan variera beroende av om frågan gäller t.ex. preventivmedel, kosmetisk kirurgi eller allvarlig sjukdom. Följaktligen hänger självbestämmanderätten samman med barnets mognad i relation till det aktuella beslutets svårighet och betydelse. Den ökade medbestämmanderätten i takt med barnets stigande ålder innebär ofta att samtycke krävs från såväl barn som vårdnadshavare. Det ankommer på den som är ansvarig för vården att göra bedömningen av en underårig patients mognadsgrad och beslutskompetens.<sup>16</sup>

### Sociala insatser

Enligt 11 kap. 10 § SoL har ett barn som har fyllt 15 år rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden enligt SoL. Ett barn kan alltså formellt ansöka om bistånd och få denna prövad först från 15 års ålder. Däremot kan en begäran om hjälp från ett barn under 15 år medföra att socialtjänsten kan behöva inleda utredning om barnets situation och behov. Men även om utredningen skulle leda fram till att det föreligger behov kan inte socialtjänsten erbjuda och bevilja biståndsinsatser till ett barn under 15 år, om vårdnadshavaren inte samtycker. Även om barn över 15 år har möjlighet att ansöka om bistånd är möjligheten att bevilja bistånd begränsad, om inte vårdnadshavaren samtycker. Enligt 3 kap. 6 a § andra stycket SoL får dock socialnämnden besluta om öppna insatser för ett barn som fyllt 15 år även utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär och samtycker till det. Se vidare kapitel 11.

---

<sup>15</sup> Prop. 2011/12:53 s. 9.

<sup>16</sup> Socialstyrelsen (2010c).

## Bestämmanderätt vid gemensam vårdnad

Har barnet två vårdnadshavare ska dessa utöva sina rättigheter och skyldigheter i förhållande till barnet tillsammans (6 kap. 13 § första stycket FB). Gemensam vårdnad förutsätter därmed ett långtgående samarbete mellan föräldrarna. Hur utövandet av den gemensamma vårdnaden ska gå till är endast knapphändigt reglerat. Domstol kan inte avgöra andra tvister om vårdnadens utövande än dem som rör hos vem av dem barnet ska bo och hur umgänget med den andra föräldern ska utformas (socialnämnden har dock möjlighet att besluta om vissa åtgärder mot en av vårdnadshavarnas vilja, se nedan). Från den grundläggande principen om det gemensamma beslutsfattandet vid gemensam vårdnad finns ett undantag för speciella situationer. Är en av vårdnadshavarna till följd av frånvaro, sjukdom eller annan orsak förhindrad att ta del i sådana beslut rörande vårdnaden som inte utan olägenhet kan uppskjutas, bestämmer den andre ensam. Denne får dock inte ensam fatta beslut av ingripande betydelse för barnets framtid, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (6 kap. 13 § andra stycket FB).

Normalt krävs alltså gemensamma beslut när det finns två vårdnadshavare. Bestämmelsen i 6 kap. 13 § första stycket FB ska dock inte tolkas så att båda vårdnadshavarna ska delta i alla beslut som måste fattas när det gäller vårdnaden om barnen. Det ligger i sakens natur att bestämmanderätten utövas än av den ena och än av den andra föräldern, beroende på vilken av dem som för tillfället är till hands eller på hur föräldrarna har organiserat vården. Om föräldrarna inte bor tillsammans måste det med nödvändighet bli så att den som har barnet hos sig till stor del kommer att fatta de vardagliga besluten i fråga om vårdnaden.<sup>17</sup> I formell mening grundar dock faktisk vård av barnet inte någon bestämmanderätt.<sup>18</sup> Huruvida den faktiska vården borde vara förenad med särskild bestämmanderätt har varit föremål för diskussion vid ett flertal tillfällen men har inte lett till lagstiftning.<sup>19</sup> Argument mot detta har bl.a. varit att det inte är helt lätt att i alla lägen avgöra vad som är att hänföra till den dagliga omsorgen och att en bestämmelse som

---

<sup>17</sup> Prop. 1975/76:170 s. 178 och prop. 2011/12:53 s. 8.

<sup>18</sup> Singer A (2000) s. 440.

<sup>19</sup> Se bl.a. SOU 1995:79 och prop. 1997/98:7.

preciserar vad som hör till den dagliga omsorgen lika ofta kan komma att skapa eller förstärka tvister som att lösa dem.<sup>20</sup>

Vad som ska förstås med daglig omsorg och beslut av mer ingripande betydelse är således inte klarlagt i lagstiftningen. I förarbetena uttalas dock att frågor om bl.a. barnets mat och kläder, sovtider och hur barnet ska tillbringa sin fritid hör till den dagliga omsorgen. Däremot undantas beslut av mer ingripande betydelse för barnets framtid, t.ex. frågor som rör barnets skolgång och var barnet ska bo.<sup>21</sup> Även beslut om insatser enligt SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) anses utgöra beslut av mer ingripande betydelse.<sup>22</sup> Vad gäller medicinsk vård eller behandling anses besök på en vårdcentral, t.ex. för barnsjukdomar, i allmänhet höra till den dagliga omsorgen. I många andra fall kan vårdpersonalen också utgå från att den vårdnadshavare som tagit initiativ till vårdkontakten informerat den andra vårdnadshavaren och att denne samtycker. Det anses att personalen dock som regel bör samråda med den andra vårdnadshavaren om det finns någon särskild anledning att misstänka att denne inte samtycker till behandlingen eller om det är fråga om åtgärder av ingripande betydelse för barnets framtid.<sup>23</sup>

### **Socialnämnden kan besluta om en av vårdnadshavarna motsätter sig vissa åtgärder**

I syfte att stärka barns rätt till vård och sociala insatser har socialnämnden befogenhet att besluta att en viss åtgärd får vidtas trots att en av vårdnadshavarna inte samtycker. Enligt 6 kap. 13 a § FB kan socialnämnden besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller

- psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av HSL,
- behandling i öppna former som ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL,

---

<sup>20</sup> Prop. 1997/98:7 s. 55.

<sup>21</sup> Prop. 1975/76:170 s. 178.

<sup>22</sup> Prop. 2011/12:53 s. 9.

<sup>23</sup> A.a. s. 9 med referens till SOU 2007:52 s. 72.

- utseende av en kontaktperson eller en familj som avses i 3 kap. 6 § tredje stycket SoL eller
- en insats enligt 9 § 4, 5 eller 6 LSS.

Bestämmelsen är tillämplig när ett barn har två vårdnadshavare och gäller även när vårdnadshavarna är gifta eller sambor. Har barnet bara en vårdnadshavare beslutar denne ensam. Om båda vårdnadshavarna motsätter sig åtgärden kan bestämmelsen inte tillämpas.<sup>24</sup>

## 14.5 Vårdnadshavarens rättsliga ställning efter ett beslut om placering

Ett beslut om vård enligt SoL eller LVU innebär inte att föräldrarna fråntas den rättsliga vårdnaden om barnet. För att det ska ske krävs att domstol beslutar om överflyttning av vårdnaden. Att den rättsliga vårdnaden inte fråntas vårdnadshavaren vid LVU innebär bl.a. att vårdnadshavaren har rätt att motsätta sig att barnet adopteras (4 kap. 5 a § FB) och byter namn [6 och 45 §§ namnlagen(1982:670)].

Vad som i stället händer vid en placering är att vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet påverkas i olika grad beroende på placeringens rättsliga grund. Vid en SoL-placering påverkas inte vårdnadshavarens bestämmanderätt i formell mening, men genom samtycket till placeringen överläter vårdnadshavaren viss bestämmanderätt till den som ska utöva den faktiska vården om barnet. Vid en LVU-placering däremot flyttas centrala delar av bestämmanderätten tillfälligt över till socialnämnden eller till den som nämnden har uppdragit vården, se vidare nedan.

Föräldrarnas rättsliga ställning och behov av stöd behandlas i kapitel 12.

---

<sup>24</sup> Prop. 2011/12:53 s. 26.



## 14.6 Socialnämndens ansvar efter ett beslut om placering

### 14.6.1 Nämndens ansvar för en god vård

Av 6 kap. 1 § SoL framgår att socialnämnden ansvarar för att ett barn som har blivit placerad utanför hemmet får god vård. Vården bör utformas så att den främjar samhörigheten med anhöriga och närstående och kontakten med hemmiljön. Enligt 6 kap. 7 § SoL ska socialnämnden medverka till att barn i familjehem, jourhem och HVB samt barn som är privatplacerade får en god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden samt verka för att de får lämplig utbildning och den hälso- och sjukvård de behöver. I övrigt utvecklas inte begreppet god vård i lagstiftningen, se vidare kapitel 5. Vårdens faktiska utformning är inte lagreglerad, förutom att det ställs krav på att det ska finnas en vårdplan och en genomförandeplan.

Av 11 § femte stycket LVU framgår dock att nämnden, under vårdtiden, har samma ansvar som vårdnadshavaren för att den unges grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § FB tillgodoses. Bestämmelsen har tillkommit för att markera och erinra om att även ett barn eller en ung person som är omhändertagen för samhällsvård har rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda och att socialnämnden har ett ansvar för att tillgodose det.<sup>25</sup>

### 14.6.2 Nämndens uppsiktsansvar

Enligt 11 § fjärde stycket LVU har socialnämnden, parallellt med vårdnadshavarens tillsynsansvar, ett uppsiktsansvar för barnet. Högsta domstolen (HD) har i ett uppmärksammat mål funnit att en kommun var skadeståndsskyldig för de skador som en 13-årig flicka förorsakat i samband med att hon var omhändertagen enligt LVU. Flickan var efter utskrivning från BUP tillfälligt placerad hos sin mamma i avvaktan på en mer permanent placering. Hon hade tidigare rymt från olika hem, också när hon befann sig under intensiv övervakning, och anlagt ett antal bränder. HD konstaterade i domen att ett omhändertagande enligt LVU inverkar på

---

<sup>25</sup> Prop. 2002/03:53 s. 78 och 105 f.

vårdnadshavarens tillsynsansvar över barnet, eftersom socialnämnden tar över centrala delar av bestämmanderätten och delar av ansvaret för vårdnaden av barnet. Socialnämnden träder in vid sidan av vårdnadshavaren eller i hans eller hennes ställe i den omfattning som behövs för att genomföra vården. HD konstaterade vidare att även om den som har den omedelbara vården om ett barn har ett eget uppsiktsansvar för barnet innebär det inte att uppsiktsplikten upphör för socialnämnden. Detta gäller oavsett om det handlar om en placering i ett familjehem, ett HVB, ett särskilt ungdomshem eller vid en placering hos den ordinarie vårdnadshavaren. HD konstaterar i domen att omständigheterna i detta fall motiverade högt ställda krav på att socialnämnden vidtog möjliga och lämpliga åtgärder för att på ett påtagligt sätt motverka risken för att flickan skulle anlägga bränder. Utredningen i målet tillät dock inte några slutsatser om vilka möjligheter till en effektiv uppsikt av flickan som förelåg vid placeringen hos mamman. Det berodde väsentligen på att socialnämnden inte hade gjort någon adekvat utvärdering av faresituationen. Bedömningen utgick i det läget från att det hade varit möjligt att med en lämplig uppsikt påtagligt motverka faran för att flickan anlade bränder. Socialnämndens insatser för uppsikt hade emellertid varit begränsade och otillräckliga. Kommunen ansågs därför vara skadeståndsskyldig.<sup>26</sup>

SKL har med anledning av domen rekommenderat kommunerna att, i de ärenden där det finns en känd risk för att barnet kan förorsaka skada, göra en skriftlig utvärdering av faran och resonera kring hur den kan motverkas. Om det finns en skriftlig utvärdering faller nämligen bevisbördan på den skadelidande som alltså måste visa att kommunen har handlat felaktigt och att skadan inte skulle ha inträffat om kommunen hade agerat på ett korrekt sätt.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> HD:s dom den 27 mars 2013 med mål nr T 2847-11.

<sup>27</sup> SKL (2013a).

## 14.7 Socialnämndens bestämmanderätt efter ett beslut om placering

### 14.7.1 Vid en SoL-placering

Vid en SoL-placering påverkas inte vårdnadshavarens bestämmanderätt i formell mening. Genom samtycket till placeringen överläter dock vårdnadshavaren bestämmanderätten i de frågor som gäller den dagliga omsorgen till den som ska utöva den faktiska vården om barnet. Eftersom placeringen bygger på vårdnadshavarens samtycke och kan upphöra om vårdnadshavaren är missnöjd har dock vårdnadshavaren stora möjligheter att påverka barnets faktiska förhållanden under placeringen.

### 14.7.2 Vid en LVU-placering

Vid en LVU-placering följer det av 11 § LVU att socialnämnden övertar vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Men även vid vård enligt LVU måste socialtjänsten i största möjliga utsträckning låta vårdnadshavarna vara delaktiga i frågor som rör vården av barnet.

11 § LVU är inte begränsad till barn utan gäller även unga till och med 21 år som vårdas med stöd av 3 § LVU. Socialnämndens bestämmanderätt går alltså i det avseendet längre än vårdnadshavarens eftersom vårdnadshavarens ansvar upphör när barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § FB).

### Frågor om boende och umgänge

Av 11 § första stycket LVU framgår att frågan om boende avgörs ensidigt av socialnämnden. En vårdnadshavare som skiljer ett barn från den som vårdar det med stöd av LVU kan dömas för egenmäktighet med barn.<sup>28</sup> Vårdnadshavaren och den unge, om han eller hon har fyllt 15 år, har enligt 41 1 § LVU rätt att överklaga beslutet om placering. Vad domstolen ska pröva i ett mål om placering är inte helt klarlagt av praxis. Det finns exempel på avgöranden där

---

<sup>28</sup> Svea Hovrätts dom den 10 april 2010 med mål nr B 7927-12.

det anges att vad som ska prövas endast är om den beslutade placeringen är lämplig eller inte.<sup>29</sup> Det finns dock också avgöranden som talar i en annan riktning.<sup>30</sup> Kammarrätten i Göteborg har i ett mål uttalat att en förvaltningsdomstol i princip har en möjlighet att upphäva socialnämndens placeringsbeslut och i stället bestämma att den unge ska vara placerad i ett annat familjehem. Enligt kammarrätten innebär dock de materiella reglerna i 6 kap. 6 § SoL om utredning av det andra familjehemmets förhållanden en stor inskränkning i domstolens möjligheter att ersätta beslut om placering. Det är enligt kammarrätten inte möjligt att genomföra en familjehemsutredning i domstol.<sup>31</sup>

Även frågan om umgänge avgörs ensidigt av socialnämnden. Socialnämnden har enligt 14 § LVU ett ansvar för den unges behov av umgänge med sina föräldrar/vårdnadshavare. Enligt bestämmelsens andra stycke får dock socialnämnden begränsa umgänget eller besluta att den unges vistelseort inte ska röjas för föräldrarna, om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården. Bestämmelsen ska tillämpas restriktivt och socialnämnden får inte utan starka skäl besluta om inskränkningar i umgänget mellan barn och föräldrar.<sup>32</sup> Begränsningar i fråga om umgänge med andra personer, t.ex. syskon, är däremot en fråga för socialnämnden att ta ställning till utifrån den allmänna befogenheten i 11 § fjärde stycket LVU, se nedan.

## Frågor om barnets personliga förhållanden

Även delar av rätten att bestämma över barnets personliga förhållanden fråntas vårdnadshavaren enligt 11 § fjärde stycket LVU. Enligt den bestämmelsen ska nämnden eller den åt vilken nämnden har uppdragit vården ha uppsikt över den unge och, i den utsträckning det behövs för att genomföra vården, bestämma om hans eller hennes personliga förhållanden. Nämnden tar alltså över bestämmanderätten från vårdnadshavaren i den utsträckning som behövs för att kunna genomföra vården.

---

<sup>29</sup> Kammarrättens i Stockholm dom den 12 juni 2014 med mål nr 1327-14.

<sup>30</sup> RÅ 1986 not. 502.

<sup>31</sup> Kammarrättens i Göteborg dom den 16 januari 2015 med mål nr 6197-14 och 6198-14.

<sup>32</sup> SOSFS 1997:15 s. 52.

I de ursprungliga förarbetena till bestämmelsen står att sedan rätten har beslutat om vård med stöd av LVU, övergår ansvaret för vården på nämnden. För de unga som bereds vård på grund av brister i omsorgen övertar nämnden det ansvar för vården som annars tillkommer föräldrarna enligt FB.<sup>33</sup> I specialmotiveringen står att efter ett beslut om omedelbart omhändertagande eller om vård har nämnden inträtt vid sidan av föräldrarna eller i deras ställe. Nämnden bör, i den omfattning som behövs för att genomföra vården, ha samma skyldigheter och befogenheter som tillkommer föräldrarna. I likhet med föräldrarna kan nämnden således vidta åtgärder som behövs för att den unge inte ska skada sig själv eller annan. Nämnden bör också i likhet med föräldrarna kunna besluta i frågor som rör den unges personliga förhållanden. Det kan här gälla frågor som medicinsk vård eller behandling, om rätt för den unge att företa resor eller att påbörja arbetsanställning.<sup>34</sup> Samtidigt betonas att nämnden bör samråda med föräldrarna i sådana frågor, när förhållandena medger det, se vidare nedan. Uttalandena gäller den äldre LVU (1980:621), men den dåvarande lagtexten hade samma lydelse som i nu gällande LVU. Förarbetena till den nu gällande LVU hänvisar till den äldre propositionen i detta avseende.<sup>35</sup> I Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av LVU står att ett beslut om omhändertagande eller vård enligt LVU i princip medför att socialnämnden vid sidan av vårdnadshavaren får samma befogenheter och skyldigheter som denne vad gäller barnet i den omfattning som behövs för att genomföra vården.<sup>36</sup> JO har uttalat att nämnden genom ett beslut om omhändertagande eller vård enligt LVU inte inträder som vårdnadshavare för den unge med den betydelse begreppet vårdnadshavare har i t.ex. FB. Nämnden får genom beslutet bara befogenheter som i vissa avseenden är att jämställa med en vårdnadshavares.<sup>37</sup>

Utöver de i förarbetena nämnda frågorna är det inte helt klart vilka frågor avseende barnets personliga förhållanden som faller inom socialnämndens respektive vårdnadshavarens bestämmanderätt. I praxis finns flera fall som belyser frågan vad socialnämnden

---

<sup>33</sup> Prop. 1979/80:1 Del A s. 503.

<sup>34</sup> A.a. 1979/80:1 Del A s. 596 f.

<sup>35</sup> Prop. 1989/90:28 s. 105.

<sup>36</sup> SOSFS 1997:15 s. 47.

<sup>37</sup> JO 1996/97 s. 284.

får bestämma om. Däremot saknas vägledning avseende vårdnadshavarens eventuella "restkompetens". Enligt JO får nämnden t.ex. bestämma om alla besök hos barnet, t.ex. med barnets syskon.<sup>38</sup> JO har även uttalat att det rent teoretiskt inte kan uteslutas att nämnden med stöd av 11 § fjärde stycket kan begränsa den unges rätt att läsa dagstidningar. I det aktuella ärendet hade nämnden dock inte redovisat några bärande skäl för en sådan begränsning.<sup>39</sup> Kammarrätten har med hänvisning till 11 § fjärde stycket LVU uttalat att socialnämnden är behörig att ansöka om insatser enligt LSS för ett barn som är placerat med stöd av LVU.<sup>40</sup>

### 14.7.3 Socialtjänsten ska samråda med föräldrarna

Av förarbetena framgår att det förhållandet att nämnden har tagit över ansvaret för vården av den unge inte får leda till att föräldrarna fråntas allt inflytande. Föräldrarna, liksom den unge själv, bör så långt möjligt medverka vid vårdens utformning.<sup>41</sup> Europadomstolen har uttalat att ett omhändertagande av barn inte innebär att föräldrarna fråntas alla sina rättigheter. JO har uttalat att när nämnden tar ställning till frågor avseende den unges personliga förhållanden bör nämnden i enlighet med de principer som ska gälla i vårdarbetet samråda med föräldrarna. Vägrar vårdnadshavarna att medverka i arbetet kring vården eller är i övrigt förhållandet mellan myndigheten och den unges vårdnadshavare ansträngt kan visserligen möjligheterna att samråda på ett fruktbart sätt vara begränsade. Enligt JO bör dock nämndens handläggare aldrig underlåta att informera vårdnadshavarna om uppkomna frågor kring vården.<sup>42</sup> I ett senare beslut har dock JO uttalat att det i vissa speciella fall kan vara nödvändigt att för en tid underlåta att upplysa vårdnadshavaren om uppkomna frågor rörande barnet om det bedöms nödvändigt med hänsyn till barnet, t.ex. barnets behov av skydd.<sup>43</sup> Se vidare kapitel 12.

---

<sup>38</sup> JO 1995/96 s. 291.

<sup>39</sup> JO 1997/98 s. 333.

<sup>40</sup> Kammarrättens i Jönköping dom den 23 september 2004 med mål nr 2156-03 och Kammarrättens i Göteborg dom den 6 december 2010 med mål nr 5710-10.

<sup>41</sup> Prop. 1979/80:1 Del A s. 596 f.

<sup>42</sup> JO 1998/99 s. 279.

<sup>43</sup> JO 2002/03 s. 239.

#### 14.7.4 Barnets med- och självbestämmanderätt

Principen om barnets ökade beslutskompetens gäller även då barnet är placerat. Av 11 kap. 10 § SoL och 36 LVU framgår att ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Bestämmelsen ger barnet en absolut rätt att få komma till tals och uttrycka sin åsikt. Det finns ingen nedre åldersgräns för när barn kan få komma till tals. Betydelsen av barnets eller den unges ålder och mognad har relevans först efter det att barnet har kommit till tals. Först vid prövningen i vad mån barnets eller den unges åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i beslutet bedöms barnets eller den unges ålder och mognad. Begreppet mognad är inte tydligt definierat. I barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 12, som också återges i förarbetena<sup>44</sup>, står att hur mycket barn förstår inte entydigt är knutet till barnets biologiska ålder. Forskning visar att information, erfarenhet, miljö, sociala och kulturella förväntningar samt omfattningen av stöd bidrar till utvecklingen av ett barns förmåga att bilda åsikter. Därför måste barnets åsikter bedömas i varje enskilt fall. Mognad avser förmåga att förstå och bedöma konsekvenserna av en särskild fråga, och måste därför övervägas när barnets individuella förmågor fastställs. Mognad är svårt att definiera, men i artikel 12 menas ett barns kapacitet att uttrycka sina åsikter på ett rimligt och självständigt sätt. Man måste också ta hänsyn till hur frågan påverkar barnet. Ju mer resultatet påverkar ett barns liv, desto mer relevant är en korrekt bedömning av just det barnets mognad.<sup>45</sup>

En slutsats är således att socialtjänsten, familjehemsföräldrar, och HVB-personal, i takt med barnets stigande ålder och utveckling ska ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

---

<sup>44</sup> Prop. 2012/13:10 s. 39.

<sup>45</sup> BO (2014b) s. 10.

## 14.8 Familjehem och HVB bestämmer i frågor om den dagliga omsorgen

Vid såväl en placering enligt SoL som LVU övertar den som har den faktiska vården om barnet (familjehemsföräldrarna eller personalen på HVB) det dagliga ansvaret för barnet och får därmed bestämma om frågor om den dagliga omsorgen om och tillsynen över barnet.

### 14.8.1 Vid en SoL-placering

Ett beslut om vård enligt SoL påverkar inte vårdnadshavarens bestämmanderätt i formell mening. Som tidigare konstaterats grundar ju faktisk vård av barnet inte någon formell bestämmanderätt. Det ligger dock i sakens natur att den som har den faktiska vården om barnet måste ha rätt att bestämma i de vardagliga frågorna. Genom samtycket till placeringen överlåter vårdnadshavaren det dagliga ansvaret för barnet till familjehemmet eller till ett HVB och därmed överlåts även delar av bestämmanderätten över barnet. Socialstyrelsen har uttalat att en parallell kan dras till fördelningen av beslutanderätt när två separerade föräldrar har gemensam vårdnad om barnet. Där har skiljelinjen dragits mellan beslut som måste fattas av vårdnadshavarna gemensamt och beslut i frågor som rör den dagliga omsorgen och som måste kunna tas av den vårdnadshavare där barnet bor tillfälligt. Det handlar t.ex. om att bestämma om mat- och sovtider, tider för läsläsning, tider för när man ska vara hemma på kvällen, hygienrutiner och användandet av mobiltelefoner, datorer m.m. Enligt Socialstyrelsen får det bedömas i varje enskilt fall vilka frågor som är att hänföra till daglig omsorg och vilka som kan anses vara av större dignitet. I svårbedömda fall av beslut i vardagen kan familjehemmet eller institutionen behöva rådgöra med socialtjänsten.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Socialstyrelsen (2012d) s. 135.



### 14.8.2 Vid en LVU-placering

Ett beslut om vård enligt LVU påverkar vårdnadshavarens bestämmanderätt i stor utsträckning. Som redovisats tidigare framgår det av 11 § LVU att nämnden eller den åt vilken nämnden har uppdragit vården, ska ha uppsikt över den unge och i den utsträckning det behövs för att genomföra vården, bestämma om hans eller hennes personliga förhållanden. Bestämmelsen innebär således att både nämnden och familjehemmet eller personalen på HVB har rätt att bestämma om barnets personliga förhållanden i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Dock saknas det vägledning i förarbetena hur förhållandet mellan nämndens och familjehemets respektive HVB-personalens bestämmanderätt ska fördelas.

Vid utredningens kontakter med familjehemsföräldrar har det framkommit önskemål om "fullmakter" så att de kan ta beslut i vårdnadshavarens ställe i frågor som uppkommer i vardagen för det familjehemsplacerade barnet. I dag krävs ofta vårdnadshavarens underskrift i olika frågor som gäller barnet, t.ex. inskrivning på förskola, skola, fritids, åtgärdsprogram, ansökan om ledighet från skolan, samtycke till olika vaccinationer och ansökan om olika ersättningar.

I Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma vägledning om placerade barns skolgång och hälsa konstateras att det underlättar om socialtjänsten inför placeringen ordnar med en fullmakt från vårdnadshavarna. Finns det en fullmakt kan barnets vaccinationer eller uthämtande av läkemedel förenklas. Vidare framgår det att alla eventuella överenskommelser mellan socialtjänst, familjehem eller HVB och hälso- och sjukvården ska skrivas ned i genomförandeplanen. Det är också bra att tydliggöra vem skolan eller hälso- och sjukvården ska kontakta vid eventuella frågor om vaccinationer eller om överföring av information mellan olika vårdgivare eller skolor. För att skolgången ska fungera kan det vara bra att parterna klargör (genom överenskommelser eller fullmakter) vem som ska delta i olika aktiviteter och vem skolan ska kontakta när det gäller olika frågor. Det kan t.ex. handla om

- föräldramöten,
- utvecklingssamtal,

- skolval,
- hälsobesök,
- möjlighet att delta när skolan utarbetar ett åtgärdsprogram,
- utredning – t.ex. dyslexi, mottagande i särskolan,
- elevhälsoinsatser – t.ex. vaccination,
- övergången mellan förskola och skola, samt
- övergången mellan grundskola och gymnasieskola.<sup>47</sup>

## 14.9 Gränssättning inom ramen för omsorgs- och tillsynsansvaret

### 14.9.1 Vårdnadshavaren får vidta vissa gränssättande åtgärder

I vårdnadshavarens ansvar att se till att barnet får en god fostran ingår att barnet får lära sig att sätta gränser för sitt handlande och ta ansvar.<sup>48</sup> Även tillsyns- och uppsiktsansvaret innebär att en vårdnadshavare måste kunna vidta vissa gränssättande åtgärder. Av förarbetena framgår att barnets rätt till ett privatliv och skydd mot insyn inte kan vara absolut. Barnet måste tåla vissa inskränkningar för att vårdnadshavarna ska kunna fullgöra sin tillsynsskyldighet. Vårdnadshavaren kan t.ex. behöva genomsöka barnets privata tillhörigheter eller t.o.m. öppna brev som har adresserats till barnet, om det behövs för att skingra eller få bekräftat misstankar om att barnet är involverat i något som kan vara skadligt för honom eller henne eller på annat sätt olämpligt.<sup>49</sup>

FB anger ramen för vårdnadshavarens befogenheter i sitt gränssättande av barnet och BrB:s regler, främst brott mot liv och hälsa och mot frihet och frid i 3 och 4 kap. BrB, sätter den yttersta gränsen. Enligt 6 kap. 1 § FB får barnet inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. I förarbetena anges som exempel på kränkande behandling rumsarrest som används i bestraffningssyfte. Åtgärden kan skapa ångest hos barnet och kan

---

<sup>47</sup> Socialstyrelsen och Skolverket (2013) s. 63 ff.

<sup>48</sup> Prop. 1981/82:168 s. 59.

<sup>49</sup> A.a. s. 60.

vara att beteckna som en otillåten kränkning av barnet, när den inte med hänsyn till omständigheterna rentav är att räkna som en kroppslig bestraffning eller annars faller under BrB:s bestämmelser.<sup>50</sup> Även om en åtgärd formellt kan falla under BrB:s straffbestämmelser kan den dock ändå vara tillåten om någon av de i 24 kap. BrB reglerade allmänna grunderna för ansvarsfrihet är tillämpliga.

I barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 12 står att barnkonventionen erkänner föräldrars och andra vårdnadshavares rättigheter och ansvar att ge barnen de har i sin vård lämpliga instruktioner och vägledning men betonar att detta är till för att barnet ska kunna utöva sina rättigheter. Instruktioner och vägledning ska ges på ett sätt som tar hänsyn till den fortlöpande utvecklingen av barnets förmågor.<sup>51</sup>

JO har uttalat att inskränkningar i barnets rätt till ett privatliv och skydd mot insyn måste tålas och accepteras för att vårdnadshavaren ska kunna fullgöra sin tillsynsskyldighet. Vårdnadshavarna ska ta hänsyn och visa respekt för de individuella egenskaper och särdrag som ett barn har. Barn har med stigande ålder rätt till ett allt starkare integritetsskydd och vårdnadshavarens rätt att bestämma i frågor som rör barnet tunnans därmed ut.<sup>52</sup>

#### **14.9.2 Nämnden har samma befogenheter som vårdnadshavarna**

Av förarbetena framgår att nämnden vid en LVU-placering har samma skyldigheter och befogenheter som tillkommer vårdnadshavarna. I likhet med föräldrarna kan nämnden således vidta åtgärder som behövs för att den unge inte ska skada sig själv eller annan. Nämnden bör på samma sätt som föräldrarna t.ex. kunna hindra att den unge rymmer.<sup>53</sup> Nämndens lagliga utrymme för att begränsa barnets handlingsmöjligheter är således inte större än föräldrarnas. Vid vård enligt 2 § LVU har socialnämnden inte befogenhet att vidta några tvångsåtgärder riktade mot barnet annat

---

<sup>50</sup> Prop. 1978/79:67 s. 8.

<sup>51</sup> BO (2014b) s. 19.

<sup>52</sup> JO 2007/08 s. 297.

<sup>53</sup> Prop. 1979/80:1 Del A s. 596 f.

än sådana begränsningar som följer av FB. Däremot kan socialnämnden vid vård enligt 3 § LVU besluta att barnet eller den unge ska vistas i ett särskilt ungdomshem inom SiS. För att kunna genomföra vården på de särskilda ungdomshemmen har SiS rätt att använda vissa särskilda befogenheter, se kapitel 17.

### **14.9.3 Familjehemsföräldrars skyldigheter och befogenheter**

Ett familjehem kännetecknas av att det ska erbjuda det placerade barnet en familjetillhörighet. Familjehemsföräldrarna träder under placeringstiden i föräldrarnas ställe och övertar den dagliga omsorgen om och tillsynen över barnet. Familjehemsföräldrarna har således både en skyldighet att skydda barnet från att själv skadas och se till att barnet inte åstadkommer skada för någon annan. Familjehemmet måste ha ett visst utrymme att själva utforma den dagliga omsorgen och tillsynen så länge utformningen stämmer överens med FB:s utgångspunkter. Familjehemsföräldrarna ska ta hänsyn och visa respekt för de individuella egenskaper och särdrag som ett barn har och är, på samma sätt som föräldrar och vårdnadshavare, skyldiga att ta hänsyn till barnets åsikter utifrån barnets eller den unges förmåga att förstå och bedöma vilka konsekvenser den aktuella frågan medför.

## **14.10 Gränssättande åtgärder och ordningsregler på HVB**

### **14.10.1 Barnets rätt till skydd mot förnedrande behandling och bestraffning**

Enligt artikel 37 i barnkonventionen får inget barn utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling och bestraffning. Detta kompletteras och utvidgas i artikel 19 som kräver att konventionsstaterna vidtar alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, miss-handel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan

barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård.

Av barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 19, 28.2 och 37 framgår att det förhållandet att kommittén förkastar varje rättfärdigande av våld och förödmjukande som metoder att straffa barn inte innebär att kommittén förkastar det positiva begreppet disciplin. Barnets sunda utveckling är beroende av att föräldrar och andra vuxna ger nödvändig ledning och rådgivning för att på ett sätt som överensstämmer med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmågor bistå dem under deras uppväxt för att de ska kunna leva ett ansvarsfullt liv i samhället.

Barnrättskommittén erkänner att föräldraansvar och omsorg om barn, framför allt spädbarn och småbarn, ofta kräver återkommande fysiska åtgärder och ingripanden för att skydda dem. Detta skiljer sig helt från avsiktligt och repressiv användning av våld för att tillfoga barnet ett visst mått av smärta, obehag eller förödmjukelse. Kommittén erkänner att det finns särskilda omständigheter då lärare och andra, t.ex. de som arbetar med barn på institutioner och med unga lagöverträdare, kan råka ut för farligt beteende som motiverar användningen av skäligt tvång för att kontrollera detta beteende.

Även i detta fall finns en tydlig skillnad mellan den användning av våld som är motiverad på grund av behovet av att skydda ett barn eller andra människor och användningen av våld i bestraffningssyfte. Principen att använda så lite våld som möjligt under så kort tid som nöden kräver måste alltid tillämpas. Det krävs också detaljerade riktlinjer och utbildning, både för att minimera nödvändigheten att tillgripa våld och för att säkerställa att alla metoder som används är säkra, står i proportion till situationen och inte inbegriper avsiktligt tillfogande av smärta som en form av kontroll.<sup>54</sup>

#### 14.10.2 Otillåtna begränsningsåtgärder

I den nationella tillsynsrapporten för år 2009 uppmärksammades att det förekom ordningsregler på HVB som kunde ifrågasättas både utifrån laglighet och vad som kan anses etiskt försvarbart. Enligt

---

<sup>54</sup> BO (2014e) s. 7.

rapporten förekom inlåsning, kroppsvisitering, telefonavlyssning, brevcensur, kameraövervakning, drogtester, rumsvisitering, telefon-, internet- eller besöksrestriktioner samt restriktioner i kontakten med anhöriga. Det var vanligt att ungdomarna och deras vårdnadshavare fick intyga skriftligt vid inskrivningen att de godtog vissa regler och att de fått information om att ungdomarna skulle bli utskrivna om de inte följde reglerna.<sup>55</sup> Även Barnombudsmannen (BO) har uppmärksammat att ordningsregler på HVB kan innebära stora restriktioner för barn och unga och att de ofta kompletteras med ett bestraffningssystem t.ex. avdrag på ”veckopengen” och permissionsförbud.<sup>56</sup>

Upprättelseutredningen konstaterade att det också finns exempel på behandlingsmetoder som innehåller starka begränsningar av den unges handlingsutrymme och som fel använda kan ha integritetskränkande inslag.<sup>57</sup> Ett exempel är teckenekonomi som går ut på att förstärka och belöna önskade beteenden med poäng (tokens) som kan lösas in mot belöningar av olika slag. Metoden används inom ramen för bl.a. MTFC och MultifunC. En systematisk översikt från Socialstyrelsen visar att det helt saknas studier som undersökt effekterna av teckenekonomi för barn och unga på HVB. Det vetenskapliga underlaget är därför otillräckligt för att man ska kunna bedöma insatsens effekt för målgruppen. Socialstyrelsen har uppmärksammat att metoden ibland används på ett felaktigt sätt som innebär bestraffningar i form av böter eller uteslutning från social samvaro. Vidare pekar Socialstyrelsen på att det kan föreligga oklara gränser mellan positiva förstärkningar, omsorger och rättigheter.<sup>58</sup> Upprättelseutredningen framhöll att huvudmännen för institutioner måste ta ett aktivt ansvar för att de arbetssätt och metoder som tillämpas respekterar placerade barns rättigheter samt är etiskt genomtänkta och försvarbara. Professionen på ledningsnivå inom socialtjänsten och HVB bör se till att etiska diskussioner om arbetssätt inom samhällsvården förs och att etiska principer fortlöpande prövas och utvecklas.<sup>59</sup>

---

<sup>55</sup> Socialstyrelsen, beslut den 7 mars med dnr 9.1-61820/2012 och dnr 9.1-61818/2012 och IVO (2013) s. 50.

<sup>56</sup> BO (2011).

<sup>57</sup> SOU 2011:9 s. 235.

<sup>58</sup> Socialstyrelsen (2012f) s. 15.

<sup>59</sup> SOU 2011:9 s. 263 f.

I Socialstyrelsens tillsynsrapport för 2013 redovisas att otillåtna begränsningsåtgärder har uppmärksammats vid ett tiotal inspektioner. I de flesta fall handlar det om generella förbud att inneha mobiltelefon. Det förekommer även drogtester och visitationer av rum, utan samtycke från den unge eller vårdnadshavare, i något fall har kameraövervakning av lokaler konstaterats. Socialstyrelsen har också vid en inspektion uppmärksammat att det i verksamheten fanns ett ”time-out-rum”, dit barn fördes mot sin vilja. Socialstyrelsen konstaterar att bemötandet av barnen på HVB inte alltid är respektfullt och att metoder och ordningsregler kan ha kränkande inslag.<sup>60</sup> I en sammanfattande rapport från IVO med resultatet från Socialstyrelsens inspektioner under åren 2010–2013 och IVO:s inspektion från juni 2013 av HVB för barn och unga, framkommer att tvång och begränsningsåtgärder förekommer mer sällan numera. De flesta HVB är medvetna om att de åtgärder som är tillåtna på en SiS-institution inte är lagliga i kommunala eller privata verksamheter. HVB som har otillåtna begränsningsåtgärder, olämpliga ordningsregler eller som har inslag i behandlingen som kan uppfattas som tvång eller vara förknippat med hot om sanktioner har ålagts att upphöra med restriktioner och sanktioner och att omarbota sina ordningsregler. De flesta verksamheter rättar sig efter dessa påpekanden. Tillsynen visar ändå att IVO också i fortsättningen måste uppmärksamma om barn utsätts för otillåtna begränsningsåtgärder på HVB. IVO konstaterar att svåra och ibland hotfulla situationer kan uppstå och att ungdomar kan behöva skyddas mot sig själva och varandra. Detta måste personalen kunna hantera. Det är viktigt att de har arbetssätt som förhindrar att kritiska situationer uppstår. När svåra situationer ändå uppstår bör det finnas en beredskap och kunskap om hur man ska göra och vad som inte är tillåtet. IVO anser att det behövs en standardiserad grundutbildning för personal på HVB och även rekommationer för vilken utbildning som är lämplig för att arbeta med behandling av barn och ungdomar på HVB. Det finns även behov av ett kunskapsstöd för HVB när det gäller arbetssätt och metoder.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Socialstyrelsen (2013d) s. 50 och 56.

<sup>61</sup> IVO (2013) s. 4, 9 och 37.

### 14.10.3 Oklara förutsättningar

Efter tillsynsmyndigheternas och BO:s kritik mot hur ordningsregler tillämpas på HVB har det följt en period av oklarhet om vilka gränssättande åtgärder som får vidtas och under vilka förutsättningar. Avsaknaden av tydlig vägledning har medfört en osäkerhet hos både barn och unga och hos personalen, om vilka befogenheter personalen har för att kunna fullgöra sitt vård- och tillsynsansvar. Samtidigt har det medfört en diskussion om de komplexa etiska och juridiska frågeställningar som är förknippade med begränsande åtgärder och restriktioner.

Svenska Vård, som är en bransch- och näringspolitisk organisation för fristående verksamheter inom vård, omsorg och behandling, har i en skrivelse till utredningen uppmärksammat frågan om hur svårt det kan vara för personal på ett HVB att balansera barnets bästa när barns och ungas olika rättigheter kommer i konflikt med varandra. Säkerställandet av den unges trygghet och säkerhet kan kräva åtgärder som innebär att rätten till integritet och självbestämmande inskränks. Risken för den typen av konflikt är påtaglig på HVB där orsaken ofta handlar om en beteendeproblematik som innebär att den unge utsätter sig själv eller andra för risk.

Enligt Svenska Vård kan begränsningsåtgärder vara förebyggande, dvs. begränsningar som siktar på att förebygga en situation som riskerar den unges eller andras trygghet och säkerhet, eller akuta, dvs. begränsningar som vidtas i en nödsituation där den unges eller andras trygghet och säkerhet är direkt hotad. Svenska Vårds syn är att det saknas tydlighet vad gäller hur dessa konflikter ska hanteras och vilka befogenheter ett HVB kan ha utifrån den lagstiftning som finns. Svenska Vård önskar att området förtydligas utifrån grundsynen att ett HVB ska betraktas som ställföreträdande vårdnadshavare i situationer då vårdnadshavaren inte har möjlighet att själv utöva sin rätt och skyldighet.<sup>62</sup> Dessa synpunkter har även framförts till utredningen från andra företrädare från verksamheter som bedriver HVB. Man ger exempel på barn och unga med upprepat beteende i form av våld och skadegörelse där personalen inte kan eller vågar ta ansvar och hindra en förtvivlad ungdom från

---

<sup>62</sup> Svenska Vård (2013) Skrivelse till Utredningen om tvångsvård för barn och unga med dnr S 2012:07/2013/19.



att skada sig själv eller andra eller förstöra egendom, eftersom nödrätten inte får ligga till grund för rutinmässiga ingripanden utan är avsedd att användas vid en enstaka händelse.

Inom forskningen har de oklara förutsättningarna för ordningsregler och begränsningsåtgärder vid HVB uppmärksammats av Elisabeth Eneroth i en doktorsavhandling i juridik. Hennes slutsats är att det inte räcker med att begränsningsåtgärder endast regleras för SiS särskilda ungdomshem. Den privata vården har växt kraftigt och det finns ett lika stort behov av att reglera begränsningsåtgärder på privata HVB. Ingen kan i dag säga vem som får göra vad och på vilka grunder på ett HVB, vilket hotar insatsernas legitimitet och gör det svårt att uppnå den tillit som krävs för en god vård och ett gott vårdresultat. Ofta går det inte heller lätt att följa vad som hänt eftersom en stor del av beslutsfattandet och dokumentationen vid HVB är muntlig. För barnen och de unga är det svårt att veta vad som gäller – och förstå varför – eftersom institutioner kan ha omfattande interna regelverk som blandar inskränkningar i barns och ungas fri- och rättigheter med mer praktiska frågor. Det minskar förutsägbarheten, som är central för de barn och unga som vårdas vid HVB. Elisabeth Eneroth anser att det behövs regler eller riktlinjer på nationell nivå om utformningen av lokala ordningsregler för att komma till rätta med det ”frivilliga tvång” som förekommer i dag. Institutionernas ordningsregler bör också vara tillgängliga på internet eller internt för barnen. Dessutom behöver HVB-personalen få mer kunskap om vad som är inskränkningar av grundläggande rättigheter och vad som är ordningsregler.<sup>63</sup>

Utredningen vill i sammanhanget lyfta fram att Socialministeriet i Danmark, i samband med nya regler 2010 som utökade befogenheterna för institutionspersonal, har gett ut en vägledning om ”maktanvändande” i förhållande till placerade barn och unga. Den beskriver inledningsvis hur behovet av tvångsåtgärder bör förebyggas och vilka pedagogiska principer som ska gälla. Där beskrivs även principerna för ordningsregler (husregler), gränsdragningen mellan omsorg och ”fysisk maktutövning” samt vilka metoder för aggressions- och konflikthantering som kan vara lämpliga.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Eneroth E (2014) s. XXI ff och 574 ff samt muntlig information vid möten med Eneroth våren 2014 och 2015.

<sup>64</sup> Socialministeriet (2011).

#### 14.10.4 Regelverket skiljer sig åt beroende på huvudman

Vilka gränssättande åtgärder som är tillåtna eller inte på HVB skiljer sig åt beroende på vem som är huvudman för verksamheten – SiS, kommunen eller ett privaträttsligt subjekt.

#### De särskilda ungdomshemmen får vidta vissa tvångsåtgärder

Enligt regeringsformen (RF) krävs särskilt lagstöd för att det allmänna ska kunna använda tvång gentemot enskilda individer. Sådant lagstöd finns i LVU avseende barn och unga som vårdas på SiS särskilda ungdomshem. Bestämmelserna om de särskilda befogenheterna innebär att personalen har rätt att ta till vissa tvångsåtgärder om det bedöms nödvändigt för att kunna genomföra vården, se kapitel 17. Bestämmelserna om de särskilda befogenheterna gäller inte vid ett HVB som drivs i annan regi än av SiS.

#### HVB som drivs i offentlig regi får besluta om förbud mot berusningsmedel

På SiS särskilda ungdomshem är det möjligt att besluta om förbud mot innehav av alkohol och andra berusningsmedel samt vid en överträdelse också beslagta och förverka sådana medel. Detsamma gäller vid HVB som drivs i kommunal regi. Enligt 16 kap. 7 § SoL får HVB som drivs av ett landsting eller en kommun besluta att de som bereds vård där inte får inneha alkohol eller andra berusningsmedel. Detsamma gäller ifråga om injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen. Bestämmelsen är utformad så att den förutsätter ett beslut från huvudmannen om förbud mot innehav av berusningsmedel på institutionen. Det ger huvudmannen valmöjlighet att begränsa förbudet till de institutioner där behovet är störst. Bestämmelsen är avsedd att gälla för hela institutioner, inte för enstaka vårdtagare vid dem.<sup>65</sup> Beslutet går inte att överklaga.

Bestämmelsen är begränsad till att avse enbart berusningsmedel samt injektionssprutor och kanyler. Förbudet är således inte lika

---

<sup>65</sup> Prop. 1983/84:174 s. 29.

omfattande som det som finns i 16 § LVU. På de särskilda ungdomshemmen gäller förbudet även dopningsmedel och sådana varor som omfattas av lagen om vissa hälsofarliga varor samt ”annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet”.

Om huvudmannen har fattat ett beslut om förbud mot innehav har personalen rätt att omhänderta och förstöra eller försälja den förbjudna egendomen. Därvid ska bestämmelserna för förfarandet i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. iakttas.

Enligt förarbetena bör befogenheten utnyttjas med respekt för den enskilda människans integritet samt ingalunda slentrianmässigt. Bestämmelsen bör endast tillämpas vid de hem där man efter samråd med personalen funnit att detta är enda möjligheten att skapa en god miljö för de intagna.<sup>66</sup>

Bestämmelsen gäller både vid placeringar enligt LVU och SoL. När bestämmelsen infördes anförde föredragande statsrådet följande:

De institutioner som finns inom socialtjänsten är till allt övervägande delen sådana som erbjuds åt klienter som för längre eller kortare tid behöver vård eller tillsyn på grund av personliga sociala missförhållanden. Ofta hänger de sociala missförhållandena samman med en uttalad missbruksproblematik. Vid varje institution finns åtminstone några missbrukande klienter. Institutionsvistelsen syftar som regel till att bearbeta de personliga problemen och att ordna upp den sociala situationen för att klienten ska kunna återgå till ett normalt liv och stå på egna ben. En av förutsättningarna för att skapa rimliga möjligheter att nå detta mål är att institutionen är drogfri. Den som av egen vilja har sökt hjälp hos socialtjänsten och fått en plats i en institution lär därvid ha minst lika berättigat intresse som den som omhändertagits med tvång att miljön på institutionen inte äventyras genom missbruk. Samtidigt kan det inte anses vara för mycket begärt att den som får ett sådant samhällsstöd också får finna sig i att under den tid det gäller avstå från bruket av berusningsmedel. Det borde därför kunna anses vara en försvarlig åtgärd att införa en möjlighet för huvudmännen att på alla institutioner - hem för vård eller boende - inom socialtjänsten ta hand om och förstöra alkohol och andra berusningsmedel.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> A.a. s. 25 f.

<sup>67</sup> A.a. s. 25.

## Privata HVB får endast vidta sådana begränsningar som följer av FB

HVB som drivs av enskilda har inte någon befogenhet att vidta tvångsåtgärder gentemot de boende. Däremot övertar personalen det dagliga omsorgs- och tillsynsansvaret för barnet under placeringen vilket innebär en skyldighet att både skydda barnet från att själv komma till skada och att se till barnet inte skadar andra eller egendom. HVB-personalens befogenheter är således begränsade till sådana åtgärder som följer av FB. Vilka gränssättande åtgärder som får vidtas inom ramen för FB:s bestämmelser är inte närmare klargjort i lagstiftningen utan måste avgöras i varje enskilt fall efter en behovs- och proportionalitetsbedömning.

JO har i ett beslut som gällde frågan om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning på ett privat HVB uttalat att de privata hemmen inte torde ha rätt att vidta åtgärder gentemot ett barn som inte barnets vårdnadshavare skulle kunna vidta i en motsvarande situation. I det aktuella beslutet tog inte JO ställning till om ett privat HVB får utföra en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning av barn och ungdomar som vårdas vid hemmet. JO menade dock att det kunde diskuteras om en vårdnadshavare med stöd av bestämmelserna i FB har rätt att utföra en kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning av, som i aktuellt fall, ett barn som har fyllt 15 år.<sup>68</sup>

Socialstyrelsen har i flera beslut uttalat att det saknas lagstöd för generella begränsningsåtgärder på HVB. Enligt Socialstyrelsen måste restriktioner bedömas individuellt och överenskommas tillsammans med vårdnadshavaren, socialnämnden och den unge själv. För att samtycket ska vara giltigt krävs att samtycket är frivilligt avgivet, det får inte finnas något bakomliggande hot om sanktion eller vad som kan upplevas som en sanktion. Samtycket kan när som helst återkallas. Det är verksamheten som ansvarar för att ett giltigt samtycke från den unge föreligger i samband med varje åtgärd, till vilken samtycke, kan lämnas. Omständigheterna kring varje sådan händelse måste nog dokumenteras. Samtycket får inte

---

<sup>68</sup> JO 2007/08 s. 297.

gälla generellt för hela vårdtiden utan måste prövas individuellt och för den särskilda situationen.<sup>69</sup>

Frågan om samtycke rymmer flera frågeställningar bl.a. vem som kan avge ett giltigt samtycke, under vilka förutsättningar ett reellt samtycke kan lämnas samt vilka åtgärder som den enskilde eller dess vårdnadshavare kan samtycka till.<sup>70</sup> För att kunna tillmäta ett samtycke betydelse måste det vara reellt, dvs. det får inte ha lämnats av den enskilde för att han eller hon har känt sig tvingad att lämna samtycke. Det får inte förekomma några hot om sanktioner eller andra former av påtryckningar. Att avgöra om ett samtycke är reellt är särskilt komplicerat då det gäller underåriga eller personer med nedsatt autonomi. JO har i ett ärende som gällde kroppsvisitation av frivilligt hjälpsökande på en avgiftningsavdelning på ett sjukhus uttalat att det inte är lagenligt att förmå en enskild att gå med på en kroppsvisitation genom att förklara att han eller hon annars inte får någon vård.<sup>71</sup>

JO har vidare framhållit att det vid vård enligt LPT och LRV kan ifrågasättas, mot bakgrund av att patienten står i ett beroendeförhållande till personalen, vilket reellt värde ett samtycke som getts under en sådan vårdsituation har.<sup>72</sup> I ett beslut som gällde fråga om drogtestar på en kommunal gymnasieskola har JO uttalat att det ställs stora krav på berörd personal att säkerställa att elevens medverkan är frivillig och att eleven inte känner sig pressad att lämna ett prov.<sup>73</sup>

JK har i ett beslut som gällde ersättning enligt lagen (1998:714) om ersättning vid frihetsberövanden och andra tvångsåtgärder till en ungdom som har varit frihetsberövad på ett HVB ansett att ett samtycke inte varit reellt. Ärendet gällde en 17-åring som placerats med stöd av SoL på ett HVB som alternativ till fortsatt häktning. En förutsättning för placeringen var att pojken och hans vårdnadshavare skriftligen samtyckte till placeringen och vissa restriktioner

---

<sup>69</sup> Socialstyrelsen, beslut den 21 februari 2012 med dnr 9.1-15696/2011, beslut den 27 februari 2012 med dnr 9.1-35876/2011, beslut den 27 februari 2012 med dnr 9.1-972/2011, beslut den 28 februari 2012 med dnr 29826/2011, beslut den 29 februari 2012 med dnr 9.1-31024/2011 och beslut den 5 mars 2012 med dnr 9.1-10880/2012.

<sup>70</sup> I beslut JO 2008/09 s. 338 uttalar t.ex. JO att fastspänning i bälte är en så ingripande åtgärd att patienten inte kan samtycka till det. Bältesläggning ska inte tillämpas inom psykiatri annat än när det finns direkt lagstöd.

<sup>71</sup> JO beslut den 9 september 1983 med dnr 2870-1982 och 2946-1982.

<sup>72</sup> JO beslut den 31 maj 2011 med dnr 6823-2009 och 2196-2010.

<sup>73</sup> JO 2010/11 s. 509.

under placeringstiden. Pojken fick bl.a. inte kommunicera med omvärlden per telefon, mobiltelefon eller internet, han fick endast gå ut tillsammans med personal eller socialtjänst och han fick bara ta emot besök av mamma, socialtjänst, frivård samt offentligt biträde. JK uttalade att även om restriktionerna inte var sanktionerade måste det ha framstått som en reell risk att han vid en överträdelse skulle bli häktad. Under sådana förhållanden kan pojken och vårdnadshavaren enligt JK inte anses ha lämnat ett i formell mening frivilligt samtycke till åtgärderna i fråga.<sup>74</sup>

### Särskilt om rök- och snusförbud

Socialstyrelsen har i ett beslut uttalat att det saknas lagstöd för SiS att ha generella förbud att röka eller snusa eller att inneha snus eller andra tobaksvaror på de särskilda ungdomshemmen eller LVM-hemmen. Socialstyrelsen hänvisar till att 8 kap. 2 § 2 RF stadgar att generella regler (föreskrifter) ska meddelas genom lag om de avser förhållandet mellan enskilda och det allmänna, under förutsättning att föreskrifterna gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden. Tobakslagen (1993:581) innehåller bestämmelser om rökförbud i vissa angivna miljöer, varvid undantag görs för rökning utomhus, i enskildas bostäder och i andra lokaler för boende som inte är tillfälligt. Lagen reglerar den kommersiella försäljningen till personer under 18 år men reglerar inte förbud mot personer under 18 år att inneha eller nyttja tobaksvaror. För att SiS ska kunna omhänderta tobaksvaror krävs att förutsättningarna i 16 § andra meningen LVU är uppfyllda. För att personalen ska ha rätt att omhänderta egendom krävs att den ska vara till men för vården eller ordningen vid institutionen. Det kan t.ex. handla om att personalen misstänker att en tobaksförpackning innehåller narkotika. Det krävs också ett individuellt beslut i varje enskilt fall.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> JK beslut den 22 september 2014 med dnr 6923-13-41.

<sup>75</sup> Skrivelse från Socialstyrelsen 2011-07-07, Fråga om det är möjligt för SiS att uppställa ett generellt rök- eller snusförbud på en institution avseende personer under 18 år.

## Särskilt om förbud mot fotografering och filmning

Vad gäller förbud mot fotografering och filmning på HVB har SKL bedömt att det är lagligt för ett landsting att införa ett begränsat eller generellt fotograferings- eller filmförbud i sina sjukhus som innebär att filmning eller fotografering på sjukhusen får förekomma endast efter medgivande av ansvarig personal.<sup>76</sup> Bakgrunden till bedömningen är bl.a. att JO har godtagit att en sjukhusledning av integritetsskäl har förbjudit fotografering utan särskilt tillstånd i sjukhusets lokaler samt att JO har uttalat att om det i bilder eller filmer som publiceras på en webbplats eller på ett socialt medium förekommer patienter som inte lämnat samtycke kan det innebära ett otillåtet röjande av sekretessbelagda uppgifter.<sup>77</sup>

### 14.11 Utredningens överväganden och förslag

#### 14.11.1 Inledande överväganden

Som framgår av de inledande avsnitten i detta kapitel är det inte helt tydligt i lagstiftningen vem som får bestämma om barnets personliga förhållanden efter ett beslut om placering utanför det egna hemmet. Det finns en viss oklarhet dels i hur långt vårdnadshavarens bestämmanderätt sträcker sig vid LVU-vård, dels i vilka frågor som den som utövar den faktiska vården om barnet får bestämma om, dvs. vad som ryms inom den dagliga omsorgen. Både från skolan och hälso- och sjukvården har uttryckts att det många gånger råder oklarheter kring i vilka situationer som det räcker med att familjehemsföräldrarna eller personalen vid HVB kontaktas för olika beslut kring barnet. Utredningen anser därför att det finns ett behov av att klargöra vissa frågor som gäller bestämmanderätten över barnet.

Ett annat oklart område är vilka gränssättande åtgärder som får vidtas inom ramen för det dagliga omsorgs- och tillsynsansvaret för barnet. Tillsynsansvaret innebär en skyldighet att både skydda barnet från att själv komma till skada och att se till att barnet inte skadar andra eller egendom. FB:s bestämmelser anger ramen för

---

<sup>76</sup> SKL (2011).

<sup>77</sup> JO beslut den 27 mars 1987 med dnr 601-1986 och JO 1998/99 s. 458.

vilka gränssättande åtgärder som får vidtas men i övrigt är gränserna inte klargjorda i lagstiftningen. Vilka gränssättande åtgärder som får vidtas inom ramen för omsorgs- och tillsynsansvaret måste därför avgöras i varje enskilt fall efter en behovs- och proportionalitetsbedömning. Avsaknaden av ett tydligt regelverk gör det svårt för barnet eller den unge att förutse vilka restriktioner som kan förekomma på ett HVB och det skapar också osäkerhet hos personalen om vilka gränssättande åtgärder de får vidta. Utredningen anser därför att det behöver tydliggöras vilka befogenheter som följer av omsorgs- och tillsynsansvaret.

Av de inledande avsnitten i detta kapitel framgår att det förekommer arbetssätt på institutioner som innebär systematisk användning av belöningar och sanktioner, med syftet att ändra beteenden. Det är ett arbetssätt som även används inom ramen för vissa nya strukturerade behandlingsmodeller. Liksom Upprättelseutredningen anser utredningen att huvudmännen för institutionerna har det yttersta ansvaret för att de arbetssätt och metoder som tillämpas respekterar placerade barns rättigheter samt är etiskt genomtänkta och försvarbara. En viktig fråga för ledningen är att se till att det finns en ständigt pågående dialog på arbetsplatsen om misstag och svårigheter i arbetet. Ledningen har huvudansvaret för att skapa en arbetskultur, som präglas av sådan öppenhet och ett tillåtande klimat. Det finns ett behov av att stödja huvudmännen i utvecklingen av etiskt och rättsligt grundade arbetssätt. Det finns därutöver ett behov av att reglera vilka frågor som får omfattas av ordningsregler på HVB och formerna för hur ordningsregler ska tas fram.

Slutligen anser utredningen att det finns skäl att utvidga nuvarande reglering om förbud mot innehav av narkotika och andra berusningsmedel på HVB.

Syftet med förslagen är att stärka rättssäkerheten för barn och unga och säkerställa en trygg, säker och ändamålsenlig vård.



### 14.11.2 Nämndens bestämmanderätt under LVU-vård behöver förtydligas

**Utredningens förslag:** Bestämmelsen om socialnämndens bestämmanderätt under tiden för vård enligt LVU ska förtydligas i den nya LVU så att det framgår att nämnden övertar vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården.

Som redogjorts för tidigare i detta kapitel flyttas bestämmanderätten tillfälligt över till socialnämnden vid vård enligt LVU. Nämnden bestämmer hur vården ska ordnas och var barnet eller den unge ska vistas under vårdtiden. Vårdnadshavaren och den unge, om han eller hon har fyllt 15 år, har rätt att överklaga beslutet om placering. Nämnden bestämmer även över umgänget mellan barn och föräldrar under placeringstiden. Vidare bestämmer nämnden om den unges personliga förhållanden i den utsträckning som behövs för att genomföra vården (11 § fjärde stycket LVU). Utredningen bedömer att det i denna del finns en viss otydlighet i hur bestämmelsen ska tolkas. Otydligheten kan bl.a. härledas till att det i de ursprungliga förarbetena står att efter ett beslut om omedelbart omhändertagande eller om vård har nämnden inträtt vid sidan av föräldrarna eller i deras ställe.<sup>78</sup>

Enligt utredningens bedömning är det av grundläggande vikt för barnet eller den unge att det inte råder några oklarheter om vem som bestämmer i olika frågor under tvångsvården. Utredningen anser därför att det behöver tydliggöras i LVU att det förhållandet att nämnden har tagit över ansvaret för vården av den unge också innebär att nämnden bestämmer i de frågor som gäller vården, omsorgen och tillsynen av barnet eller den unge. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen formuleras så att det tydligt framgår att nämnden *övertar* vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet under vårdtiden. Syftet är att tydliggöra att socialnämnden övertar vårdnadshavarnas bestämmanderätt enligt FB i alla de frågor som gäller vården av barnet. Det innebär bl.a. att socialnämnden bestämmer om medicinsk vård och behandling (inklusive vaccinationer),

---

<sup>78</sup> Prop. 1979/80:1 Del A s. 596 f.

kompletterande insatser som ges med stöd av SoL och LSS, val av förskola och skola, umgänge med syskon och andra närstående, resor och arbetsanställning.

Andra delen i bestämmelsen som innebär att nämnden övertar bestämmanderätten *i den utsträckning det behövs för att genomföra vården* har behållits oförändrad. Meningen markerar att föräldrarna inte ska fräntas allt sitt inflytande över barnet under vårdtiden. Vårdnadshavarna, liksom barnet eller den unge själv, bör så långt möjligt vara delaktiga i vården och deras inställning i olika frågor ska så långt möjligt inhämtas och respekteras. Utredningen vill understryka vikten av att vårdnadshavarens grundläggande värderingar i fråga om religion, människosyn, livsvärden m.m. så långt som möjligt respekteras i samband med nämndens beslut som gäller barnet.

Vårdnadshavarens inställning kan dock frångås om vården kräver det. Möjligheterna att samråda på ett fruktbart sätt kan ibland vara begränsade t.ex. när vårdnadshavaren inte har förmåga eller vill vara fortsatt engagerad eller som tidvis, på grund av missbruk eller psykisk sjukdom, inte är tillgänglig för kontakt. Det kan också finnas konflikter som försvårar samarbetet. Även om nämnden i en viss fråga skulle behöva frångå vårdnadshavarens inställning ska vårdnadshavaren informeras, se vidare om föräldrars rätt till information under vårdtiden i kapitel 12.

Så länge föräldrarna är juridiska vårdnadshavare för barnet krävs även deras samtycke i många principiella frågor, t.ex. krävs vårdnadshavarens samtycke till att barnet adopteras och byter namn. Vad gäller utfärdande av pass utan vårdnadshavarens medgivande följer det av 11 a § passlagen (1978:302) att socialnämndens yttrande ska inhämtas av passmyndigheten. Om passinnehavet är behövligt för genomförande av LVU-vården ska pass således utfärdas trots att vårdnadshavaren inte lämnar medgivande därtill.

Att hänsyn till barnet eller den unges synpunkter och önskemål ska beaktas framgår av nuvarande 36 § LVU. Barnets med- och självbestämmanderätt måste bedömas utifrån frågans art och komplexitet samt beslutets konsekvenser i förhållande till barnets ålder och utveckling.

Som konstaterats ovan är tillämpningsområdet för nuvarande 11 § LVU inte begränsad till barn utan gäller även unga till och med

20 år som vårdas med stöd av 3 § LVU. Socialnämndens bestämmanderätt går alltså i det avseendet längre än vårdnadshavarens eftersom vårdnadshavarens ansvar och bestämmanderätt över barnet upphör när barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § FB). Utredningen anser att det bör framgå av den nya bestämmelsen att för unga över 18 år bestämmer nämnden i den utsträckning det behövs för att genomföra vården.

#### **14.11.3 Familjehemsföräldrars och HVB-personalens ansvar och befogenheter behöver tydliggöras**

**Utredningens förslag:** Nuvarande 11 § LVU ska ändras så att bestämmelsen enbart reglerar socialnämndens ansvar och befogenheter. I samband med att barnet eller den unge placeras får socialnämnden ta ställning till vilket ansvar och vilka befogenheter som ska överlåtas till den som får i uppdrag att utöva den faktiska vården om barnet eller den unge.

Som tidigare redovisats framgår det av 11 § LVU att den åt vilken nämnden har uppdragit vården, ska ha uppsikt över den unge och i den utsträckning det behövs för att genomföra vården, bestämma om hans eller hennes personliga förhållanden. Det saknas emellertid vägledning i förarbetena hur förhållandet mellan nämndens och familjehemmets respektive HVB-personalens bestämmanderätt ska fördelas.

Enligt utredningen är det otillfredsställande att det i lagen finns en viss oklarhet om hur långt familjehemmets respektive HVB-personalens bestämmanderätt sträcker sig. Utredningen har i sitt delbetänkande konstaterat att enskilda HVB inte är inordnade i socialtjänstens verksamhet utan har ett självständigt ansvar för hur vården bedrivs. Ett familjehem ingår däremot i socialtjänstens verksamhet, vilket betyder att hemmet inte har den självständiga ställning som ett HVB har.<sup>79</sup> Enligt 6 kap. 4 § SoL ska dock såväl vård i familjehem som i HVB bedrivs i samråd med socialtjänsten.

---

<sup>79</sup> SOU 2014:3 s. 149.

Som konstaterats i avsnittet ovan är det viktigt för barnet eller den unge att det inte råder några oklarheter om vem som bestämmer i olika frågor under tvångsvården. Eftersom socialnämnden enligt femte stycket i samma paragraf har det yttersta ansvaret för att barnets grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § FB tillgodoses, anser utredningen att nämnden ensam bör överta vårdnadshavarens rätt att bestämma för att kunna genomföra vården. Genom beslutet om placering får sedan nämnden överlåta delar av denna bestämmanderätt till den som ska utöva den faktiska vården om barnet. Det handlar bl.a. om att familjehemmet eller HVB-personalen får bestämma i frågor som gäller den dagliga omsorgen om barnet, dvs. frågor om mat- och sovtider, tider för läxläsning, tider för när man ska vara hemma på kvällen, hygienrutiner samt användande av mobiltelefon och dator.

I enlighet med Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma vägledning om placerade barns skolgång och hälsa anser utredningen att det är lämpligt att genomförandeplanen beskriver hur ansvarsfördelningen och bestämmanderätten om barnet ska fördelas under placeringen. I genomförandeplanen bör t.ex. klargöras vem som får bestämma om medicinska åtgärder såsom vaccinationer eller psykiatrisk utredning eller behandling. Vidare är det viktigt att klargöra vem som ska delta i olika aktiviteter i skolan och vem skolan ska kontakta när det gäller olika frågor, t.ex. föräldramöten, utvecklingssamtal, skolval och åtgärdsprogram. I genomförandeplanen kan även erinras om att familjehemsföräldrar och HVB-personal har samma skyldighet som vårdnadshavarna att, i takt med barnets stigande ålder och utveckling, ta hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

#### 14.11.4 Kunskapsstöd och utbildning om gränssättande åtgärder

**Utredningens förslag:** Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att leda ett arbete för en gemensam kunskapsgrund och samsyn bland verksamhetsansvariga och personal på HVB om gränssättande åtgärder som en del av en god vård. Inom ramen för uppdraget ska befintlig kunskap om olika typer av gränssättande åtgärder,

etiska aspekter på dem samt forskning om resultatet av att använda dem sammanställas och analyseras.

Utifrån underlaget ska Socialstyrelsen ta fram ett vägledande stödmaterial som ska kunna användas för utbildningar på olika nivåer inom HVB-vården.

Som redovisats i tidigare avsnitt har IVO i en sammanfattande rapport över de senaste årens inspektioner av HVB för barn och unga konstaterat att kunskapen om att tvång och begränsningsåtgärder inte är tillåtna på andra HVB än SiS särskilda ungdomshem har ökat. Dock förekommer det fortfarande otillåtna begränsningsåtgärder, olämpliga ordningsregler och metoder som upplevs som kränkande på vissa HVB. I de samtal som BO genomfört med barn och unga under hösten 2014 har framkommit att det fortsatt finns mycket oskrivna regler på HVB och att det förekommer att personalen har olika regler vilket gör att barn och unga inte kan förutse vad som gäller. IVO har konstaterat att myndigheten också i fortsättningen måste uppmärksamma om barn utsätts för otillåtna begränsningsåtgärder på HVB.

Utredningen anser att det är oacceptabelt att barn och unga som placeras på HVB inte alltid bemöts respektfullt och att det förekommer att personal vidtar otillåtna gränssättande åtgärder. Det får inte råda någon som helst oklarhet om att tvångsåtgärder endast är tillåtna vid de särskilda ungdomshemmen och att andra HVB endast kan vidta sådana åtgärder som följer av FB:s bestämmelser. Det innebär att HVB som inte har SiS som huvudman t.ex. inte får låsa in barn och unga eller avskilja barn och unga i s.k. time-out rum. Däremot måste HVB-personal givetvis ha rätt att agera i våldssituationer för att förhindra att barnet eller den unge skadar sig själv eller någon annan. Det kroppsliga ingreppet får dock inte vara mer ingripande än vad som är nödvändigt för att genomföra den aktuella åtgärden.

Utredningen anser inte att det är förenligt med FB att helt förbjuda barn och unga att kommunicera med omvärlden, t.ex. via elektroniska kommunikationstjänster. Däremot kan den som utövar den faktiska vården om barnet, utifrån en behovs- och proportionalitetsbedömning begränsa barnets tillgång till exempelvis mobiltelefon under förutsättning att barnet tillförsäkras möjlighet att kommunicera på annat sätt. Utredningen anser inte

heller att det ligger inom ramen för FB:s bestämmelser att utföra kroppsvisitationer på barn och unga.

Utredningen vill i sammanhanget dock understryka att det i en nödsituation får tillgripas åtgärder för att rädda liv eller hindra att den enskilde skadar sig själv eller någon annan. Situationen måste dock vara sådan att det finns en verkligt allvarlig och överhängande fara för liv eller hälsa. Det innebär att nödrätten inte kan åberopas för handlingar som vidtas i syfte att förebygga att barnet eller den unge kan komma till skada eller skada andra.

### **Gränssättande ska göras med respekt för barnets eller den unges fri- och rättigheter, självbestämmande och integritet**

Det är väl känt att situationer med högt ställda krav i kombination med små påverkansmöjligheter framkallar stress. Gränssättande av barns och ungas handlingsutrymme måste hela tiden göras med respekt för barnets eller den unges fri- och rättigheter, självbestämmande och integritet. Reglerna får inte kränka barnet eller vara så begränsande att de kan leda till att barnet inte utvecklas till en självständig individ.

Barns och ungas vardag på HVB innebär begränsad frihet, rutiner och ramar. Att bemöta ungdomar i en sådan miljö ställer stora krav på personalen. Barn och unga behöver vuxna som agerar på ett konsekvent och tydligt sätt, i första hand genom uppmuntran, stöttning och positiv bekräftelse. Det är viktigt att personalgruppen arbetar med ett förhållningssätt som gör att frustrationer och aggressioner inte uppstår.

FN:s barnrättskommitté har bl.a. rekommenderat att alla yrkesgrupper som arbetar med barn ska utbildas i vårdmetoder som undviker våld eller tvång. Lågaffektivt bemötande är ett förhållningssätt vid problemskapande beteende och situationer. Det innebär att personalen uppträder lugnt med låg känslointensitet för att dämpa starka känsloutryck och minska antalet konfliktskapande situationer. Syftet är också att skapa förutsägbarhet och därmed trygghet i tillvaron. Bemötandet ska skydda både den som har svårt med känslokontroll och hindra personalen från att gå upp i affekt.

## Vilka gränssättande åtgärder som får vidtas måste avgöras efter en behovs- och proportionalitetsbedömning

Genom IVO:s tillsynsbeslut finns det i dag en samsyn om att gränssättande åtgärder inte får vara generella för alla som bor på ett HVB och att de inte får vidtas i bestraffningssyfte eller vara förenade med sanktioner av olika slag. Svenska Vård har, som redogjorts för tidigare i detta kapitel, i en skrivelse till utredningen dock efterfrågat vägledning om vilka begränsande åtgärder som är förenliga med gällande regelverk för att skydda placerade barn som är utagerande eller uppvisar ett allvarligt självskadande beteende.

Även om IVO i flera beslut har behandlat enskilda situationer instämmer utredningen i att det saknas tydlig vägledning för hur personalen ska hantera de komplexa etiska och juridiska frågeställningar som är förknippade med begränsande åtgärder och restriktioner.

Utredningen har övervägt möjligheten att föreslå en reglering som innebär att socialnämnden ska kunna fatta formella beslut om vissa begränsande åtgärder som ska få verkställas på HVB, oavsett huvudman. Bakgrunden är att utredningen har erfarit att det ibland finns ett behov av att kunna vidta vissa begränsande åtgärder utan att behovet av tillsyn är så stort att barnet eller den unge behöver placeras på ett särskilt ungdomshem. I dag fattas inga formella beslut om sådana begränsande åtgärder utan vanligtvis överenskommer (samtycker) den som utövar den rättsliga vårdnaden om barnet med personalen på HVB om vilka åtgärder som får vidtas. Vid en placering enligt LVU anses sådana åtgärder inbegripas inom nämndens allmänna bestämmanderätt. Nämnden fattar inte något beslut i frågan till skillnad mot ett beslut om umgängesbegränsning enligt 14 § LVU.

Fördelen med ett ersätta den praxis med samtycke som tillämpas i dag med formella beslut av nämnden, är bl.a. att sådana beslut då kan vara möjliga att överklaga för barnet eller den unge. Det skulle öka rättssäkerheten eftersom en reglering både medför förutsägbarhet och en kontroll av att reglerna tillämpas på avsett sätt. Utredningen har övervägt om t.ex. frågor om provtagning för kontroll av berusningsmedel och begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster skulle omfattas av en sådan reglering. En formalisering av vissa åtgärder väcker dock frågan om

vad som ska gälla för andra gränssättande åtgärder inom ramen för FB:s bestämmelser. Utredningen har därför kommit fram till att det måste finnas en viss flexibilitet och ett visst utrymme att bedöma behovet av gränssättande åtgärder i varje enskilt fall utifrån det enskilda barnets behov och tidigare erfarenheter. Däremot behövs mer vägledning i hur sådana behovs- och proportionalitetsbedömningar ska göras.

## Kunskapsstöd och utbildning

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att leda ett arbete för en gemensam kunskapsgrund och samsyn bland verksamhetsansvariga och personal på HVB om gränssättande åtgärder som en del av en god vård. Ett sådant arbete ska integrera juridik, etik och behandlingsmetoder och särskilt fokusera på barn och unga med utåtriktat beteende i form av våld, skadegörelse samt självskadande beteende. Arbetet ska särskilt uppmärksamma de skillnader som kan föreligga beroende på om placeringen sker med stöd av samtycke eller inte. Även gränsdragningen mellan gränssättande åtgärder och ordningsregler ska uppmärksammas.

Inom uppdraget ska befintlig kunskap om olika typer av gränssättande åtgärder, etiska aspekter på dem samt forskning om resultat av att använda dem sammanställas. Erfarenheter från barn, unga och yrkesverksamma inom HVB-vården ska ingå i underlaget. Även IVO:s erfarenheter från tillsynen ska inhämtas.

Utifrån underlaget ska Socialstyrelsen ta fram ett vägledande material för verksamheter och yrkesverksamma inom HVB-vården. I det vägledande materialet ska ingå en översikt av lagar och andra regler inom området. I arbetet med det vägledande stödmaterialet kan det vara värdefullt att inhämta Danmarks erfarenheter från deras arbete med att utarbeta den vägledning om "maktanvändande" i förhållande till placerade barn och unga som publicerades 2011.

Det vägledande materialet ska kunna användas för utbildningar på olika nivåer inom HVB-vården och för lokal dialog om gränssättande åtgärder vid enskilda HVB. Det ska därför ingå i Socialstyrelsens uppdrag att behovsanpassa det vägledande materialet, genomföra initiala informations- och utbildningsaktiviteter samt föreslå åtgärder som kan främja en fortsatt användning av materialet.



I uppdraget ska också ingå att i samverkan med andra berörda myndigheter och andra aktörer på nationell nivå föreslå insatser som förbättrar informationen till barn och unga som vårdas vid HVB om gränssättande åtgärder och om hur de kan bli delaktiga i dialoger om sådana åtgärder.

#### 14.11.5 Ordningsregler på HVB

**Utredningens förslag:** Det ska införas en bestämmelse i SoF som tydliggör vilka frågor som får omfattas av ordningsregler samt anger en ram för utarbetande och tillämpning av sådana regler.

Ordningsregler på HVB ska omfatta de dagliga rutinerna på boendet och syfta till att skapa trygghet och trivsel för alla som bor och arbetar där.

Reglerna ska utarbetas under medverkan av de boende och följas upp regelbundet. De ska vara kända för de boende och personalen samt vara anslagna inom enheten väl synliga för de boende.

När flera personer ska bo och arbeta under samma tak är det nödvändigt med vissa gemensamma spelregler kring de dagliga rutinerna. Syftet med sådana regler är att skapa trygghet och trivsel för alla som vistas där.

Socialstyrelsen har uttalat sig angående ordningsregler på HVB och konstaterat att det är nödvändigt med ordningsregler i ett HVB men att reglerna inte får innebära att ungdomarnas integritet kränks eller att fri- och rättigheter begränsas. Även BO har uttryckt att det måste finnas ordningsregler på HVB i syfte att upprätthålla trygghet och säkerhet för alla placerade barn och unga. BO hänvisar också till att det är tydligt i barnkonventionen att barn ska skyddas mot alla former av övergrepp. Dock måste dessa regler tas fram i samverkan med ungdomarna. Regler som innebär inskränkningar måste individanpassas och utgå ifrån vad som är bäst för den enskilde.

Mot bakgrund av att det förekommer ordningsregler på HVB för barn och unga som kan ifrågasättas både utifrån laglighet och etiska principer anser utredningen att det finns anledning att reglera

frågan om ordningsregler i SoF. Avsikten med en sådan reglering är att klargöra vilka frågor som får omfattas av ordningsregler och ange en ram för utarbetande och tillämpning av ordningsregler. Ordningsreglerna ska gälla de dagliga rutinerna på boendet och gälla generellt för alla som bor och arbetar på boendet. Syftet med ordningsregler är att skapa trygghet och trivsel för alla på boendet. Ordningsregler skiljer sig därmed från sådana gränssättande "regler" som följer av ansvaret enligt FB. Sådana gränssättande åtgärder får endast vidtas utifrån en behovs- och proportionalitetsbedömning i varje enskilt fall och kan därför inte bestämmas generellt för alla i form av gemensamma ordningsregler.

Ordningsregler får inte vara förenade med någon form av bestraffningssystem eller vara utformade så att de boende upplever att de blir diskriminerade eller kränkta på grund av dessa. Avvägningen mellan hänsynen till den enskilde individens rättigheter i förhållande till gruppens rättigheter är givetvis komplicerad. Alla barn och unga som befinner sig på ett HVB är ju rättighetsbärare. En avvägning blir därmed alltid nödvändig i en gruppverksamhet men kompromissen kan ändå så långt möjligt se till vart och ett av de enskilda individernas rättigheter och behov.

### **Ordningsreglerna ska vara anpassade efter varje HVB:s behov**

Den som förestår ett HVB för barn och unga ska ansvara för att se till att det finns ordningsregler på boendet. Ordningsreglerna ska vara anpassade efter varje HVB:s unika behov och omfatta de dagliga rutinerna på boendet, t.ex. vad som ska gälla i fråga om

- mat- och sovtider,
- tider för läsläsning,
- samvaro och hänsyn mellan de boende och mellan boende och personal,
- hygienrutiner,
- bruk av cigaretter och snus,
- användandet av mobiltelefoner, datorer m.m., och
- fotografering och filmning i boendet.

Vad gäller punkten bruk av cigaretter och snus vill utredningen erinra om att det inte är förenligt med gällande rätt att ha totalförbud mot att röka eller snusa eller inneha tobaksvaror på HVB. Däremot kan ordningsregler begränsa när och var det är tillåtet att röka och snusa, t.ex. att rökning enbart får ske utomhus och på särskilt anvisade platser eller att det inte är tillåtet att snusa i gemensamma utrymmen.

Vad gäller punkten om användande av mobiltelefoner och datorer vill utredningen erinra om att ordningsregler inte får innebära totalförbud eller omfattande begränsningar av den enskildes rätt till användning av elektroniska kommunikationstjänster. I ordningsregler kan det dock finnas regler om vilka tider eller andra begränsningar (t.ex. tillgång till vissa webbplatser) som ska gälla för användning av mobiler och datorer. För tydlighetens skull bör nämnas att en ordning innebärande att de boende frivilligt lämnar ifrån sig t.ex. mobiltelefoner i samband med måltider, läsläsning eller sänggående inte är att betrakta som ett omhändertagande av egendomen.<sup>80</sup>

Vad gäller regler om fotografering och filmning så anser utredningen att det är möjligt för ett HVB att i ordningsregler bestämma om ett begränsat eller ett generellt fotograferings- eller filmförbud eftersom publicering av bilder eller filmer på en webbplats eller på ett socialt medium kan innebära ett otillåtet röjande av sekretessbelagda uppgifter om andra. I sammanhanget kan även erinras om att den som olovligen fotograferar någon som befinner sig på en plats som tillhör hans eller hennes privata miljö eller som annars är avsedd för särskilt privata förhållanden, på ett sådant sätt att det innebär ett intrång i den enskildes fredade sfär, kan dömas för kränkande fotografering (4 kap. 6 a § BrB).

### **Ordningsreglerna ska utformas tillsammans med de boende och vara väl kända**

Ordningsreglerna ska tas fram tillsammans med personal samt företrädare för de barn och unga som bor där. Det följer av 3 kap. 3 § SoF samt av delaktighetsbestämmelserna i 11 kap. 10 § SoL och

---

<sup>80</sup> Jfr prop. 2006/07:69 s. 16 och SOU 2012:17 s. 831.

36 § LVU. Enligt barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 12 bör rätten att bli hörd omfatta inrättande av effektiva mekanismer, t.ex. ett representativt råd för både pojkar och flickor som bor på en institution, med rätt att delta i utvecklingen av och genomförandet av institutionens policy och regler.<sup>81</sup>

Ordningsreglerna ska utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar och de mänskliga rättigheterna och får givetvis inte strida mot lag eller annan författning. Utformningen och tillämpningen av ordningsreglerna får inte vara sådana att de boende upplever att de blir diskriminerade eller kränkta på grund av dessa. Reglerna ska vara konkreta och lättförståeliga.

Ordningsreglerna bör diskuteras regelbundet så att de boende får vara med och formulera vad som ska gälla på just deras HVB och göra reglerna till sina egna. De bör utvärderas och följas upp av personalen tillsammans med de boende. Ett lämpligt forum för det kan t.ex. vara genom brukarråd.

Personalen och de boende ska känna till vilka regler som gäller och de bör diskuteras vid inskrivningen samt delas ut till de boende och deras vårdnadshavare. Reglerna ska även vara anslagna inom enheten, väl synliga för alla som vistas där.

#### 14.11.6 En ny lag om förbud mot innehav av narkotika och andra berusningsmedel på HVB

**Utredningens förslag:** 16 kap. 7 § SoL upphör att gälla och ersätts av en ny lag: lagen (2017:00) om förbud mot berusningsmedel m.m. på hem för vård eller boende.

Enligt den nya lagen ska ett HVB, oavsett huvudman, få besluta om förbud mot innehav av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Förbudet ska även omfatta injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika eller någon annan egendom som kan skada den enskilde själv eller

<sup>81</sup> BO (2014b) s. 20.

någon annan, försvåra vården av honom eller henne eller äventyra säkerheten vid hemmet. Förbudet ska kunna tillämpas vid placeringar enligt både LVU och SoL samt gälla generellt för alla som vårdas på boendet.

Om sådan egendom som omfattas av förbudet påträffas får den omhändertags. Omhändertagen egendom ska återlämnas, förstöras eller försäljas. Ett beslut om att omhänderta, återlämna, förstöra eller försälja egendom ska dokumenteras. Beslut att förstöra eller försälja omhändertagen egendom ska kunna överklagas till förvaltningsrätten. Vid beslut av enskild huvudman ska den enskilde huvudmannen vara den enskildes motpart. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

På SiS särskilda ungdomshem och på kommunalt drivna HVB är det, som redovisats ovan, möjligt att besluta om förbud mot innehav av alkohol och andra berusningsmedel samt vid en överträdelse av förbudet, också beslagta och förverka sådana medel. Denna möjlighet gäller oavsett om placeringen sker med stöd av SoL eller LVU. Ett privat HVB har ingen motsvarande befogenhet vilket innebär att huvudmannen kan sätta drogfrihet som ett villkor för vård, men har ingen rätt att beslagta otillåten egendom vid brott mot förbudet. Om personalen på ett privat HVB, utan giltigt samtycke och utan att någon av de allmänna grunderna för ansvarsfrihet är tillämpliga, omhändertar egendom skulle ett sådant omhändertagande kunna falla inom ramen för BrB:s straffbestämmelser (t.ex. egenmäktigt förfarande enligt 8 kap. 8 § BrB).

Under de senaste decennierna har antalet privata HVB ökat kraftigt. Det finns enligt utredningens erfarenhet ingen skillnad i uppdelning av målgrupper avseende privata och kommunala HVB som kan motivera att privata HVB inte omfattas av 16 kap. 7 § SoL.

Såväl socialnämnderna som vårdnadshavarna utgår självfallet från att ett hem som tar emot barn och unga kan garantera ett tryggt och drogfritt boende. Att institutioner för barn, unga och vuxna hålls drogfria är också en förutsättning för att kunna bedriva en ändamålsenlig vård och behandling för de som försöker avsluta ett beroende. Ett HVB har därmed ett långtgående ansvar att förhindra att t.ex. narkotika förs in på hemmet.

Utredningen anser att lagstiftningen måste anpassas till den utveckling som skett av HVB-vården och att det inte föreligger några sakliga skäl till att undanta privata HVB från tillämpningen av 16 kap. 7 § SoL. Utredningen anser därför att även privata HVB ska ha befogenhet att besluta om förbud mot berusningsmedel samt ha rätt att beslagta sådan egendom.

### **Överlämnande av myndighetsutövning till ett privaträttsligt subjekt**

Att beslagta en enskild individs egendom innefattar myndighetsutövning. Myndighetsutövning är oftast en uppgift för myndigheter, men kan enligt 12 kap. 4 § RF överlämnas t.ex. till bolag eller föreningar om det finns stöd i lag. Exempel på privaträttsliga subjekt som utför uppgifter som innefattar myndighetsutövning är Radiotjänst i Kiruna och Svensk bilprovning. Ett annat mer närliggande exempel kan hämtas från skolan. Enligt 5 kap. 22 § skollagen (2010:800) får rektor eller lärare från en elev omhändertaga föremål som används på ett sätt som är störande för utbildningen eller som kan utgöra en fara för säkerheten i denna. Bestämmelsen gäller både för skolor med offentliga och enskilda huvudmän.

Utredningens förslag om att även privata HVB ska ha befogenhet att besluta om förbud mot berusningsmedel samt ha rätt att beslagta sådan egendom måste således regleras i lag.

### **16 kap. 7 § SoL ska ersättas med en ny lag**

Utredningen har övervägt möjligheten att utvidga 16 kap. 7 § SoL till att gälla även HVB som drivs av enskilda. Med beaktande av att SoL ska bygga på frivillighet och självbestämmande anser emellertid utredningen att det kan ifrågasättas om det är lämpligt att ha vissa inslag av tvång i den lagen.

En jämförelse kan göras på hälso- och sjukvårdens område. IVO får besluta att en enhet på ett sjukhus kan besluta om förbud mot alkoholhaltiga drycker m.m. Den befogenheten regleras inte i HSL utan i en särskild lag: lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus. Utredningen anser att även de tvångsmöjligheter som får vidtas på HVB bör regleras i en särskild lag. Utredningen

föreslår därför att bestämmelsen i 16 kap. 7 § SoL upphör att gälla och ersätts av en ny lag: lagen om förbud mot berusningsmedel m.m. på hem för vård eller boende. Lagen ska – till skillnad mot bestämmelsen i SoL – även kunna tillämpas på HVB som drivs av enskilda.

Nuvarande bestämmelse i SoL stadgar förbud mot alkohol eller andra berusningsmedel samt injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen. Motsvarande bestämmelser i 16 § LVU och 31 § LVM omfattar även dopningsmedel, sådana varor som omfattas av lagen om vissa hälsofarliga varor samt annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Utredningen anser att den nya lagen ska motsvara bestämmelserna i LVU och LVM. Det innebär att det ska vara möjligt att även omhänderta sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Det ska även vara möjligt att omhänderta injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika eller någon annan egendom som kan skada den enskilde själv eller någon annan, försvåra vården av honom eller henne eller äventyra säkerheten vid hemmet. Sådan annan egendom kan t.ex. vara tändstickor, tändare, vapen, knivar och andra tillhyggen eller föremål som kan skada den egna personen, personalen eller de andra som bor på hemmet. Även mediciner kan omfattas av begreppet om det finns risk för att de vid oriktigt bruk kan skada den unge. I sådant fall bör snarast läkare underrättas, som får bedöma behovet av medicinerna. Däremot är inte t.ex. mobiltelefoner och kameror avsedda att omfattas av bestämmelsen.

Förbudet ska, liksom 16 kap. 7 § SoL, kunna tillämpas vid placeringar enligt LVU och SoL samt gälla generellt för alla som vårdas på det boendet.

Den rätt att omhänderta föremål som den föreslagna bestämmelsen medger, innefattar inte någon rätt att eftersöka föremål i kläder, väskor eller andra saker som någon bär med sig. Ett sådant förfarande betraktas som kroppsvisitation och kräver särskilt lagstöd. Otillåten rums- eller kroppsvisitation kan falla inom ramen för BrB:s straffbestämmelser (t.ex. olaga intrång enligt 4 kap. 6 § BrB eller ofredande enligt 4 kap. 7 § BrB).

## Dokumentation och överklagande

Enligt 11 kap. 5 § SoL ska genomförandet av beslut om stödinsatser, vård och behandling dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Dokumentationskyldigheten gäller även enskild verksamhet som står under tillsyn av IVO (7 kap. 3 § SoL). Genomförandet av ett beslut om att omhänderta, återlämna, förstöra eller försälja egendom ska dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå vad som har omhändertagits samt om det ska förverkas, försälas eller återlämnas.

Utredningen anser att beslut om att förstöra eller försälja egendom ska kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Beslutet ska inte få verkställas förrän det vunnit laga kraft. Eftersom 7 a § förvaltningsprocesslagen (1971:291) om vem som ska vara klagandens motpart i ärenden hos förvaltningsdomstol inte gäller där beslutsinstansen är en enskild föreslås också en bestämmelse om att den enskilde huvudmannen är den enskildes motpart i domstolen när ett beslut överklagas dit. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.





# 15 Samverkan om hälsa och utbildning

## 15.1 Uppdraget

Utredningen ska analysera hur samverkan mellan olika myndigheter och andra relevanta aktörer i samband med att barn tvångsvårdas kan förbättras och se över bestämmelserna om samverkan inom den sociala barn- och ungdomsvården. I uppdraget ingår att analysera hur samverkan kan förbättras såväl på strategisk nivå som på individnivå, mellan de olika huvudmän som är involverade i arbetet med att stödja och skydda barn och unga. Utredningens uppdrag om samverkan är inte avgränsat till tvångsvården utan avser i vidare mening arbetet med att skydda och stödja barn och unga, inte minst för att så långt som möjligt förebygga behovet av tvångsingripande.

I detta kapitel behandlas övergripande förutsättningar för samverkan kring placerade barn och unga, i första hand under den tid som de är i samhällsvård. Vissa särskilda samverkansfrågor i samband med utredning och beslut om placering behandlas i kapitel 9. Av uppdraget framgår att samverkan är extra viktig i samband med att barn och unga ska avsluta sin tid på institution. Dessa frågor behandlas i kapitel 18.

Förutsättningar och behov av samverkan är i princip desamma oberoende av om placeringen sker med stöd av SoL eller LVU.

## 15.2 Samverkan – behov och förutsättningar

Vid en placering tar samhället på sig ett ansvar för att tillgodose ett barns eller en ungs behov inom olika livsområden. I ansvaret ingår att uppmärksamma barnets eller den ungs behov av stöd

beträffande utbildning och hälsa, två områden som har avgörande betydelse på både kort och lång sikt. Forskning och uppföljningar har visat att placerade barn och unga är en utsatt grupp inom båda dessa områden. Utredningen har därför valt att i första hand uppmärksamma samverkan mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan kring barn och unga i samhällsvård.

## 15.2.1 Placerade barns hälsa och utbildning är ofta bristfällig

### Utbildning

Den kunskap som finns pekar på att samhällsvårdade barn har omfattande problem när det gäller skolresultat, mobbning och skolk. Studier har visat att placerade barn trots likartade kognitiva förutsättningar i lägre grad än sina jämnåriga klarar grundskolan med fullständiga betyg, går ut gymnasiet eller tar steget till högre utbildning.<sup>1</sup> Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser har barn som varit placerade i samhällsvård en betydligt lägre utbildningsnivå än genomsnittet, särskilt om de blivit placerade efter tolv års ålder.<sup>2</sup>

Forskare har inte funnit några samband mellan låga betyg i grundskolan för samhällsvårdade barn och föräldrars missbruk och psykiska ohälsa. Inte heller finns det något samband med ålder vid placering eller placeringstid. Däremot har forskningen enhälligt funnit att familjehemsföräldrar, institutionspersonal, lärare och socialarbetare ofta har lågt ställda förväntningar på barnens skolgång. Barnen har fått påtagligt sämre betyg från grundskolan än andra barn med samma begåvning.<sup>3</sup>

Barn som växt upp i samhällelig vård har i ung vuxen ålder överrisker för ogynnsam utveckling, bl.a. självmordsbeteende, missbruk och kriminalitet. Den höga förekomsten av dåliga skolresultat har starka statistiska samband med dessa resultat. I registerdataanalyser har skolmisslyckande varit den enda starka riskfaktorn för framtida negativa utfall. Omvänt var frånvaron av skolmisslyckande den enda faktorn som predicerade goda utfall. Både för negativa och

---

<sup>1</sup> Se t.ex. Socialstyrelsen (2010); Lagerlöf H (2012) och Socialstyrelsen (2013f).

<sup>2</sup> Socialstyrelsen, Öppna jämförelser år 2011 om placerade barn och utbildning ([www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga)).

<sup>3</sup> Forte (2015) s. 7 med referenser till bl.a. Vinnerljung B m.fl. (2005) och Berlin M m.fl (2011).

gynnsamma utfall var sambanden med föräldrars missbruk och psykiska ohälsa svaga.

Skolmisslyckanden kan bl.a. förklaras av att uppväxtmiljön varit instabil, med återkommande omplaceringar och skolbyten, att skolgången har varit en lågt prioriterad fråga inom socialtjänsten samt att det råder en oklar ansvarsfördelning mellan skola och socialtjänst.<sup>4</sup> Skolinspektionens granskningar har visat att samarbetet mellan skolhuvudmän och socialnämnd före och under placering inte fungerar tillfredsställande och att detta ofta kan vara en orsak till att elevens rätt till utbildning blir eftersatt.<sup>5</sup>

Beträffande ensamkommande barn har forskning visat att skolsystemet ofta är dåligt på att integrera dem i undervisningen och att utrymmet för individanpassade åtgärder är litet. Den kunskap som finns om ensamkommande barn pekar på att deras skolprestationer är sämre än andra barns.<sup>6</sup>

## Hälsa m.m.

Barn som växer upp i samhällsvård har som grupp sämre fysisk och psykisk hälsa jämfört med genomsnittet bland barn.<sup>7</sup> Deras utveckling är ofta också försenad. Som grupp har dessa barn överrisker för en ogynnsam utveckling över tid när det gäller självmord, missbruk, kriminalitet, bidragsberoende och tonårsföräldraskap.<sup>8</sup> De hälsokontroller som erbjuds alla barn räcker inte för dessa barn. Många av den uteblir, även under den tid som barn är i samhällsvård och inte sällan flyttar inom kommunen eller landet. Ett resultat är att barn i samhällsvård har sämre vaccinationstäckning än jämnåriga.<sup>9</sup>

Tre nordiska studier, varav en svensk, har visat att diagnostiserad psykisk ohälsa är mycket vanlig bland placerade barn och unga i olika åldrar. Förskrivning av psykofarmaka är också mycket utbredd i svensk dygnsvård, även bland små barn. För flera vanligt använda

---

<sup>4</sup> Socialstyrelsen & Skolverket (2013) s. 27.

<sup>5</sup> Skolinspektionen (2010) s. 13 ff.

<sup>6</sup> Se David Pålssons artikel i bilaga 5 i detta betänkande med referens till Eriksson M m.fl. (2013).

<sup>7</sup> Socialstyrelsen (2000) och Kling S (2010).

<sup>8</sup> Socialstyrelsen (2010) s. 227 ff.

<sup>9</sup> Forte 2015, s. 6 med referens till Socialstyrelsen (2015b).

preparat är kunskapen om effektivitet och biverkningar för barn otillräcklig. Det finns inga svenska data om hur den psykiska hälsan utvecklas över tid bland placerade barn och unga.<sup>10</sup>

Barn som varit i dygnsvård under många år har höga överrisker för allvarlig psykisk ohälsa i ung vuxen ålder, exempelvis depression. Dessa överrisker har kvarstått även efter att forskarna tagit hänsyn till den höga förekomsten av allvarlig psykisk ohälsa och missbruk hos föräldrarna. Detsamma gäller indikationer på mindre allvarliga problem. Bland personer som varit placerade i dygnsvård förekommer självmordsbeteende i stor omfattning. En svensk registerstudie har visat att var sjunde flicka som varit placerad under lång tid blivit inlagd på sjukhus för självmordsförsök någon gång efter grundskolan fram till 28 års ålder. Svenska och norska studier har funnit höga förekomster av sjukersättning i ung vuxen ålder till följd av ohälsa som främst verkar utgöras av psykisk sjuklighet.<sup>11</sup>

Även tonårsföräldraskap är betydligt vanligare bland unga som tidigare varit placerade i dygnsvård. En svensk registerstudie har visat att en av fem flickor som placerats under tonåren fått barn före tjugo års ålder. Motsvarande andel i befolkningen var knappt 3 procent. Tonårsföräldraskap har samband med flera negativa omständigheter för barnet och mamman, såsom långvarig fattigdom.<sup>12</sup>

## 15.2.2 Förutsättningar för samverkan

När det gäller arbetet med barn och unga finns en särskild ambition att genom samverkan mellan huvudmän och verksamheter tidigt uppmärksamma barn och unga som har behov av samhällets insatser. Förhoppningen är också att arbetet på sikt kommer att kräva mindre resurser.

Forskningen om och erfarenhet från samverkan ger dock vid handen att det är en stor utmaning att samverka och att det kräver initiala resurser i form av pengar, tid och kunskap.<sup>13</sup> Samverkan kan

---

<sup>10</sup> Forte 2015, s. 6 med referenser till bl.a. Egelund T & Lausten M (2009); Lehmann S m.fl. (2013); Ståhlberg O m.fl. (2010) och Socialstyrelsen (2014h).

<sup>11</sup> Forte 2015, s. 6 med referenser till bl.a. Vinnerljung B m.fl. (2006); Olsen R F m.fl. (2011), Vinnerljung B & Hjern A (2014); Vinnerljung B & Sallnäs M (2008); Berlin M m.fl. (2011) och Kristofersen L (2005).

<sup>12</sup> Vinnerljung B m.fl. (2007b) och Forte (2015) s. 6.

<sup>13</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2007) och Socialstyrelsen (2013g).

därför ses som en strategisk investering.<sup>14</sup> Att bygga strukturer för samverkan är bra, men samverkan måste också materialiseras i ett konkret arbete som syftar till att förbättra situationen för barnen. Först bör problemområdet och målgruppen definieras, därefter bör klara och tydliga mål sättas upp. Samverkan bör sedan utvecklas parallellt med att ett systematiskt arbetssätt för att nå målen implementeras. I de fall samverkan kombineras med ett sådant arbetssätt tycks det ha positiv effekt på det man samverkar kring.<sup>15</sup>

Samverkan praktiseras ofta inte systematiskt, vilket har olika orsaker. Drivkraften för samverkan utgår i hög grad från den egna verksamhetens behov och inte från barnets eller den unges behov. Samverkan tenderar att bygga på personliga relationer mellan olika verksamhetsföreträdare snarare än på en struktur och rutiner som är stabila över tid samt förankrade hos ledningen. Samverkan utvecklas ofta i projektform och med särskilda resurser – och riskerar att upphöra när projekttiden är till ända.<sup>16</sup>

Forskning har visat att välfungerande samverkan kan ge effekter på t.ex. tillgänglighet och koordinering, men har inte ensidigt kunna påvisa direkta effekter som bättre funktionsnivåer eller minskad symtombelastning hos barn och unga som får hjälp.<sup>17</sup> Det framgår också att forskning visar att samverkan kan skapa frustration och att många samverkansförsök kollapsar.<sup>18</sup>

### 15.3 Tre viktiga samverkansbestämmelser

Utredningen har identifierat tre samverkansbestämmelser som är relevanta för samverkan om barn och unga i samhällsvård: samverkansskyldigheten i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, skyldigheten att upprätta en gemensam individuell plan och krav på överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

---

<sup>14</sup> SKL (2012) s. 24.

<sup>15</sup> Socialstyrelsen (2013g) s. 98 och Örebro universitet & Hälsoakademin (2012).

<sup>16</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2007) s. 30.

<sup>17</sup> Axelsson R & Bihari Axelsson S (2007).

<sup>18</sup> SKL (2012) s. 24.

### 15.3.1 Skyldighet att samverka kring barn som far illa eller riskerar att fara illa

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka enligt 6 § förvaltningslagen (1986:223). Bestämmelser om socialnämndens samverkan finns också i 3 kap. 1, 4 och 5 §§ SoL. Socialnämnden ska medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen. Socialnämnden ska samverka med andra samhällsorgan i den uppsökande verksamheten och även samverka på individnivå. Vidare ska nämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Därtill finns en särskild skyldighet att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. En delvis likalydande bestämmelse finns i 5 kap. 1 a § SoL, 29 kap. 13 § skollagen (2010:800), 2 f § HSL och i 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL). Denna allmänna samverkansskyldighet ska omfatta ”samhällsorgan, organisationer och andra som berörs” och gäller även inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård, förskola, skola och skolbarnsomsorg. Av förarbetena kan utläsas att samverkan ska ske såväl kring enskilda barn som i övergripande frågor.<sup>19</sup> Bestämmelserna är dock inte sekretessbrytande.

Socialnämnden ska, enligt samverkansbestämmelsen i SoL, ”aktivt verka för att samverkan kommer till stånd”, medan hälso- och sjukvården och skolhuvudmän enligt HSL, PSL respektive skollagen ska samverka ”på socialnämndens initiativ”. Socialnämnden anses därmed ha ett förstahandsansvar för samverkan, åtminstone på övergripande nivå. I 29 kap. 13 § skollagen, 2 f § HSL och 6 kap. 5 § PSL finns även en hänvisning till anmälningsskyldigheten i 14 kap. 1 § SoL.

Bestämmelsen om samverkan fördes in i HSL och skollagen den 1 juli 2003 på förslag från Kommittén mot barnmisshandel.<sup>20</sup> Polisen och socialtjänsten omfattades redan av bestämmelser om samverkan (3 § polislagen (1984:387) och 3 kap. 1, 4, 5 §§ SoL).

---

<sup>19</sup> Prop. 2002/03:43 s. 59 f.

<sup>20</sup> SOU 2001:72 s. 67 och 369.

SoL kompletterades dock vid samma tid med ovan nämnda nya bestämmelse för att betona att samverkan även ska ske i övergripande frågor.

### Strategi för samverkan

I samband med att samverkansbestämmelserna infördes gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling, ta fram en strategi för samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. I strategin definieras samverkan på följande sätt: "Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra."<sup>21</sup> Tillgänglig kunskap om samverkansprocessen, i form av forskning och systematiserad erfarenhetsbaserad kunskap sammanfattas i tre grundläggande förutsättningar som krävs för en stabil och långsiktig samverkan, nämligen styrning, struktur och samsyn. Samverkan behöver, för att den inte bara ska bli kortsiktig och personbunden, stödjas av ledningsnivån, ha en tydlig struktur, kontinuerligt följas upp och utvärderas. Framgångsrik samverkan förutsätter också tydliga uppdrag, överenskommelser och rutiner m.m. samt kunskap om och förståelse för varandras uppdrag.<sup>22</sup>

#### 15.3.2 Skyldighet att upprätta en gemensam individuell plan

Den 1 januari 2010 infördes, på förslag från utredningen Nationell psykiatrisamordning, nya bestämmelser i HSL och SoL om att landsting och kommun har en skyldighet att tillsammans upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten (3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Skyldigheten omfattar alla som har behov av socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvård. Landsting och kommuner är således skyldiga att försäkra sig om att individuella planer upprättas även för patienter och klienter som erhåller vård och behandling från privata aktörer. Skyldigheten är inte heller avgränsad

---

<sup>21</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2007) s. 11.

<sup>22</sup> A.a. s. 17 ff och 44 ff.



till vissa åldersgrupper utan är avsedd att gälla insatser till både vuxna och barn. Vidare är skyldigheten inte begränsad till personer med stora och omfattande behov utan kan gälla oavsett typ av svårigheter eller omfattningen av dessa. I förarbetena nämns bl.a. ungdomar med omfattande psykosociala behov.<sup>23</sup>

I förarbeten till bestämmelserna konstaterar regeringen att det redan i dag finns lagstiftning och föreskrifter om individuella planer och vårdplaner. Den samordnade individuella planen skiljer sig dock från övriga planer i det att den gäller alla och att den syftar till att säkerställa samarbete mellan huvudmännen. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda.<sup>24</sup>

En plan ska upprättas när landsting eller kommun anser att det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att en sådan plan upprättas. Den enskilde har själv möjlighet att ta initiativ till att en individuell plan ska upprättas och samma möjlighet finns för närstående. När det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde. Om det är lämpligt ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om inte den enskilde motsätter sig det.<sup>25</sup>

Av planen ska framgå vilka insatser som behövs och vilka insatser respektive huvudman ska svara för. Det kan handla om en ansvarsfördelning som behöver tydliggöras för den enskilde och de närstående, men som är tämligen okomplicerad, t.ex. att kommunen ger insatser på vissa bestämda tider enligt ett uppgjort schema, och att den psykiatriska vården finns tillgänglig om behov uppstår på nätter och helger. Men det kan också vara fråga om ett skraddarsytt samarbete kring en viss individ. I begreppet "svara för" ingår också vem som ska bekosta insatserna. I förarbetena anges att detta i många fall inte är nödvändigt att ange eller diskutera, eftersom ansvarsfördelningen följer av lag. I vissa situationer, t.ex. när det gäller behandlingshemsvistelser eller skraddarsydd, samordnade insatser kring en viss individ med stora behov,

---

<sup>23</sup> Prop. 2008/09:193 s. 24 och 30.

<sup>24</sup> A.a. s. 25 f.

<sup>25</sup> A.a. s. 20 f.

kan emellertid planeringen falla om kostnadsfördelningen inte definieras.<sup>26</sup>

I planen ska också redovisas åtgärder som vidtas av någon annan än kommun och landsting. I propositionen uttalas att det ingår i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillsammans med den enskilde och de närstående identifiera dessa aktörer, deras insatser och ge dem möjligheter att delta i planeringen.<sup>27</sup>

Av planen ska framgå vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. Att en av huvudmännen ska ha det övergripande ansvaret för planen innebär att denne exempelvis ska vara sammankallande till de möten som behövs vid upprättandet av planen och ha den huvudsakliga kontakten med den enskilde och dennes närstående i frågor som gäller planen. Huvudregeln bör vara att den huvudman som den enskilde bedöms ha mest kontakt med får det övergripande ansvaret.<sup>28</sup>

## **Prestationsmål om samordnade individuella planer vid psykisk ohälsa**

Gemensam individuell plan brukar numera gå under namnet samordnad individuell plan och förkortas SIP. Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa finns prestationsmål knutna till SIP för de statsbidrag som ingår i överenskommelsen.

Ett av prestationsmålen för 2014 omfattade rapporter från kommunerna om samordnade individuella planer som gjorts för samtliga barn och unga som var placerade enligt LVU samt för barn och unga t.o.m. 17 års ålder som var placerade i HVB och familjehem enligt SoL. Socialstyrelsen bedömde att 254 av 267 kommuner som skickat in underlag uppfyllde det prestationsmål där SIP:ar för placerade barn och unga ingick.<sup>29</sup>

I överenskommelsen för 2015 ingår också ett prestationsmål för statsbidragen som omfattar rapporter om antal SIP:ar för placerade barn och unga.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> A.a. s. 24.

<sup>27</sup> A.a. s. 22 f.

<sup>28</sup> A.a. s. 24.

<sup>29</sup> Socialstyrelsen (2014i) s. 8 och 19.

<sup>30</sup> Socialdepartementet & SKL (2014) s. 18.

## SiS uppdrag om att stödja arbetet med samordnade individuell planering

Under 2014 hade Statens institutionsstyrelse (SiS) i uppdrag av regeringen att vidta åtgärder som underlättar kommunernas och landstingens gemensamma vårdplanering för personer som vårdas inom myndigheten. Uppdraget syftade särskilt till att stimulera upprättandet av samordnade individuella planer.

Inom ramen för uppdraget erbjöds socialtjänsten att uppdra åt SiS att kalla till nätverksmöten med representanter från kommun och hemlandsting, att ta fram underlag som belyser individernas samlade vårdbehov, att kontakta hälso- och sjukvårdsgivare eller att vidta andra åtgärder för att stödja huvudmännens gemensamma vårdplanering. Arbetet med uppdraget förefaller ha bidragit till ökad kännedom om skyldigheten att upprätta en landstingsgemensam vårdplanering och att SIP i högre utsträckning diskuteras som ett verktyg för samverkan kring personer som vårdas inom SiS. Under uppdraget framkom det att ungdomar överlag ställer sig positiva till att frågan om SIP lyfts upp på agendan.

Mot bakgrund av erfarenheterna från arbetet med regeringsuppdraget menar SiS att myndigheten bör fortsätta att aktivt verka för kommun- och landstingsgemensamma vårdplaneringar kring intagna ungdomar och klienter.<sup>31</sup>

### 15.3.3 Krav på överenskommelser om samarbete

Den 1 januari 2010 infördes, på förslag från Nationell psykiatrisamordning, nya bestämmelser i HSL och SoL om att landsting och kommun ska ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning (5 kap. 8 a § SoL och 8 a § HSL). Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Kravet på överenskommelser gäller även barn med psykisk funktionsnedsättning.

Enligt Nationell psykiatrisamordning finns det behov av att tydliggöra rutiner för ansvar och samarbetsformer, inom och

---

<sup>31</sup> SiS (2014a).

mellan socialtjänsten, primärvården, psykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin så att barnet, ungdomen och de närstående alltid garanteras samordnade insatser. Det är särskilt viktigt när barn och ungdomar är placerade för dygnsvård i särskilda ungdomshem eller HVB. Nationell psykiatrisamordning konstaterade att lagstiftningen inte ger någon entydig vägledning om hur ansvaret ska fördelas när det gäller ungdomar med både sociala och psykiska problem. Kontakterna mellan socialtjänsten och psykiatrin riskerar då att fokusera på frågor om gränsdragning och ansvar, på bekostnad av målinriktade gemensamma vård- och behandlingsinsatser. Nationell psykiatrisamordning ansåg att lokala överenskommelser mellan kommuner och landsting kan reda ut formerna för hur barns och ungdomars behov av integrerade insatser ska mötas liksom formerna för att överbrygga oklara ansvarsgränser.<sup>32</sup>

Regeringen konstaterade i den efterföljande propositionen att den frivilliga möjligheten att ingå samarbetsavtal hittills inte varit tillräcklig för att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande i gränzonerna som uppstår mellan huvudmännens lagstadgade ansvarsområden. Det var för få av de befintliga samverkansdokumenten som kunde få verklig betydelse för ett gemensamt ansvarstagande. Dessutom gick utvecklingen på området för långsamt. Regeringen betonade, vid införandet av bestämmelsen, att kvalitetsuppföljning av den egna verksamheten även ska omfatta uppföljning av att överenskommelserna fungerar som det är tänkt.<sup>33</sup>

Behovet av samtidiga och väl samordnade insatser ansågs särskilt stort för dem med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Skyldigheten begränsades därför till denna målgrupp. Det finns dock inga hinder för kommuner och landsting att ingå överenskommelser även beträffande andra.<sup>34</sup> Socialstyrelsen gavs i uppdrag att ta fram en vägledning om vad sådana överenskommelser bör innehålla. Uppdraget resulterade i ett Meddelandeblad.<sup>35</sup> Socialstyrelsen har senare även publicerat en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> SOU 2006:100 s. 394 ff.

<sup>33</sup> Prop. 2008/09:193 s. 14.

<sup>34</sup> A.a. s. 17.

<sup>35</sup> Socialstyrelsen (2010a).

<sup>36</sup> Socialstyrelsen (2013).

Efter förslag från Missbruksutredningen utökades den 1 juli 2013 skyldigheten att ingå överenskommelser om samverkan till målgruppen personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel (8 b § HSL och 5 kap. 9 a §§ SoL).<sup>37</sup> Bestämmelsen är utformad på motsvarande sätt som bestämmelserna som reglerar överenskommelser kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Regeringen konstaterar att huvudmännen därmed redan har erfarenheter av att ingå överenskommelser som kan vara värdefulla att ta till vara. Likaså kan det vara lämpligt att överenskommelserna i lämpliga delar samordnas.

Enligt förarbetena syftar den nya bestämmelsen till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för människor som missbrukar beroendeframkallande medel. Överenskommelser behövs, särskilt i frågor där det kan uppstå konflikter. Bland grupper som kan beröras av överenskommelserna nämns personer med behov av missbruks- och beroendevård och som får eller ska få tvångsvård enligt LVU. Överenskommelserna skulle också kunna innefatta samverkan med andra aktörer, t.ex. kriminalvården och SiS samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen bör ske.<sup>38</sup>

### **Befintliga överenskommelser har olika utformning**

Olika typer av samverkansöverenskommelser kring barn och unga med sammansatta behov har funnits sedan ett tiotal år tillbaka och har under senare år vuxit i antal. Det finns dock ingen heltäckande nationell beskrivning av vilka överenskommelser om samverkan som landsting och kommuner ingår, exempelvis av innehåll och målgrupper. Många olika verksamheter är berörda inom kommuner och landsting.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomförde ett seminarium 2009 med representanter för sex olika samverkansprojekt för att få en uppfattning om vad skriftliga samverkansöverenskommelser kan innehålla. De representerade

---

<sup>37</sup> SOU 2011:35 s. 148 ff.

<sup>38</sup> Prop. 2012/13:77 s. 17.

länens och regionernas avtal visade sig röra olika nivåer och fokusera på olika målgrupper. Olika begrepp används om i princip samma målgrupp. Socialstyrelsen konstaterade att det är ett komplicerat och tålamodskrävande arbete att utarbeta, implementera och följa upp gemensamma skriftliga överenskommelser. Det är därför viktigt att de verksamhetsansvariga överväger för vilka målgrupper eller situationer som skriftliga överenskommelser kan vara ett lämpligt stöd. Socialstyrelsen anser att barn och unga som får dygnsvård enligt SoL, LVU, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) alltid behöver samordnade insatser från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst.<sup>39</sup>

I redovisningen av SKL:s s.k. Modellområdesprojekt berördes de överenskommelser som fanns i de 14 modellområdena. En del överenskommelser var utformade som verksamhetsbeskrivningar, andra beskrev hur man går tillväga då ett barn behöver insatser eller vård från flera verksamheter eller då det är oklart vem som har ansvaret. I en del modellområden täckte överenskommelserna alla verksamheter och alla målgrupper medan man i andra modellområden hade slutit delöverenskommelser. Enligt rapporten har överenskommelser som fattats på politisk nivå fördelar framför sådana som enbart har beslutats av tjänstemän. Det finns då större chans att politiker efterfrågar uppföljning och de knyts lättare till övergripande politiska mål för verksamheten. Dessutom är politikerna ytterst ansvariga för att lösa eventuella tvister om finansiering om de står som undertecknare. Flertalet modellområden ansåg att deras överenskommelser fungerade bra även om många redovisade problem med verksamheternas följsamhet och implementering av rutiner.<sup>40</sup>

## 15.4 Samverkan inför och under en placering

### 15.4.1 Utvidgat ansvar för socialnämnden

Socialnämndens ansvar för placerade barns utbildning och hälsa förtydligades och utvidgades den 1 januari 2013. Bestämmelsen i 6 kap. 7 § SoL om att socialnämnden ska verka för att barn och

---

<sup>39</sup> Socialstyrelsen (2013g).

<sup>40</sup> SKL (2012) s. 28 ff.

unga i familjehem, jourhem och annat enskilt hem får lämplig utbildning utvidgades till att omfatta även barn och unga i HVB. Socialnämnden ska inte heller bara som tidigare verka för att placerade barn och unga får lämplig utbildning utan även för att de får den hälso- och sjukvård som de behöver.<sup>41</sup>

I förarbetena till den ändrade bestämmelsen betonas att det är skolan som har ansvaret för utbildningen och landstinget som ansvarar för hälso- och sjukvården. Att socialtjänsten ska verka för att placerade barn får lämplig utbildning och den hälso- och sjukvård som de behöver betyder att socialtjänsten och den som vårdar barnet ska vara aktiva för att få till stånd de insatser som barnet kan vara i behov av. Betydelsen av att socialtjänsten följer upp att placerade barn och unga får tandvård enligt tandvårdslagen understryks. Det hänvisas i förarbetena även till bestämmelserna om individuella planer, till samverkan och socialnämndens ansvar för att samverkan kommer till stånd.<sup>42</sup>

Sedan tidigare gäller att socialnämnden, vid en placering av ett barn i familjehem eller jourhem i en annan kommun, ska informera och samråda med denna kommun innan den fattar sitt beslut. Någon motsvarande bestämmelse finns inte när det gäller placering i HVB. Informations- och samrådsskyldigheten behöver inte enbart omfatta socialtjänsten. Även exempelvis skolan behöver vara förberedd på att barnen flyttar in för att kunna planera skolgången.<sup>43</sup>

I samband med en placering ska socialnämnden upprätta en vårdplan respektive en genomförandeplan. Båda planerna ska, enligt 11 kap. 3 § tredje stycket SoL, även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän ansvarar för, t.ex. utbildning. Av genomförandeplanen ska konkret framgå bl.a. hur insatserna ska utföras, när och av vem.<sup>44</sup> Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende ska det framgå av genomförandeplanen vilka åtgärder som planeras för att barnet ska få lämplig utbildning i förskola eller skola och få sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda. Om barnet har behov av insatser från både social-

---

<sup>41</sup> 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11.

<sup>42</sup> Prop. 2012/13:10 s. 80 f.

<sup>43</sup> Prop. 1996/97:124 s. 115. Jfr förslag i SOU 2012:76 s. 102 ff.

<sup>44</sup> 5 kap. 1 a SoF.

tjänsten och hälso- och sjukvården kan det bli aktuellt att upprätta en individuell plan, enligt 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om hem för vård eller boende ska den som förestår verksamheten vid HVB bl.a. ansvara för att verksamheten organiseras så att skolplikten kan uppfyllas samt att en icke skolpliktig persons behov och önskemål om utbildning kan beaktas.<sup>45</sup>

När det gäller uppföljningen av vården ska denna, enligt 6 kap. 7 b § andra stycket SoL, omfatta barnets eller den unges hälsa, utveckling, sociala beteende och skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående.

Sedan vård och fostran utanför det egna hemmet har upphört ska socialnämnden, enligt 5 kap. 1 § SoL, i sin omsorg om barn och ungdom tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som barnet kan ha. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör socialnämnden i god tid innan vården upphör komplettera genomförandeplanen med uppgifter om hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter att placeringen har avslutats.<sup>46</sup> Se vidare i kapitel 18 om stöd och hjälp efter avslutad placering.

#### **15.4.2 Vägledning om placerade barns och ungas utbildning och hälsa**

Socialstyrelsen och Skolverket har tagit fram en vägledning om placerade barns och ungas utbildning och hälsa. I vägledningen framhålls bl.a. behovet av att utreda ett barns fysiska och psykiska hälsa inför placering och av att utredningen innehåller både en kartläggning av tidigare hälso- och sjukvårdsinsatser och en läkarundersökning. Syftet är att kartläggningen och läkarundersökningen ska ligga till grund för en bedömning av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. När det gäller skolgången anser Socialstyrelsen och Skolverket att det behöver finnas relevant pedagogisk information till den mottagande skolan då placeringen innebär byte av skola. I det fall utbildningen varit eftersatt och om dokumentation saknas behövs också en kartläggning av barnets

---

<sup>45</sup> SOSFS 2003:20.

<sup>46</sup> Allmänna råd till 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11. Se även allmänna råd till 8 kap. om stöd och hjälp enligt 5 kap. 1 § SoL sedan vården har upphört.



kunskapsutveckling, inlärningsmässiga förutsättningar och eventuella behov av särskilt stöd. Den mottagande skolan bör planera sina insatser utifrån denna information och sedan följa upp dem.<sup>47</sup>

## 15.5 Samverkan för att tillgodose rätten till utbildning

Socialnämndens ansvar för att informera, samråda och uppmärksamma barnets behov av utbildning beskrivs ovan. Utöver det är skolsituationen ett viktigt område att beskriva i den utredning som socialtjänsten gör inför en placering och som mynnar ut i en vårdplan. Hur skolgången ska planeras ingår också i den genomförandeplan som ska upprättas och som följs upp kontinuerligt. I handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC) finns konsultationsdokument som kan användas för att hämta in aktuell information från förskola, förskoleklass eller skola.<sup>48</sup> En ny version av BBIC lanseras hösten 2015.

### 15.5.1 Skolans ansvar

Utbildningsnämnden i en elevs hemkommun har ett helhetsansvar för att tillgodose elevens rätt till utbildning. Detta ansvar har hemkommunen oavsett var en elev genomför sin skolgång eller var ett barn deltar i förskoleverksamhet eller annan pedagogisk verksamhet. Med begreppet hemkommun avses den kommun som eleven är folkbokförd i. Hemkommunen har även betalningsansvaret för elevens utbildning, inklusive kostnader för olika former av stöd enligt skollagen.

Varje kommun ansvarar för att ungdomarna i kommunen erbjuds gymnasieutbildning av god kvalitet och att alla behöriga ungdomar i kommunen erbjuds utbildning på nationella program. Även kostnadsansvaret för gymnasieskolan och gymnasiesärskolan följer elevens folkbokföring.

Genom den nya skollagen (2010:800) har de fristående skolorna blivit en del av skolväsendet och regleringen i allt väsentligt densamma för alla huvudmän.

---

<sup>47</sup> Socialstyrelsen & Skolverket (2013) s. 10 f och 128 f.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen (2011c).

I 3 kap. skollagen finns bestämmelser om olika former av stöd och om åtgärdsprogram. Om det inom ramen för undervisningen eller genom resultatet på ett nationellt prov, uppgifter från lärare, övrig skolpersonal, en elev eller en elevs vårdnadshavare eller på annat sätt framkommer att det kan befaras att en elev inte kommer att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås, ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen. Om en elev av någon anledning riskerar att inte nå de kunskapskrav som minst ska uppnås, trots att stöd i form av extra anpassningar getts, ska detta anmälas till rektor. En sådan anmälan ska göras direkt om det finns särskilda skäl att anta att extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen inte skulle vara tillräckliga. Efter anmälan ska rektorn se till att elevens behov av särskilt stöd utreds skyndsamt och besluta att eleven ges särskilt stöd om utredningen visar att eleven är i behov av det. Rektorn ska då också se till att ett åtgärdsprogram tas fram där behovet av särskilt stöd och hur det ska tillgodoses framgår. Beslut av en rektor om åtgärdsprogram får överklagas hos Skolväsendets överklagandenämnd (28 kap. 16 § skollagen).

### 15.5.2 Stödinsatser i skolan vid placering i familjehem

Barn och unga som placeras i familjehem folkbokförs i regel i den kommun där familjehemmet är beläget. Därmed övergår såväl skolpliktsansvaret som kostnadsansvaret för barnets skolgång till den eventuellt nya kommunen, vilket inkluderar olika former av stöd enligt skollagen.

Sedan länge har det uppmärksammats att skolan och socialtjänsten ofta är oense om vem som ska ansvara och bekosta eventuella stödinsatser i skolan i samband med en placering i familjehem i en annan kommun. Socialtjänsten i placeringskommunen har ansvaret för eventuella stödinsatser som kan bli aktuella enligt SoL respektive LSS. I förarbetena till tidigare lagstiftning har uttalats att socialtjänstens ansvar kan omfatta särskilda stödinsatser i skolan i samband med en placering.<sup>49</sup> Enligt Socialstyrelsens och Skolverkets vägledning från 2013 får dock dessa förarbeten inte

---

<sup>49</sup> Prop. 1996/97:124 s. 159.

feltolkas. Av 2 kap. 1 § SoL framgår nämligen att socialtjänstens ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. I förarbetena framhåller man att socialtjänstens ansvar för placerade barn därmed är avgränsat till de extra insatser som barnet kan behöva av sociala eller psykologiska skäl. En åtgärd som omfattas av skollagens bestämmelser kan alltså inte ses som en socialtjänstinsats.<sup>50</sup>

SKL berör frågan om stödinsatser i skolan i ett cirkulär om ansvarsfördelningen när det gäller barn och unga med psykisk funktionsnedsättning. Här betonas att det inte finns någon särreglering vid familjehemsplaceringar i en annan kommun än den egna. Gränsdragningen mellan stöd enligt SoL eller LSS å ena sidan och skollagstiftningen å andra sidan är således inte beroende av huruvida barnet är placerat utanför sin hemkommun eller inte. När det gäller gränsdragningen mellan vad som är sociala insatser och vad som är pedagogiskt och annat stöd saknas närmare reglering. I vissa fall kan konstateras att barnets eller den unges behov av hjälp under skoldagen består av såväl sådana insatser som socialtjänsten ansvarar för som sådant stöd som ankommer på skolhuvudmannen. Det gemensamma ansvaret kan då, enligt SKL, lösas t.ex. genom en gemensamt finansierad resurs för barnet eller den unge.<sup>51</sup>

### 15.5.3 Skolgången vid placering i HVB

Barn och unga som placeras i HVB är som regel fortsatt folkbokförda i hemkommunen.<sup>52</sup> Ansvaret för skolplikt och utbildning ligger då kvar på barnets hemkommun. Den eventuellt nya kommunen är skyldig att ta emot en elev om han eller hon med hänsyn till sina personliga förhållanden har särskilda skäl att gå i den kommunens grundskola (10 kap. 25 § skollagen). Hemkommunens utbildningsnämnd ska betala för barnets skolgång, inklusive det eventuella stöd som eleven kan ha rätt till enligt skollagen. För elever i gymnasieskolan finns bestämmelser om utbildning utanför

---

<sup>50</sup> Socialstyrelsen & Skolverket (2013) s. 113 f med hänvisning till RÅ 1994 ref. 25 som avsåg behov av speciallärare.

<sup>51</sup> SKL (2013).

<sup>52</sup> Vissa särskilda regler gäller vid folkbokföring av ensamkommande barn som är placerade vid HVB, se Socialstyrelsen (2013h) s. 77.

hemkommunen i bl.a. 16 kap. 44 § skollagen och om interkommunal ersättning i 16 kap. 50–51 §§ samma lag.

De flesta barn och unga som är placerade i ett HVB går i en kommunal eller fristående skola i vistelsekommunen. Det finns också HVB som driver egen friskola. Som en följd av den nuvarande skollagen kan undervisning inte som tidigare överlåtas till HVB, såvida huvudmannen för HVB inte har godkännande från Skolinspektionen att driva en fristående skola.<sup>53</sup> I dag gäller att om en elev, exempelvis i inledningsskedet av en placering i HVB, behöver få undervisning i HVB:s lokaler ska den ges av lärare från en skola i den mottagande kommunen. Utgångspunkten måste dock vara att så snart det är möjligt tillgodose barnets eller den unges rätt till likvärdig utbildning.<sup>54</sup> Reglerna om befrielse från obligatoriska inslag i undervisningen är mer restriktiva i den nuvarande skollagen än tidigare. Befrielse ska bara ske i undantagsfall när det finns synnerliga skäl (7 kap. 19 § skollagen).

Vid de särskilda ungdomshemmen är det SiS som anordnar skolverksamheten. Utbildningen regleras dels i skollagen, dels i en särskild förordning. Barn och unga som är inskrivna i ett särskilt ungdomshem ska erbjudas undervisning i grundskolans ämnen enligt läroplanens kunskapskrav. På grund av ungdomshemmens olika uppdrag och de olika långa placeringstiderna ser skolverksamheten olika ut. Alla SiS-skolor har dock en ramtidplan som ger eleven rätt till 23 timmars undervisning i veckan. Även unga som passerat skolpliktig ålder ska erbjudas den utbildning på gymnasial nivå som de är i behov av och har rätt till på motsvarande sätt som andra ungdomar. Undervisningen ska ges av behöriga lärare och som huvudprincip förväntas alla elever delta. Dock anpassas omfattningen och utformning utifrån den enskilda elevens varierande förutsättningar under placeringen.<sup>55</sup>

Från och med år 2010 har SiS en ny skolorganisation med en central skolledare. SiS och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) har fått i uppdrag av regeringen att under 2013–2015 pröva en modell för att stärka skolförankringen för de ungdomar som

---

<sup>53</sup> Socialstyrelsen & Skolverket (2013) s. 105.

<sup>54</sup> Socialstyrelsen (2013g) s. 112.

<sup>55</sup> Förordning (1983:28) om undervisning av barn och ungdomar som vistas vid särskilda ungdomshem och information på SiS webbplats ([www.stat-inst.se/om-sis/slutenungdomsvard-lsu/sis-skola/](http://www.stat-inst.se/om-sis/slutenungdomsvard-lsu/sis-skola/)).

vårdas inom SiS. Projektet, som kallas SiSam (En samverkansmodell för SiS, skola och socialtjänst), följs upp och utvärderas. En slutredovisning ska lämnas senast den 1 april 2016. Modellen bygger på tidigare projekt mellan SiS och SPSM samt ett projekt som SiS och Malmö stad drev åren 2008–2010.<sup>56</sup>

### Iakttagelser vid tillsyn och studier

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn sett att de allra flesta HVB har överenskommelser och etablerade samarbetskontakter med skolan på orten. HVB-verksamheterna har blivit alltmer medvetna om hur viktig skolgången är för de placerade barnen och samarbetet mellan skola och HVB har blivit bättre. För de ungdomar som inte är skolpliktiga, framför allt de ensamkommande, har samarbetet med skolan ibland varit problematiskt. Utformningen av undervisningen för de ensamkommande barnen varierar mer och tycks fungera sämre än för andra placerade ungdomar.<sup>57</sup>

I en granskning 2010 av undervisningen vid HVB fann Skolinspektionen flera brister. De placerade elevernas rätt till utbildning inskränktes genom att de inte får undervisning i tillräcklig utsträckning. Dessutom kunde begränsningar i lokaler och undervisningsmaterial hindra elevernas möjligheter. Andra problem var att beslut och utredning om anpassad studiegång ofta saknades, att skolhuvudmännen var passiva när det gäller att säkerställa elevernas rätt till utbildning och att det fanns svårigheter i samverkan mellan kommun och HVB. Inspektionen gjordes utifrån den tidigare skollagen, reglerna kring särskild undervisning har ändrats i den nya skollagen.<sup>58</sup>

Studier har också visat att barn på HVB har färre skolrelevanta resurser i vårdmiljön, som läxhjälp, undervisningsmaterial och en tyst plats att dra sig undan till, än andra barn. HVB-placerade barn uppger själva ofta att arbetstakten i skolan är låg och två tredjedelar ägnar inte mer än en timme i veckan åt läxläsning.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> SiS & Specialpedagogiska skolmyndigheten (2010).

<sup>57</sup> IVO (2013) s. 33.

<sup>58</sup> Skolinspektionen (2010) s. 13 ff.

<sup>59</sup> Lagerlöf (2012) s. 157 ff.

Vid en särskild inspektion av undervisningen vid de särskilda ungdomshemmen för knappt tio år sedan framkom att SiS särskilda ungdomshem hade högt ställda ambitioner, men att dessa inte alltid uppfylldes. Kvaliteten på undervisningen varierade mellan de olika ungdomshemmen.<sup>60</sup> Hösten 2014 genomförde Skolinspektionen en ny inspektion av skolverksamheten inom SiS. Syftet var att ge en ögonblicksbild av verksamheten vid ett givet tillfälle. Av denna bild framgår att många unga på de särskilda ungdomshemmen får lite undervisningstid i få ämnen och med lärare som ofta saknar behörighet. Flera av de lektioner Skolinspektionen observerade genomfördes utan tydlig målsättning eller koppling till läroplanerna. Undervisningen var inte heller alltid prioriterad utan stördes av att elever skulle träffa socialsekreterare eller behandlingsassistenter. De ungdomar som hade svårt med studiemotivationen ansåg inte att lärarna förväntade sig särskilt mycket av dem. Särskilt tydligt var det bristande intresset för undervisningen bland de placerade flickorna. Flickor i gymnasieskolan upplevde också i högre grad än andra otrygghet med andra elever, med personalen på ungdomshemmet och i viss mån även i skolmiljön. Mer generellt konstaterade Skolinspektionen att det saknas bestämmelser om att det ska finnas en pedagogisk ledare som ansvarar för utbildning vid de särskilda ungdomshemmen, vilket kan leda till risker för otydlig styrning och bristande kvalitet. Med tanke på ungdomarnas bakgrund är det särskilt viktigt att skolorna och dess ledning är väl förtrogna med lagstiftningens krav och kursplanernas innehåll, skriver Skolinspektionen.<sup>61</sup>

I Barnombudsmannens (BO) årsrapport 2010, som bygger på intervjuer med ungdomar placerade i särskilda ungdomshem, framkom att många önskade längre skoldagar och att få läsa alla ämnen. För många hade skolan blivit viktigare än tidigare. Undervisningen var anpassad efter deras nivå och grupperna var små.<sup>62</sup> De s.k. ADAD-intervjuerna som ungdomshemmen gör vid inskrivning visar att många har haft problem med skolan och vill ha hjälp med sin skolgång. När ungdomarna lämnar institutionen uppger en majoritet att de fått hjälp med sina skolproblem.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Skolverket (2007).

<sup>61</sup> Skolinspektionen (2015) s. 1 f.

<sup>62</sup> BO (2010).

<sup>63</sup> Information på SiS webbplats ([www.stat.inst.se/om-sis/vard-av-unga-lvu/sis-skola/sisam/](http://www.stat.inst.se/om-sis/vard-av-unga-lvu/sis-skola/sisam/)).

### 15.5.4 Översyn av skolans arbete med utsatta barn

Utredningen om översyn av skolans arbete med utsatta barn föreslog bl.a. att ett utvecklingsarbete skulle genomföras mellan utbildning och socialtjänst med stöd av ett stimulansbidrag. Bestämmelserna om samverkan föreslogs bli förtydligade med innebörden att det inte bara ska vara socialnämnden som kan ta initiativ till samverkan. Skolinspektionen föreslogs få i uppdrag att genomföra en kvalitetsgranskning av rätten till utbildning efter beslut om placering av socialtjänsten. Andra förslag var inriktade på att stärka forskning och kunskapsspridning när det gäller barn i behov av särskilt stöd.<sup>64</sup>

Betänkandet har inte i dessa delar resulterat i några förslag från regeringen, men haft betydelse för bl.a. direktiven till Utredningen om utbildning i samhällsvård och distansutbildning (se nedan) och Skolverkets uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa.<sup>65</sup>

### 15.5.5 Nya bestämmelser om utbildning för elever i samhällsvård

Den 1 juli 2015 genomförs vissa ändringar i skollagen i syfte att säkerställa att elever som vistas i ett HVB ska få undervisning inom skolväsendet. Bland annat förtydligas det att en elev som vistas på ett HVB har rätt att bli mottagen i en skola i vistelsekommunen.<sup>66</sup> Ändringarna utgår från förslag som lämnades av Utredningen om utbildning för barn och ungdomar i samhällsvård samt distansundervisning.<sup>67</sup>

Dessa ändringar avser inte undervisning av elever vid särskilda ungdomshem som drivs av SiS. För elever som vistas där ska relevanta bestämmelser i skollagen tillämpas i fråga om den undervisning som SiS anordnar, med undantag för bestämmelser om registerkontroll, lokaler och utrustning. Regeringen framhåller att den inser svårigheterna för ungdomshem att fullt ut tillhandahålla

---

<sup>64</sup> SOU 2010:95 s. 264–298.

<sup>65</sup> Regeringsbeslut I:5 2011-10-27 U2011/5497/S, U2011/2269/S (delvis), U2010/7669/S (delvis) och U2011/263/S (delvis).

<sup>66</sup> Prop. 2014/15:43 s. 15–38.

<sup>67</sup> SOU 2012:76 s. 117–172.

de lokaler och den utrustning som behövs för att syftet med utbildningen ska kunna uppfyllas. Att SiS inte fullt ut har de undervisningslokaler och den utrustning som behövs kan innebära att vissa moment i kurs- eller ämnesplanerna inte kan utföras och att elever t.ex. inte kan göra vissa laborationer och därmed inte uppfylla kriterierna för godkänt betyg i ett ämne eller en kurs. Svårigheter att tillhandahålla lokaler kan särskilt uppstå när ungdomshemmet avser att bedriva utbildning inom gymnasieskolans yrkesprogram. Regeringen bedömer dock att det finns möjligheter för SiS att minska behovet av egna utrustade lokaler genom att inleda samarbete med närliggande skolor för att kunna låna olika specialsalar. På det sättet bedöms SiS så långt som möjligt kunna uppfylla skollagens krav på lokaler.<sup>68</sup>

Utredningen om utbildning för barn och ungdomar i samhällsvård samt distansundervisning lämnade även andra förslag än de som regeringen berör i sin proposition. Utredningen menade att behandling och utbildning måste vara två lika viktiga delar i det ansvar samhället tar på sig när man placerar ett barn i samhällsvård. Utredningen föreslog därför bl.a. att socialnämnden ska lämna en underrättelse till ansvarig nämnd för utbildning när beslut har fattats om vård som innebär byte av skola. Vidare ska hemkommunen se till att ett utbildningsdokument upprättas när man fått in en underrättelse från socialnämnden. Utbildningsdokumentet ska innehålla de uppgifter som hemkommunen anser att den nya skolhuvudmannen eller SiS behöver för att kunna planera elevens fortsatta skolgång. Dokumentet ska vidare beskriva vilka stödinsatser hemkommunen bedömer att eleven har behov av.

Utredningen om utbildning för barn och ungdomar i samhällsvård samt distansundervisning föreslog också att hemkommunen ska få ett uppföljningsansvar för sina skolpliktiga elever som går i skola i en annan kommun. Hemkommunen ska följa barnets utbildning främst genom kontakter med barnet, rektorn på elevens nya skolenhet, de som vårdar barnet och vårdnadshavarna. Utredningen konstaterade att ett genomförande av förslaget kräver en översyn av sekretessreglerna.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> Prop. 2014/15:43 s. 32 f.

<sup>69</sup> SOU 2012:76 s. 102 ff.



## 15.6 Samverkan för att tillgodose behov av hälso- och sjukvård

Socialnämnden har ett övergripande ansvar för att placerade barn får sina behov av hälso- och sjukvårdsinsatser uppmärksammade och tillgodosedda.

I BBIC-systemet finns anvisningar för läkarundersökning inför placering. I dessa anvisningar för läkarundersökning beskrivs bl.a. vilket bakgrundsmaterial läkaren bör ha tillgång till inför undersökningen, vad som ska ingå i anamnesen och den kliniska undersökningen. En ny version av BBIC lanseras hösten 2015.

Om barnet behöver hälso- och sjukvårdsinsatser ska dessa noteras i genomförandeplanen och följas upp kontinuerligt. Det kan vara aktuellt att upprätta en individuell plan (se ovan).

Se vidare i kapitel 9 för frågor om läkarundersökning inför placering och hälsoundersökning i samband med en placering.

### 15.6.1 Hälso- och sjukvård för barn och unga vid HVB

HVB är verksamma inom socialtjänstens ram. Samtidigt behöver barn och unga som placeras där ofta även hälso- och sjukvårdsinsatser. Många barn och unga som är placerade i HVB har exempelvis psykiatriska problem. För SiS särskilda ungdomshem finns en särskild skyldighet att enligt 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) ha tillgång till läkare. Denna bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. De särskilda ungdomshemmen bör också enligt samma bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis.

Om ett HVB har anställd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som utför arbetsuppgifter som tillhör yrkesutövningen, bedrivs hälso- och sjukvård. I egenskap av vårdgivare ska verksamheten då följa bestämmelserna bl.a. i HSL och PSL samt föra patientjournaler enligt patientdatalagen. De särskilda ungdomshemmen är alltid vårdgivare. Flertalet HVB för barn och unga är inte vårdgivare. I stället får barn och unga vid dessa HVB ta del av samhällets ordinarie hälso- och sjukvård och tandvård.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende, som inte gäller för de särskilda ungdomshemmen, ska det enskilda barnets behov av hälso- och sjukvård och

tandvård bevakas av föreståndaren på HVB och den hälso- och sjukvård som barnet behöver ska göras tillgänglig.<sup>70</sup> Av de allmänna råden framgår att det vid ett hem som tar emot barn och unga och vid ett hem som tar emot personer med psykiska funktionshinder bör finnas tillgång till läkare och psykolog med särskilda kunskaper som är lämpade för sådana verksamheter. Tillgången kan säkerställas t.ex. genom att en överenskommelse träffas med ansvarig sjukvårdshuvudman som innebär att hjälp kan fås vid en närbelägen sjukvårdsinrättning som har läkare och psykolog med lämpliga kunskaper.<sup>71</sup>

Tillsynsmyndigheten har konstaterat att så gott som samtliga inspekterade HVB-hem erbjuder något slags hälsostöd i vardagen. Hemmen uppger vidare att de har god samverkan med landstinget, men det framgår att få HVB har läkare eller psykologer anställda på konsultbasis. Mycket tyder på att de hälsoinsatser som sätts in är otillräckliga. Som framgår ovan visar flera studier att barnen och de unga ofta och i hög grad har ohälsa som vuxna.<sup>72</sup>

### 15.6.2 Särskilt om vård vid psykisk ohälsa bland barn och unga vid HVB

Flera utredningar och rapporter har visat att de psykiska problemen är stora bland barn och unga som placeras i HVB och att de inte alltid får adekvat vård.<sup>73</sup> Dessa barn upplever oftare än andra barn psykisk ohälsa och det är vanligare att de vårdas för t.ex. självskadebeteende, vilket särskilt gäller flickor. Vidare är läkemedelsanvändningen högre än för andra barn samtidigt som många av de som behandlas med psykofarmaka saknar en psykiatrisk diagnos. Barnen har också överrisker för att vårdas för missbruk och övergrepp. De löper dessutom högre risker än andra barn att dö i förtid. Forskning om ensamkommande barn visar att de har överrisker för

---

<sup>70</sup> 2 kap. 1 § SOSFS 2003:20. Föreskrifterna är under revidering.

<sup>71</sup> Allmänna råd till 2 kap. 2 § SOSFS 2003:20.

<sup>72</sup> Se bl.a. Socialstyrelsen (2013d) och Hjern A m.fl. (2004).

<sup>73</sup> Bl.a. SOU 2006:100 s. 393 f; SKL & SiS (2005); Socialstyrelsen (2010b) och Socialstyrelsen (2011d).

somatisk ohälsa, som näringsbrist, infektionssjukdomar och kroniska sjukdomar, och för psykisk ohälsa, som depressioner och PTSD.<sup>74</sup>

Utredningen har genom BO fått ta del av de erfarenheter som framkommit när BO de senaste åren träffat barn som har erfarenhet av gränsdragningen mellan social barn- och ungdomsvård och psykiatri. Samtalen har genomförts med barn och unga på SiS särskilda ungdomshem och inom slutna psykiatrisk vård. BO:s sammanställning visar att barnen uppfattar att ansvaret för dem bOLLAS runt och att ingen är beredd att möta deras samlade behov. Inte minst märker de att socialtjänsten har svårigheter att klara en sammansatt problematik med psykiatriska inslag. Barnens erfarenhet är att de inte får behandling för ångest på HVB och att vården känns som förvaring. De efterfrågar en vårdform som är en blandning av socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller annan psykiatri. I en sådan vårdform skulle de kunna få tala om och få hjälp med *allt* det som är jobbigt, både hur det är hemma och det egna problemen, ur ett helhetsperspektiv.

Frågor om placerade barns och ungas psykiska ohälsa har tagits upp av flera statliga utredningar och myndighetsrapporter sedan slutet av 1990-talet. De har formulerats och besvarats på olika sätt, med olika underlag och perspektiv, i anslutning till förslag om den sociala barn- och ungdomsvården eller om psykiatrins ansvar och innehåll. Med något undantag har förslagen dock inte lett till några förändringar i lagstiftningen eller i tillämpningen av den. En översikt av detta finns i kapitel 16 om innehåll och kvalitet i vården. Som framgår av det kapitlet förefaller problembilden vara i stort sett oförändrad på flera punkter.

När det gäller samverkan pekade Nationell psykiatrisamordning på behovet av utvecklade samarbetsformer och tydligare ansvarsfördelning så att ungdomar som omhändertagits med stöd av tvångslag erbjuds insatser av högsta kvalitet med tillgång till den bästa sociala och psykiatriska kompetens i samhället. Till följd av oklarheter om landstingens ansvar vid placeringar med stöd av

---

<sup>74</sup> Socialstyrelsen (2013); Lagerlöf H (2012); Socialstyrelsen (2013f); Lindroth M m.fl. (2012) Kohli, R (2007) och Brunberg E m.fl. (2011). Som framgår i kapitel 9 har asylsökande barn rätt till kostnadsfri hälso- och sjukvård och tandvård i samma omfattning och på samma villkor som andra barn i samhället (5 § lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.). Det är landstinget som ansvarar för vården. Enligt 7 § i samma lag ska barnen även erbjudas en hälsoundersökning, om det inte är uppenbart obehövt.

LVU har barn och ungdomar med de största behoven av psykiatrisk vård i vissa fall sämst förutsättningar att få dem tillgodosedda. Nationell psykiatrisamordning ansåg att problemet var så allvarligt och så länge skapat konflikter och frustration att kommuner och landsting behövde vidta konkreta åtgärder för att finna lämpliga lösningar.<sup>75</sup>

I samband med en nationell tillsyn av vårdkedjan för barn med psykisk ohälsa 2010 konstaterade Socialstyrelsen att det kunde ifrågasättas om inte vissa barn som vårdades vid HVB, inklusive SiS särskilda ungdomshem, hade en sådan problematik och sådana symtom att de hade behövt sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Enligt tillsynsrapporten är den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården av skiftande kvalitet. Vårdgivarna har många gånger inte gett ett tydligt uppdrag till verksamheten, vilket innebär att uppgifter, målgrupp och mål är oklara.<sup>76</sup>

I cirkulär från SKL om ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting betonas att frågan om hur behovet av psykiatrisk vård ska tillgodoses under en placering på HVB måste lösas i samförstånd mellan de ansvariga huvudmännen innan beslut fattas om placering.<sup>77</sup>

### Särskilt om hälso- och sjukvård vid SiS särskilda ungdomshem

Bland barn och unga som vårdas vid SiS särskilda ungdomshem är psykisk ohälsa, även i mycket allvarliga former, vanlig.<sup>78</sup> Inrättandet av myndigheten i början av 1990-talet motiverades bl.a. med behovet av en differentiering av vården vid de tidigare § 12-hemmen efter behov och personlighetsutveckling, t.ex. ungdomar med en psykisk störning som gjorde dem skrämmande och farliga för personalen.<sup>79</sup> Som framgått finns det också särskilda krav på de särskilda ungdomshemmen att ha tillgång till läkare, som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.<sup>80</sup>

---

<sup>75</sup> SOU 2006:100 s. 397 ff.

<sup>76</sup> Socialstyrelsen (2010d).

<sup>77</sup> SKL (2013).

<sup>78</sup> Ståhlberg O m.fl. (2010). Se även SiS (2013b) s. 60 ff.

<sup>79</sup> Prop. 1992/93:61, s. 1 f, 11 f och 21 ff.

<sup>80</sup> Den psykiatriska vård som bedrivs vid LVM-hemmen och de särskilda ungdomshemmen är att betrakta som öppenvård och är frivillig för den enskilde. Sluten tvångsvård enligt LPT får inte bedrivas vid ett särskilt ungdomshem.

Under åren 2003–2005 bedrev SKL och SiS ett gemensamt projekt som syftade till att göra en genomlysning av hinder för samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen och landstingets barn- och ungdomspsykiatri. Några av förslagen till hur samverkan kunde förbättras var att teckna samverkansavtal och tillämpa Riksavtalet för utomlänsvård för att möjliggöra finansiering av psykiatrisk vård för ungdomar som placerats i ett särskilt ungdomshem utanför sitt eget landsting.<sup>81</sup>

Efter förslag från Nationell psykiatrisamordning har Riksavtalet för utomlänsvård setts över. Riksavtalet anger nu att den som vistas inom vårdlandstinget till följd av vård med stöd av bl.a. LVU inte ska sändas hem för vård till sitt hemlandsting och att vårdlandstinget inte behöver ta kontakt med hemlandstinget när patienten vårdas. Det är vårdlandstinget som i dessa fall bedömer patientens behov av vård och patientens hemlandsting har att acceptera denna bedömning. Vårdlandstinget ersätts för sina kostnader i enlighet med Riksavtalet från patientens hemlandsting, som har betalningsansvaret.<sup>82</sup>

SiS har i en skrivelse till utredningen framfört att det fortfarande finns grundläggande problem i kontakterna mellan de särskilda ungdomshemmen och den psykiatriska vården. Även om situationen förbättrats på många ungdomshem rapporterar institutionschefer om svårigheter att få akut hjälp från psykiatrin, t.ex. vid psykoser, allvarligt självskadebeteende eller suicidförsök. Trots de regler som införts i Riksavtalet för utomlänsvård förekommer det att ungdomar som tas in för psykiatrisk slutenvård överförs till hemlandstinget för att få vård. Vid avskiljning av ungdomar under 15 år ska läkare konsulteras och göra en bedömning (15 c § LVU). Det är inte ovanligt att institutionschefer rapporterar om svårigheter att få tag på läkare i avskiljningssituationerna.

I skrivelsen konstaterar SiS att det tidigare samverkansprojektet tillsammans med SKL visar att samverkan är möjlig och att de strukturer som fungerar i övriga sjukvården också kan användas inom BUP. Trots detta har enbart en knapp tredjedel av SiS ungdomshem samarbetsavtal om psykiatrisk vård. De övriga institutionerna anlitar läkare på konsultbasis, men får inte samma

---

<sup>81</sup> SKL & SiS (2005).

<sup>82</sup> SKL (2010) s. 6 f och 15.

närhet till den psykiatriska öppen- respektive slutenvården som de institutioner som kunnat upprätta avtal.<sup>83</sup>

Utredningen har också tagit del av några tillsynsärenden m.m. där kontakter mellan SiS och hälso- och sjukvården aktualiseras. Ärendena handlar om övervakning av suicidnära patienter inom SiS, problem vid överlämning från vård med stöd av LPT till SiS och situationer där hälso- och sjukvården inte tar emot ungdomar som SiS bedömer har psykisk problematik som kräver sjukvård.<sup>84</sup> Även mer praktiska problem kan utläsas i materialet bl.a. om begränsade och varierande läkarresurser inom BUP och olika vårdutbud vid BUP hos olika huvudmän.<sup>85</sup>

## 15.7 Utvecklingsbehov och utvecklingsarbete

Som framgått har forskning visat på skolresultatens centrala betydelse för hur det går senare i livet för barn och unga och på att placerade barn och unga ofta har bristfällig utbildning. Forskare har dock även urskilt vissa faktorer som kunnat kopplas till förbättrade skolprestationer. Det rör sig bl.a. om kartläggningar av barnens förmågor och förutsättning och en individuell handlingsplan som tas fram i samråd med barnet och andra aktörer. Inte minst tycks det vara angeläget att engagera en specifik person som med hjälp av en strukturerad inlärningsmetod handleder barnet i olika ämnen. Ur barnens perspektiv är det dock viktigt att det stöd som ges utformas på ett så icke-stigmatiserande sätt som möjligt.

Vidare finns det forskning som visar att verkningfullt hälsostöd behöver bestå av bl.a. kontinuerliga och hälsofrämjande hälsokontroller, förekomst av bärkraftiga samverkansteam med hälso- och sjukvård samt att det utses en särskild läkare som över tid är kopplad till det enskilda barnet.

Socialstyrelsen har gjort en systematisk kartläggning av forskningen om insatser till barn som är placerade i familjehem eller HVB. Inom skolområdet indikerar kartläggningen att det finns

---

<sup>83</sup> SiS (2013a).

<sup>84</sup> Socialstyrelsens tillsynsbeslut dnr 9.3.1-31297/2011 och dnr 8.1.2-24036/2013 samt Statens institutionsstyrelsens utredning enligt Lex Sarah, SiS dnr 2.10.3-203-2014:35.

<sup>85</sup> Socialstyrelsens tillsynsbeslut dnr 9.1-30275/2012 och SiS utredning enligt Lex Sarah, Statens institutionsstyrelsens dnr 2.10.3-203-2014:35.

insatser som kan hjälpa placerade barn att lyckas bättre i skolan. Det kan t.ex. handla om att man samordnar insatser och resurser, samverkar med olika parter, handleder barnet och gör individuella kartläggningar av hans eller hennes förutsättningar och förmågor. Det finns en stor brist på utvärderingar av insatser som syftar till att tillgodose placerade barns rätt till hälso- och sjukvård. Av de få utvärderingar som gjorts hade ingen genomförts i Sverige och det är osäkert om resultaten från utländska utvärderingar kan överföras till svenska förhållanden. Samverkansinsatser kan handla om att samordna insatser, resurser och verksamheter. Exempel på sådana insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet är fysisk och psykisk hälsoutredning, kontinuerlig uppföljning av barnets hälsotillstånd, koordinering av olika hälso- och sjukvårdsinsatser och samverkans-team inom hälso- och sjukvården.

Enligt en kunskapsöversikt som Bo Vinnerljung och Tore Andreassen skrivit för Forte är barnens skolprestationer det mest hoppfulla området för förbättringar. Nära nog alla försök inom det området har visat lovande resultat, även om det behövs fler studier för att avgöra vilka effekter som interventionerna kan ge.<sup>86</sup>

### 15.7.1 SkolFam

I Socialstyrelsens kartläggning nämns SkolFam som exempel på en insats för att hjälpa placerade barn att lyckas bättre i skolan. Inom ramen för SkolFam gör specialpedagoger och skolpsykologer en kartläggning av de pedagogiska behoven med hjälp av specialpedagogiska och psykologiska tester. Dessa tester analyseras tillsammans med en socialsekreterare och resultatet återkopplas till skolan, familjehemmet och eleven. Genom testerna lyfter man fram barnens starka och svaga sidor i inläringen. Kunskapsluckorna identifieras och skolan kan ge specifik träning för de aktuella svårigheterna. Arbetet i SkolFam följs upp kontinuerligt och efter två år görs nya tester och en utvärdering. Därefter planerar man och genomför fortsatta insatser.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> Forte (2015) s. 8.

<sup>87</sup> Socialstyrelsen & Skolverket (2013) s. 58 f. med hänvisning till Helsingborgs stad (2009) och Stiftelsen Allmänna Barnhuset & Norrköpings kommun (2012).

Sedan september 2013 finns det en nationell samordnare för SkolFam med uppdraget att få fler kommuner att samverka i nätverk med SkolFam. I dag är arbetsmodellen spridd till 23 kommuner i landet. Det nationella samarbetet kring SkolFam drivs med stöd av Allmänna Barnhuset.<sup>88</sup>

På uppdrag av Socialstyrelsen genomför FORUM – Forskningscentrum för psykosocial hälsa en effektutvärdering av SkolFam med matchad kontrollgrupp. Utvärderingen beräknas vara klar sommaren 2015.

### 15.7.2 Regionala utvecklingsledare

Sedan 2011 pågår ett utvecklingsarbete i landet inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKL om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område. Denna satsning handlar om att initiera ett långsiktigt förbättringsarbete kring systematisk uppföljning av barn och unga placerade i familjehem och HVB. Regionala utvecklingsledare stödjer och samordnar bl.a. arbete kring placerade barns hälsa och utbildning. På den punkten handlar arbetet främst om uppföljningar av länens överenskommelser om läkarundersökningar, inklusive tandvård, för placerade barn och unga enligt SoL och LVU. Ett annat område som utvecklingsledarna arbetar med handlar om ökad samverkan med hälso- och sjukvården och skolan. Inom ramen för det arbetet ingår samverkan för att förebygga psykisk ohälsa och att utveckla samordnade individuella planer (SIP).<sup>89</sup>

## 15.8 Utredningens överväganden och förslag

### 15.8.1 Inledande överväganden

Samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola är centralt för att barn och unga som är placerade i familjehem och vid HVB ska få en samlad vård och ett samlat stöd utifrån sina

---

<sup>88</sup> Information på SkolFams webbplats ([www.skolfam.se](http://www.skolfam.se)).

<sup>89</sup> Information på SKL:s webbplats ([www.skl.se](http://www.skl.se)).



erfarenheter och behov. Av utredningens förslag i kapitel 5 till krav på vården för barn och unga i den nya LVU framgår att vården ska bedrivas i samverkan med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Utredningen vill peka på vikten av samverkan i förhållande till artikel 24 och 28 i barnkonventionen. Där erkänner konventionsstaterna barns rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering samt barnets rätt till utbildning.

Under flera år har uppmärksamheten varit stor inom socialtjänsten på behovet av åtgärder för att förbättra de placerade barnens skolgång och hälsa. Det har resulterat i vissa positiva förändringar som beskrivits i detta kapitel. Fortsatt arbete med utveckling och uppföljning av resultaten behövs dock för att samverkan ska fungera för varje barn eller ung person i samhällsvård – inför en placering, under vårdens genomförande, i utslussningskedet och sedan vården har upphört.

Det finns ett regelverk som påbjuder samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola kring målgruppen placerade barn och unga, t.ex. när det gäller skyldighet att samverka om barn som far illa och om individuella planer. För framgångsrik samverkan krävs dock även tydliga strukturer på regional och lokal nivå, stöd av ledningsnivån och kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

Brister i placerade barns utbildning, är som framgått ovan, ett av de allvarigaste och mest väldokumenterade problemen när det gäller situationen för barn och unga i samhällsvård. Utredningen vill framhålla vikten av att samverka om placerade barns utbildning utvecklas, fördjupas och följs upp. Placerade barns skolprestationer är, som Forte konstaterar i en kunskapsöversikt, det kanske mest hoppfulla området när det gäller insatser för att förbättra situationen för placerade barn och unga.<sup>90</sup> Utredningen konstaterar att skollagen nu ger förutsättningar för att placerade barn ska få det stöd de behöver i skolsituationen. Flera lagändringar i syfte att säkerställa att elever som vistas i ett HVB ska få undervisning inom skolväsendet träder dessutom i kraft den 1 juli 2015.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Forte (2015) s. 9.

<sup>91</sup> Prop. 2014/15:43.

Utredningen har uppmärksammat på att det, trots olika åtgärder, alltjämt finns en bristande samordning på nationell nivå i frågor som rör barn och unga. Arbetet är fördelat på många aktörer. Under senare år har dock arbetet på nationell nivå i större utsträckning länkats samman genom olika regeringsuppdrag. Exempelvis har de regionala utvecklingsledarna, som finansieras av staten, haft i uppgift att föra ut den vägledning som Socialstyrelsen tagit fram om placerade barns hälsa och skolgång. En annan vägledning som Socialstyrelsen gett ut om samverkan om barn med behov av insatser från flera aktörer har också varit utgångspunkt för kunskapsstödjande insatser inom ramen för det regeringsuppdrag som fem statliga myndigheter har att samordna kunskapsstyrningen inom området psykisk ohälsa. På webbplatsen kunskapsguiden.se har interaktivt stödmaterial, en film med goda exempel och information om lagbestämmelser publicerats på en ny tema-sida.<sup>92</sup> Samverkansfrågor har också berörts i Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma vägledning för elevhälsan.<sup>93</sup>

Det är viktigt att den nationella samordningen fortsätter att utvecklas och leder till ett stöd för huvudmän, verksamheter, professioner och andra berörda. Det kan ske exempelvis i arbetet med den statliga kunskapsstyrningen inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, men det behöver också ske i former och sammanhang som inbegriper de statliga myndigheterna inom skolområdet. Även i fortsättningen behövs dessutom regionala lösningar för dialog om och implementering av material som tas fram på nationell nivå. Inom den sociala barn- och ungdomsvården har de regionala utvecklingsledarna i dag en viktig sådan funktion.

### 15.8.2 Överenskommelser och samarbetsavtal i fråga om placerade barn och unga

**Utredningens förslag:** I SoL och HSL införs likalydande bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete i fråga om vård utanför det egna hemmet för barn och unga enligt SoL och den nya LVU.

<sup>92</sup> Socialstyrelsen (2015f) s. 19 f.

<sup>93</sup> Socialstyrelsen & Skolverket (2014) s. 78 ff.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

**Utredningens bedömning:** Formerna för samverkan mellan landstingen och SiS särskilda ungdomshem bör särskilt uppmärksammas i anslutning till arbetet med de överenskommelser som kommuner och landsting föreslås bli skyldiga att ingå om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL och den nya LVU.

### Nya bestämmelser om överenskommelser mellan kommuner och landsting

Utredningen anser att det finns behov av ytterligare åtgärder för att stärka placerade barns tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser och föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen införs bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete med varandra i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL och LVU.

De problem som ledde fram till dagens krav på överenskommelser om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar olika medel finns även när det gäller socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för barn och unga i samhällsvård. Till följd av oklara ansvarsförhållanden riskerar placerade barn och unga att inte få del av gemensamma insatser för utredning, vård och behandling från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Lokala överenskommelser mellan kommun och landsting kan, precis som när det gäller personer med psykisk ohälsa eller missbruk av olika medel, reda ut formerna för hur barns och ungas behov av integrerade insatser ska mötas liksom formerna för att överbrygga oklara ansvarsgränser. Delar av gruppen placerade barn och unga omfattas redan av nuvarande krav på överenskommelser, men långt ifrån hela gruppen.

En skyldighet i lag att ingå överenskommelser tydliggör huvudmännens ansvar inom området, utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas.

Det kan därför sägas vara en styrform som väl balanserar kravet på att medborgarna ska garanteras strukturer som gör att deras behov av helhetslösningar kan tillgodoses, mot vikten av att vården och stödet utformas utifrån de lokala och regionala förutsättningarna.

Eftersom samhället vid placering av ett barn eller en ung person tar på sig ett ansvar för att tillgodose barnets eller den unges behov inom olika livsområden är det viktigt att det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. En skyldighet att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL och LVU. För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för barnen och de unga, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning, krävs att de behandlar gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper. På så sätt kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för medborgarna och för verksamheternas ekonomi.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att likalydande bestämmelser införs i SoL och HSL om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete i fråga om vård utanför det egna hemmet för barn och unga enligt SoL och den nya LVU. Kravet avser överenskommelser om samarbete såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att den avslutas.

Det finns, som framgår av kapitel 9, flera frågor under själva utredningen av barnets eller den unges behov av en placering som kan kräva samarbete mellan kommuner och landsting och behöva tas upp i överenskommelser. Det kan gälla socialnämndens tillgång till konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens och tvärprofessionell kompetens för att bedöma barnets behov av vård med stöd av SoL eller LVU. Det kan också gälla rutiner och kontakter kring de hälsoundersökningar som utredningen i kapitel 9 föreslår att landstingen ska bli skyldiga att, på socialnämndens begäran, erbjuda barn och unga en hälsoundersökning i anslutning till att en placering i familjehem eller HVB inleds. Formerna för samverkan om de behov av hälso- och sjukvård och tandvård som

framkommer vid hälsoundersökningarna kan också vara frågor att ta upp i överenskommelser mellan kommuner och landsting.

Som framgår av kapitel 18 finns det även flera frågor inför vårdens avslutande som kan kräva samarbete mellan huvudmännen och därför behöva uppmärksammas i överenskommelserna.

Utredningen föreslår att de nya bestämmelserna i SoL och LVU utformas på ett motsvarande sätt som de bestämmelser om överenskommelser som i dag gäller samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning i 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL och personer som missbrukar olika medel i 8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL. Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas i enskild verksamhet som kommuner och landsting har slutit avtal med i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL.

De nuvarande bestämmelserna om överenskommelser om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar olika medel omfattar krav på att organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet, om det är möjligt. Utredningen föreslår att ett motsvarande krav införs i bestämmelserna om överenskommelser om ett samarbete i fråga om vård utanför det egna hemmet för barn och unga enligt SoL och den nya LVU. Som organisationer bör i detta fall även kunna räknas nätverk eller mer tillfälliga former som hålls samman av exempelvis organisationer inom barnrättsområdet eller lokala barnombudsmän.

Huvudmännens erfarenheter av att ingå överenskommelser om samarbete om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar olika medel kan vara värdefulla att ta till vara. I lämpliga delar skulle de olika överenskommelserna kunna samordnas.

Utöver den statliga tillsynen kan det finnas skäl för regeringen att senare följa upp erfarenheter och resultat av krav på överenskommelser om samarbete mellan kommuner och landsting i fråga om placerade barn och unga. En sådan uppföljning kan ingå i det system för uppföljning inom området som utredningen föreslår i kapitel 19. Det kan också finnas skäl för regeringen att i ett senare skede samlat bedöma erfarenheter av överenskommelser mellan kommuner och landsting inom olika områden. En särskild uppföljning av kravet på överenskommelser om samarbete i fråga om personer

som missbrukar olika medel aviserades av regeringen i samband med införandet av detta krav.<sup>94</sup>

### **Fortsatt arbete med samarbetsavtal mellan landsting och SiS särskilda ungdomshem**

Barn och unga som vårdas vid SiS särskilda ungdomshem har i hög grad behov av hälso- och sjukvård för psykisk ohälsa och andra hälsoproblem. Enligt 3 kap. 6 § SoF ska de särskilda ungdomshemmen ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

Det finns sedan flera år en modell som kan användas för samverkan mellan SiS särskilda ungdomshem och landsting. Trots att det finns positiva erfarenheter av arbetet med den modellen har bara knappt en tredjedel av SiS särskilda ungdomshem samarbetsavtal om psykiatrisk vård. De övriga institutionerna anlitar läkare på konsultbasis, vilket enligt SiS bedömning innebär problem med närhet och kontinuitet. Tidigare har Nationell psykiatrisamordning ansett att sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose behovet av psykiatrisk vård för de personer som är placerade på SiS-institution bör konkretiseras i lokala riktlinjer för samarbetet mellan psykiatrin och de aktuella SiS-institutionerna inom upptagningsområdet.

Utredningens uppfattning är att samarbetsavtal eller andra väl fungerande samarbetslösningar bör finnas i alla landsting där SiS särskilda ungdomshem är lokaliserade. Det får inte råda osäkerhet om förutsättningarna för de barn och unga som är placerade på de särskilda ungdomshemmen att få sina samlade behov av vård och stöd tillgodosedda. De beteendeproblem som ligger till grund för placeringen är ofta förenade med psykisk ohälsa som också kräver tillgång till hälso- och sjukvård. Utredningen vill framhålla att de överenskommelser som kommuner och landsting föreslås bli skyldiga att ingå också bör innefatta samverkan med SiS särskilda ungdomshem samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen bör ske. Regeringen har tidigare pekat på den möjligheten vid överenskommelser som vård- och stödinsatser för människor som

---

<sup>94</sup> Prop. 2012/13:77 s. 23.

missbrukar beroendeframkallande medel 8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL.<sup>95</sup>

I vilken utsträckning som kravet på överenskommelser mellan kommuner och landsting bidrar till tydliga samarbetsformer mellan SiS särskilda ungdomshem och landsting bör därför särskilt uppmärksammas av regeringen vid uppföljningar av hur överenskommelserna utformas och tillämpas i praktiken.

### 15.8.3 Ansvarsfördelning och tvärprofessionell samverkan vid psykisk ohälsa

**Utredningens förslag:** Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att ta fram ett vägledande kunskapsstöd till huvudmän och verksamheter om ansvarsfördelningen om vård och stöd vid psykisk ohälsa hos barn och unga i samhällsvård.

**Utredningens bedömning:** Regeringen bör överväga att, inom ramen för fortsatta statliga satsningar inom området psykisk ohälsa, avsätta särskilda medel för utveckling av tvärprofessionell samverkan mellan huvudmän i fråga om verksamheter som möter placerade barn och unga med psykisk ohälsa.

#### Vägledning om ansvarsfördelning

Utredningen har under sitt arbete kunnat konstatera att samverkan i dag är särskilt komplicerad vid psykisk ohälsa hos barn och unga i samhällsvård. Problemen är flera. Det finns oklarheter om vad som avses med psykisk ohälsa, vilken typ av vård som behövs vid olika former av psykisk ohälsa och vem som ska ge den vård som behövs. Barn och unga uppfattar själva att myndigheter är osäkra på ansvaret för deras vård och inte ger dem ett samlat stöd för både psykiska och sociala behov.

Alla former av psykisk ohälsa kräver inte specialiserad psykiatrisk vård. I vissa fall kan sociala behandlingsinsatser och psykologiskt stöd via exempelvis socialtjänsten, elevhälsan, ungdomsmottagningen eller

---

<sup>95</sup> Prop. 2012/13:77 s. 17.

ett HVB vara mest relevant och tillräckligt. I andra fall kan kontakt med barn- och ungdomshabilitering eller barn- och ungdomsmedicinsk klinik ge den bästa vården. Beroende på hur hälso- och sjukvården är organiserad hos respektive huvudman kan även primärvården svara för det stöd som barnet eller den unge behöver vid psykisk ohälsa.

Den specialiserade psykiatrin, särskilt BUP, har dock en central roll i vården för många barn och unga i samhällsvård med sammansatta och svåra problem med den psykiska hälsan. Kontakterna med psykiatrin varierar dock. En orsak till det är att den specialiserade psykiatrins uppdrag och organisation varierar mellan huvudmännen. En annan orsak är att HVB har olika former av samverkan med hälso- och sjukvården och olika former av medicinsk kompetens knuten till sig. Till det kommer risker för att behov av psykiatrisk vård inte uppmärksammas och utreds hos placerade barn och unga.

Dessa frågor har tagits upp i flera utredningar och i många andra sammanhang. Under de senaste åren har ett viktigt arbete med att utveckla tillgången till vård och stöd för barn och unga med tecken på psykisk ohälsa bedrivits genom SKL:s Modellområdesprojekt och Psyknprojekt. Andra viktiga insatser har varit arbetet för en förstärkt elevhälsa och de olika arbeten som statliga myndigheter bedrivit när det gäller kunskapsöversikter och utvärderingar av metoder och arbetssätt.

Placerade barn och unga har varit en grupp som i viss utsträckning uppmärksammats i dessa sammanhang. Genom att en stor del av utvecklingsarbetet avsett tidig upptäckt och tidigt stöd vid tecken på psykisk ohälsa har det i praktiken mera riktats mot generella frågor om förebyggande arbete, utformningen av en "första linje" för tidig upptäckt och tidigt stöd och ökad kunskap inom skolan om vanliga former av psykisk ohälsa. Dessa insatser är givetvis viktiga också för barn i samhällsvård, och det kan ha avgörande betydelse också för många av dessa barn att samhällets generella former av stöd och vård är enkelt tillgängliga och ändamålsenliga för att möta deras behov.

Ändå kvarstår många frågor om hur ansvaret för olika insatser vid svårare psykisk ohälsa ska beskrivas och fördelas för att barn och unga i samhällsvård ska tillförsäkras alla de former av stöd och vård som de behöver. Någon enhetlig lösning för detta i lag-



stiftningen är svår att se. Behoven är ofta komplexa och samhällets insatser måste kunna vara flexibla nog att möta dem.

För att säkerställa kvalitet och likvärdighet i dessa lösningar föreslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram ett vägledande kunskapsstöd till huvudmän och berörda verksamheter om ansvarsfördelningen om vård och stöd vid psykisk ohälsa hos barn och unga i samhällsvård. Kunskapsstödet bör tas fram och utformas så att det leder till ökad tydlighet om vad som är respektive huvudmans, verksamhets och professions ansvar inom området. Därmed bör också förutsättningarna för en väl fungerande samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professionella förbättras. Kunskapsstödet bör inriktas på att beskriva bl.a.

- vilka insatser som är relevanta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet vid svårare psykisk ohälsa hos placerade barn och unga,
- vilken kompetens som behövs för att genomföra dessa insatser,
- vilken kompetens som i övrigt kan behövas, och
- vilka erfarenheter som finns från tidigare överenskommelser och samverkansformer inom området.

Kunskapsstödet ska bl.a. kunna användas vid arbetet med de regionala och lokala samverkansöverenskommelser som utredningen föreslår att kommuner och landsting ska vara skyldiga att ingå om sina insatser för barn och unga i samhällsvård. Arbetet med sådana överenskommelser kan också ge ytterligare underlag för kunskapsstödet.

Kunskapsstödet bör tas fram i nära samverkan mellan Socialstyrelsen, huvudmännen och SiS samt företrädare för berörda verksamheter och professioner. En bred representation från socialtjänst – inklusive den del som arbetar med LSS – skola och olika delar av hälso- och sjukvården är angelägen. I arbetet med kunskapsstödet behöver Socialstyrelsen inhämta barns och ungas erfarenheter och synpunkter och använda dessa som en del av underlaget för bedömningar och slutsatser.

En del av underlaget för kunskapsstödet bör redan finnas i andra former av vägledning m.m. som Socialstyrelsen och andra aktörer tagit fram under senare år. Det viktigaste är att strukturera och utveckla underlaget utifrån de konkreta samverkansfrågor som finns när det gäller barn och unga i samhällsvård.

## Utveckling av tvärprofessionell samverkan

Staten gör sedan flera år särskilda satsningar inom området psykisk ohälsa. Genom dessa satsningar vill staten markera att området måste prioriteras av alla berörda aktörer. Sedan 2012 pågår den s.k. Prio-satsningen i samarbete med kommuner och landsting. En viktig del av den är de överenskommelser som årligen slutits mellan staten och SKL. Överenskommelserna innehåller stimulansmedel för att stödja huvudmännen att åstadkomma en förbättrad och tillgänglig vård och omsorg.

Som framgår av detta kapitel finns det ett stort behov av tvärprofessionellt arbete i samband med en placering. Det behovet gäller inte minst för den stora grupp barn och unga som är placerade och har psykisk ohälsa. I kapitel 9 behandlades behovet av tvärprofessionell samverkan under utredningen av ett barns behov av skydd och vård. Behovet av sådan samverkan mellan professioner är stort även efter att en placering beslutats och påbörjats för den stora grupp placerade barn och unga som har psykisk ohälsa.

Utredningen bedömer att regeringen bör överväga att, inom ramen för fortsatta statliga satsningar inom området psykisk ohälsa, avsätta särskilda medel för utveckling av tvärprofessionella arbetsformer mellan huvudmän och verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa och som vårdas utanför det egna hemmet. Satsningen bör inriktas på utveckling av fungerande former för konkret tvärprofessionell samverkan i dagligt arbete. Resultat och erfarenheter av arbetet bör spridas till andra huvudmän och verksamheter.

### 15.8.4 Fortsatt utveckling av stöd för att stärka skolresultat för placerade barn och unga

**Utredningens bedömning:** Det är angeläget att det nationella stödet till arbetet med att stärka skolresultat för placerade barn och unga kan fortsätta. När resultaten av den pågående effektutvärderingen av SkolFam är klara bör regeringen överväga behovet av fortsatt stöd för att stärka skolresultaten för barn och unga i samhällsvård.

Som framgår av detta kapitel finns det en betydande kunskap om de problem som placerade barn och unga har i skolan och de risker som detta medför i vuxen ålder. Samtidigt har nordiska forskare konstaterat att barnens skolprestationer är det mest hoppfulla området för förbättringar.

Mot den bakgrunden anser utredningen att fortsatt arbete behövs för att stärka skolresultaten för placerade barn och unga. SkolFam är en insats för att hjälpa placerade barn att lyckas bättre i skolan som nu är spridd till drygt tjugo kommuner. Det nationella samarbetet kring SkolFam drivs med stöd av Allmänna Barnhuset och omfattar bl.a. en nationell samordnare.

Utredningen bedömer att det är angeläget att det finns ett fortsatt och långsiktigt nationellt stöd för den typ av arbete som SkolFam utgör. Resultatet från den effektutvärdering av SkolFam som nu genomförs av FORUM – Forskningscentrum för psykosocial på uppdrag av Socialstyrelsen kan ge ytterligare underlag för att bedöma om stödet bör fokuseras på SkolFam eller om det finns skäl att utveckla och sprida kompletterande arbetssätt. När resultaten är klara bör regeringen bedöma behov och möjligheter till statligt stöd för fortsatt nationellt utvecklingsarbete inom området.

Eftersom SkolFam är inriktat på familjehemsplacerade barn kan det också finnas skäl att utveckla andra arbetssätt med inriktning på exempelvis barn och unga i institutionsvård.

### 15.8.5 Samverkan om skollokalerna mellan de särskilda ungdomshemmen och närliggande skolor

**Utredningens bedömning:** SiS och ansvariga skolmyndigheter bör följa om de särskilda ungdomshemmen genom samverkan med närliggande skolor om skollokalerna kan säkerställa förutsättningarna för att barn och unga som är placerade på ungdomshemmen kan uppfylla kriterierna för godkänt betyg i ett ämne eller en kurs.

Den 1 juli 2015 genomförs ändringar i skollagen i syfte att säkerställa att elever som vistas i ett HVB ska få undervisning inom skolväsendet. Dessa ändringar avser inte undervisning för elever vid

särskilda ungdomshem som drivs av SiS. För elever som vistas där ska relevanta bestämmelser i skollagen tillämpas i fråga om den undervisning som SiS anordnar, med undantag för bestämmelser om registerkontroll, lokaler och utrustning.

Regeringen har bedömt att det finns möjligheter för SiS att minska behovet av egna utrustade lokaler genom att inleda samarbete med närliggande skolor för att kunna låna olika specialsalar och att SiS så långt som möjligt ska uppfylla skollagens krav på lokaler. Om denna samverkan inte kommer till stånd eller fungerar väl finns det dock risk för att vissa moment i kurs- eller ämnesplanerna inte kan utföras och att elever t.ex. inte kan göra vissa laborationer och därmed inte uppfylla kriterierna för godkänt betyg i ett ämne eller en kurs. Svårigheter att tillhandahålla lokaler kan särskilt uppstå när ungdomshemmet avser att bedriva utbildning inom gymnasieskolans yrkesprogram.

Utredningen vill framhålla vikten av att SiS samverkan med närliggande skolor fungerar så väl att barn och unga som vårdas på de särskilda ungdomshemmen kan uppfylla kriterierna för godkänt betyg i ett ämne eller en kurs. SiS och ansvariga skolmyndigheter bör därför följa om de särskilda ungdomshemmen genom samverkan med närliggande skolor om skollokaler kan säkerställa förutsättningarna för detta. Särskilt viktigt är det att identifiera eventuella hinder för en väl fungerande samverkan.



## 16 Vårdinnehåll av god kvalitet – med fokus på HVB

### 16.1 Uppdraget

Enligt direktiven ingår det i utredningens uppdrag att i samband med översynen av LVU belysa och analysera hur vårdens innehåll och kvalitet samt uppföljning kan utvecklas, t.ex. avseende rätt till delaktighet, information, god utbildning och hälso- och sjukvård för placerade barn och unga. Vidare ska utredningen bedöma behovet av åtgärder, förutom förändringar i lagstiftningen, som kan bidra till kvalitetsutveckling av den sociala barn- och ungdomsvården, särskilt avseende tvångsvården. Det kan handla om ökad användning av bästa möjliga kunskap och metod- och kunskapsutveckling. På några punkter avser uppdraget både SoL och LVU, bl.a. när det gäller frågor om familjehems- och jourhemsföräldrars lämplighet.

I detta kapitel behandlar utredningen i första hand vissa innehålls- och kvalitetsfrågor inom institutionsvården. Vissa andra frågor om vårdens innehåll berörs i kapitel 13 om långsiktighet och stabilitet i familjehemsvård, kapitel 15 om samverkan och i kapitel 17 om verksamheten vid Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. Frågor om styrning med kunskap och systematisk uppföljning behandlas i kapitel 19.

## 16.2 Vårdens innehåll – ett nyckelområde för vård av god kvalitet

### 16.2.1 Utgångspunkter

För att barnrättsperspektivet ska få genomslag i praktiken måste samhällsvårdens innehåll vara av god kvalitet. I förslaget till ny LVU ingår krav på god kvalitet i vården och på att kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vidare ska vården särskilt vara trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet. Att vården motsvarar dessa krav är en förutsättning för att lagens syfte ska uppnås, dvs. att tillförsäkra barn och unga skydd och en god vård.

Med kvalitet avses här att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Definitionen är densamma som Socialstyrelsen använder i sina föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 (M och S)).

En viktig utgångspunkt för arbetet med innehåll, kvalitet och uppföljning i social barn- och ungdomsvård är inriktningen mot en evidensbaserad praktik. Med en evidensbaserad praktik avses en medveten och systematisk strävan att bygga verksamhet, t.ex. socialtjänst, på bästa möjliga vetenskapliga grund. Det innebär användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser, exempelvis beprövad erfarenhet. Tanken är att personalen ska fatta beslut om lämpliga insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap kombinerad med patientens eller brukarens medverkan och egna erfarenheter. Det är personalens kompetens som utgör grunden för tillämpningen i dialog med den enskilde. Förekomsten av kunskapsstöd och rekommendationer innebär inte att det i alla givna situationer finns svar på hur personalen ska handla, men de ska kunna ge vägledning. Det är alltid den professionelle som i varje enskilt fall i samråd med den enskilde måste göra en sammanvägd bedömning utifrån de sammantagna behov av insatser som patienten eller brukaren har.<sup>1</sup> Samtidigt är kontakten med den som behöver stöd och vård en central del av en evidensbaserad praktik. Det gäller

---

<sup>1</sup> Ds 2014:9 s. 5 & 51 ff och prop. 2014/15:1 Utgiftsområde 9 s. 60 ff.

givetvis också barns rätt att bli hörda och vara delaktiga i barn- och ungdomsvården.

Skillnaderna mellan familjehemsvård och institutionsvård är viktiga att betona när det gäller innehåll och kvalitet. Avsikten med familjehem är inte att de ska vara professionella och bedriva behandling. Socialtjänstens ansvar för och stöd till familjehemsvården bör däremot präglas av professionella bedömningar och beslut. I institutionsvården behöver också föreståndare och personal kunna arbeta professionellt med vården.

### 16.2.2 Innehåll och kvalitet i familjehemsvård

I sitt delbetänkande har utredningen konstaterat att det krävs ett långsiktigt, kontinuerligt och sammanhållet utvecklingsarbete på alla nivåer för att säkra tillgången till en framtida familjehemsvård av tillräcklig omfattning och med god kvalitet. Att familjehemsvården kan leva vidare och utvecklas i takt med tiden, utan att det som är unikt och verksamt går förlorat, är en strategiskt viktig fråga för samhället. Utredningen lämnade bl.a. förslag om hur kvalitetskraven på familjehem och jourhem kan stärkas och hur den statliga tillsynen av socialtjänstens familjehems- och jourhemsverksamhet ska förbättras. Vidare föreslogs att ett nationellt centrum inrättas med uppdrag att stödja och utveckla familjehemsvården med målet att ge förutsättningar för kvalitetsutveckling inom området. Utredningen föreslog dessutom att en nationell aktör bör få i uppdrag att genomföra informationsinsatser till allmänheten om behovet av familjehem och vad familjehemsuppdraget innebär.<sup>2</sup> Dessa förslag bereds inom Regeringskansliet.

I detta kapitel redovisas ingen ytterligare bakgrundsinformation om familjehemsvården. I sina bedömningar och förslag berör utredningen dock även familjehemsvården som en del av den samlade vården.

---

<sup>2</sup> SOU 2014:3 s. 225 ff.



### 16.2.3 Innehåll och kvalitet i institutionsvård

Eftersom frågor om innehåll och kvalitet i institutionsvården bara behandlades relativt kortfattat i utredningens delbetänkande ges en översikt av aktörer, innehåll och resultat inom denna del av samhällsvården i detta kapitel. Även förutsättningarna för styrning och kontroll av institutionsvården beskrivs översiktligt.

Institutionsvårdens inriktning på vård i kollektiva miljöer utmanas i dag av ökade krav på en individualisering av vården, med en helhetssyn på barnets eller den unges samlade vård- och stödbehov. En sådan individualisering kan också kräva en ännu längre driven differentiering och specialisering av vården vid HVB. I detta kapitel uppmärksammas tre grupper av barn och unga där behov av helhetssyn, differentiering och specialisering blivit tydliga under senare år:

- barn och unga med psykisk ohälsa,
- barn och unga med hedersrelaterad problematik, och
- ensamkommande barn.

Utredningen har i sitt delbetänkande (SOU 2014:3) föreslagit nya placeringsformer och en ny beteckning på dagens HVB, hem för omvårdnad och boende (HOB). Förslagen bereds inom Regeringskansliet. I detta kapitel behandlas institutionsvården utifrån gällande regler och de begrepp och termer som används där.

## 16.3 HVB – aktörer, innehåll och resultat

### 16.3.1 Institutionsvård med stöd av SoL och LVU

HVB är en yrkesmässigt bedriven vårdform som tar emot barn och ungdomar – i regel i grupper – för heldygnsvård. Termen HVB är närmast en samlingsbeteckning för en rad olika vård- och boendalternativ som riktar sig till olika målgrupper och med olika ansvariga för verksamheten. SiS särskilda ungdomshemmen ingår i gruppen.

Enligt direktiven ska utredningen i första hand behandla den del av institutionsvården som genomförs med stöd av LVU. Den vården är relativt enkel att beskriva när den ges vid SiS särskilda

ungdomshem, där vård enligt SoL bara förekommer marginellt. I andra delar är det svårt att urskilja tvångsvården i förhållande till annan institutionsvård för barn och unga. Tvångsvården bedrivs ofta på samma institutioner som vård enligt SoL, och många som under en period vårdas med stöd av LVU vårdas före och/eller efter den perioden med stöd av SoL.

Många frågor om innehåll, kvalitet, kontraktsformer och uppföljning av vården är också desamma oavsett om vården ges enligt SoL eller LVU. Som framgår av kapitel 4 finns det emellertid viktiga skillnader när det gäller bl.a. driftsformer och utvecklingen av vårdens omfattning över tid. Institutionsplaceringarna med stöd av SoL har blivit fler de senaste åren, sannolikt till följd av det ökande antalet ensamkommande barn, medan de inte blivit det inom LVU-området. Andelen HVB-vård i privat regi är ungefär lika stor vid placeringar enligt SoL som vid LVU, omkring 50 procent. Däremot spelar vården vid kommunalt drivna HVB en mycket begränsad roll inom LVU-vården, där i stället nästan 40 procent av institutionsplaceringarna görs vid SiS särskilda ungdomshem.

Det är svårt att med dagens statistik beskriva flöden mellan vård med stöd av SoL respektive LVU vid HVB och familjehemsvård. SiS har dock uppgifter som visar att 55 procent av de barn och unga som avslutade vård vid ett särskilt ungdomshem under 2013 skrevs ut till vård i familjehem eller på annat HVB. Andelen, som varit relativt stabil under de senaste tio åren, var något större bland flickor än pojkar. Av barnen och de unga återvände 22 procent till föräldrahemmet efter utskrivning från ett särskilt ungdomshem.

Statistiken ger inte heller någon bild av vårdtiderna på enskilda HVB. Uppgifter från SiS visar att 50 procent av de barn och unga som skrevs ut från särskilda ungdomshem år 2013 hade vårdats där upp till tre månader medan 22 procent hade vårdats tre till sex månader, 19 procent sex till tolv månader och 9 procent mer än tolv månader. Storleksordningen mellan dessa andelar har varit ungefär densamma de senaste åren, men procenttalen har varierat.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> SiS (2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008a, 2010, 2011, 2012e, 2013c, 2014b och 2015a).

### 16.3.2 Ett heterogent fält med stark privatisering och en viktig statlig aktör

Variationen mellan olika HVB är stor, från storskaliga hem med plats för över tjugo barn till tidigare familjehem som förändrat sin verksamhet och bildat bolag. I genomsnitt tar hemmen emot ungefär sju till åtta barn samtidigt, ett antal som är något högre för HVB för ensamkommande barn.<sup>4</sup> HVB-vårdens inriktning och innehåll varierar också. Medan vissa HVB är specialiserade mot exempelvis akutplaceringar, skyddat boende eller utredning av hjälpbehov så bedriver andra mer långsiktiga vårdinsatser. Insatserna kan bestå av lättare stöd i vardagen i form av stödboende eller utslussningslägenhet, men också av behandling med terapeutiska inslag riktade till barn och unga med mer omfattande behov.

Det är oklart hur många HVB för barn och unga som bedriver vård såväl enligt SoL som LVU. Den 1 november 2012 fanns det 762 HVB och 25 SiS-institutioner enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som har i uppgift att bedriva tillsyn av HVB.<sup>5</sup>

Uppgifter om ett större antal HVB finns i det nationella HVB-registret. Det kan bl.a. bero på att registret även omfattar verksamheter som i praktiken inte bedriver vård och därmed inte inspekteras.<sup>6</sup> En sökning på HVB för barn och unga ger drygt 1 000 träffar. Av dessa avser ungefär hälften kommunala HVB (i egen regi eller på entreprenad) och knappt hälften enskild verksamhet. Det går inte att söka i registret utifrån vilka HVB som bedriver eller erbjuder vård med stöd av LVU. Däremot går det att söka efter HVB med olika inriktning bland samtliga institutioner för barn och unga och att få dessa uppdelade på driftsform. De tio vanligaste inriktningarna bland samtliga HVB för barn och unga framgår av tabell 16.1.

---

<sup>4</sup> IVO (2013a) s. 18.

<sup>5</sup> IVO (2014c) s. 15.

<sup>6</sup> IVO, HVB-registret, sökning 2015-02-24 (<http://www.ivo.se/Tillstand-och-register/register/hvb-registret/Sidor/default.aspx>).

**Tabell 16.1 HVB för barn och unga efter inriktning och driftsform.  
Sökträffar i HVB-registret**

Inriktning	Antal sökträffar	Därav enskild verksamhet
Ensamkommande barn	446	123
Beteendeproblem	231	200
Psykosociala problem	175	120
Omsorgsbrist	127	83
Missbruk ungdomar	104	76
Kriminalitet ungdomar	99	69
Neuropsykiatrisk störning	95	85
Psykisk störning	37	29
Missbruk narkotika	15	13
Missbruk alkohol	14	12

*Källa:* IVO, HVB-registret (sökning HVB registret 2015-02-24).

Som framgått ovan svarar privata aktörer för en stor del av HVB-vården, inte minst den vård som ges med stöd av LVU. Utvecklingen har pågått sedan början av 1980-talet. Innan dess drevs i stort sett all institutionsvård av stat och kommun.<sup>7</sup> Utifrån den statistik och de register som finns är det inte möjligt att exakt beskriva hur stor andel av verksamheten som utförs av privata aktörer. Uppgifter som redovisats av Ägarprövningsutredningen pekar dock på att andelen privata aktörer inom HVB-området är stor i jämförelse med andra delar av socialtjänsten som bl.a. hemtjänst och särskilt boende för personer 65 år och äldre. Det gäller både för HVB-vård enligt SoL och LVU.<sup>8</sup> De ideella aktörernas marknadsandelar är små inom den samlade och enskilt drivna HVB-vården. Andelen vinstsyftande aktörer har med tiden kommit att dominera inom området, där större ägarkoncerner har etablerat sig under senare tid.<sup>9</sup>

Som framgått har staten genom SiS en viktig roll vid HVB-vård med stöd av LVU. SiS är en statlig myndighet med 24 särskilda ungdomshem och drygt 600 platser för vård med stöd av LVU, varav nästan en tredjedel är avsatta för flickor.<sup>10</sup> Dessutom har SiS

<sup>7</sup> Lundström T & Sallnäs M (2014) s. 59.

<sup>8</sup> SOU 2015:7 s. 112 ff.

<sup>9</sup> Se David Pålssons artikel i bilaga 5 i detta betänkande med fler referenser.

<sup>10</sup> SiS (2015) s. 20.

en central verksamhet med bl.a. en särskild FoU-avdelning som bedriver forskning inom det egna området.

Under 2014 gjordes 1 311 intagningar av barn och unga vid SiS särskilda ungdomshem, av vilka 397 gällde flickor och 914 pojkar. De inskrivnas medelålder var 16,7 år (16,3 för flickor och 16,9 år för pojkar). Av intagningarna gjordes 96 procent med stöd av LVU och 3 procent med stöd av SoL. 55 procent gjordes akut enligt 6 § LVU medan 36 procent avsåg beteendeproblem enligt 3 § LVU. 5 procent gällde både beteendeproblem enligt 3 § LVU och miljöförhållanden enligt 2 § LVU.<sup>11</sup> Som framgår av tabell 16.2 var kombinationer av beteendeproblem de vanligaste orsakerna till vård.

**Tabell 16.2 Orsak till vård bland inskrivna på SiS särskilda ungdomshem 2014. Andelar i procent**

Orsak	Flickor	Pojkar
Kriminalitet	2	9
Missbruk	6	10
Annat socialt nedbrytande beteende	17	3
Kriminalitet och missbruk	5	20
Kriminalitet och annat socialt nedbrytande beteende	18	19
Missbruk och annat socialt nedbrytande beteende	30	12
Kriminalitet, missbruk och annat socialt nedbrytande beteende	19	24
Orsak inte registrerad	3	3

*Källa:* SiS i korthet 2014.

Kommunernas efterfrågan på vård vid SiS institutioner är stor och trycket på platserna på de särskilda ungdomshemmen starkt. Myndigheten arbetar för att hitta alternativa lösningar för att undvika kösituationer.<sup>12</sup>

Även om SiS är en statlig myndighet så arbetar den på en kvasi-marknad där prissättning, kvalitetsanspråk och andra konkurrensmedel fått växande betydelse. Vad det innebär diskuteras i en artikel av Tommy Lundström och Marie Sallnäs. De drar slutsatsen att sänkt pris och mer attraktiva vårderbjudanden hos SiS kan

<sup>11</sup> SiS (2015a) s. 5 ff.

<sup>12</sup> "Fortsatt hårt tryck på SiS institutioner", Nyhet på SiS webbplats den 2014-12-12 ([www.stat-inst.se/press/nyheter/fortsatt-hart-tryck-pa-sis-institutioner/](http://www.stat-inst.se/press/nyheter/fortsatt-hart-tryck-pa-sis-institutioner/)).

innebära att fler ungdomar placeras i låsbar ungdomsvård i stället för andra HVB. Som exempel tar de erfarenheterna från ett eftervårdsprojekt som SiS bedrev 2006–2008. De kommuner som deltog i projektet fick subventioner på SiS vårdavgifter, vilket bidrog till en kraftig ökning av antalet platser i dessa kommuner och en kraftig förskjutning från placeringar i annan institutionsvård till SiS.<sup>13</sup>

### 16.3.3 Kompetens och behandlingsinnehåll

#### Låg professionaliseringsgrad

HVB-vården omfattar många olika delar, som att sörja för barnens omsorg och behov av mat, boende, fritidsaktiviteter, utbildning och hälsa. Placeringen innefattar också ofta ett mer eller mindre uttalat behandlingsuppdrag vars mål är att barnen genomgår en positiv beteendeförändring. Professionaliseringsgraden är låg inom området och det saknas till stor del samsyn kring hur barnens behov och problem ska förstås.<sup>14</sup> Bland de yrkesverksamma återfinns behandlingsassistenter, beteendevetare, socionomer och psykologer, men också betydande grupper som saknar utbildning mot vård och behandling.

Vid HVB och annan verksamhet som står under IVO:s tillsyn ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten. Det ska också finnas sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet.<sup>15</sup> Ytterligare krav på föreståndare vid HVB finns i 2 kap. 1 § SOSFS 2003:20 om hem för vård eller boende. Där anges att den som förestår verksamheten vid HVB ska ha en adekvat högskoleutbildning och erfarenhet av liknande verksamhet och vitsordad personlig lämplighet. Personen ska också ha tillräcklig kunskap och kompetens för att bl.a. kunna ansvara för att arbetet organiseras så att den enskilde tillförsäkras boende, vård och behandling som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet. Av allmänna råd till föreskriften framgår att den utbildning

---

<sup>13</sup> Lundström T & Sallnäs M (2012) s. 241 ff. Se även SiS (2012d) s. 11.

<sup>14</sup> Se bilaga 5 med fler referenser.

<sup>15</sup> 3 kap. 5 § och 4 kap. 4 § socialtjänstförordningen (2001:937, SoF).

som avses i 1 § bör omfatta minst 180 högskolepoäng enligt dagens poängsystem.

HVB som tar emot barn får inte anställa, erbjuda uppdrag eller liknande om inte kontroll först har gjorts av belastningsregister och misstankeregister (1 § lagen [2007:171] om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård eller boende som tar emot barn).

IVO har konstaterat att en dryg tredjedel av de anställda vid HVB endast har gymnasiekompetens och att omkring hälften av alla anställda helt saknar utbildning med inriktning mot vård och behandling för barn och unga. Skillnaderna i utbildningsnivå är försumbara mellan privata och offentliga verksamheter. IVO tolkar i rapporten lämplig utbildning som minst eftergymnasial utbildning – på högskolenivå eller ej – med inriktning mot socialt/pedagogiskt arbete. I ljuset av det konstaterar myndigheten att utbildningsnivån brister och att det saknas enhetlighet i samhällets utbud av lämpliga utbildningsalternativ.<sup>16</sup> IVO anser att det behövs en standardiserad grundutbildning för personal på HVB och även rekommendationer om vilken utbildning som är lämplig för att arbeta med behandling av barn och ungdomar på HVB.<sup>17</sup>

IVO:s beskrivning och analys är generell för HVB oavsett om de bedriver vård enligt SoL eller LVU. Beskrivningen och analysen gäller dock inte SiS särskilda ungdomshem.

Vid de särskilda ungdomshemmen har medarbetarnas kompetens höjts över tid. I dag hör en halv sjukskötersketjänst och en halv psykologtjänst till grundbemanningen på varje avdelning, enligt uppgift från myndigheten. Vid nyrekryteringar kräver SiS att vård- och behandlingspersonal har minst examen från tvåårig eftergymnasial utbildning vid folkhögskola eller yrkeshögskola (KY/YH) med inriktning mot socialt/pedagogiskt behandlingsarbete eller examen från högskola med motsvarande inriktning. Vid omvårdnadsarbete av hälso- och sjukvårdskaraktär kan dessa krav ersättas med yrkesutbildning till undersköterska eller mentalskötare i kombination med flerårig yrkeserfarenhet. SiS har också en egen utbildningsverksamhet.

---

<sup>16</sup> IVO (2013a) s. 9 ff.

<sup>17</sup> IVO (2013) s. 4.

## Splittrat behandlingsinnehåll

Bilden av HVB-vården som splittrad och svagt professionaliserad förstärks av uppgifter om det behandlingsinnehåll som erbjuds där. Aktuella studier visar att det finns en mycket bred spridning – nästan sextio stycken – av mer eller mindre strukturerade metoder, varav merparten knappast kan betecknas som vedertagna, enligt IVO. Samtidigt anger ungefär en tredjedel av HVB-hemmen att de inte har något uttalat behandlingsinnehåll överhuvudtaget. Bland HVB för barn med psykosociala problem använder ungefär hälften någon form av manualbaserad behandlingsinsats, en andel som är något högre för privata vårdgivare. IVO konstaterar att det behövs kunskapsstöd för HVB när det gäller arbetssätt och metoder.<sup>18</sup>

Inte heller IVO:s uppgifter om behandlingsinnehåll gäller SiS särskilda ungdomshem.

De metoder som används i behandlingsarbete på de särskilda ungdomshemmen ska enligt SiS interna riktlinjer vara kunskapsbaserade, det vill säga ha stöd i forskning och vara väl beprövade på relevant målgrupp. Metoderna ska utföras enligt manual eller annan vägledning och de ska utföras av personal med den kompetens som krävs för respektive metod.

SiS har tagit fram riktlinjer för sex av de kunskapsbaserade metoder som används vid ungdomshemmen: Aggression Replacement Training (ART), Återfallsprevention (ÅP), Motiverande samtal (MI), Dialektisk beteendeterapi (DBT), KOMET och Community Reinforcement Approach (CRA). Alla ungdomsinstitutioner arbetar med en eller flera av de metoder som ingår i riktlinjerna. Andra kunskapsbaserade metoder som bedrivs är psykoterapi och Funktionell familjeterapi (FFT). Två institutioner arbetar med MultifunC, ett integrerat helhetsprogram för utredning, behandling och eftervård för ungdomar med allvarlig psykosocial problematik, och tre institutioner med behandlingsprogrammet MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care). Båda dessa program innefattar flera kunskapsbaserade metoder. Utvärdering av programmen pågår i externa forskningsprojekt.

---

<sup>18</sup> IVO (2013a) s. 14 f och 18 ff. Den relativt låga förekomsten av strukturerad behandling kan delvis förklaras av att det finns få dokumenterat effektiva insatser för ungdomar i HVB-vård.



Alla ungdomar som vårdas vid de särskilda ungdomshemmen med stöd av LVU eller SoL ska ha en individuellt upprättad behandlingsplan. Planen ska tas fram inom tio dagar efter att den unge kommit till ungdomshemmet och därefter följas upp kontinuerligt. Av de ungdomar som skrevs ut 2014 uppgav 83 procent av pojkarna och 79 procent av flickorna att de haft en behandlingsplan medan personalen uppgav att 92 procent av ungdomarna som skrevs ut hade haft en behandlingsplan.<sup>19</sup>

### 16.3.4 Institutionsvård som livsmiljö

För barn och unga är HVB under en längre eller kortare tid deras livsmiljö. IVO har utifrån de samtal med barn och unga som görs vid inspektioner av HVB konstaterat att de flesta intervjuade förefaller vara trygga och delaktiga i vården.<sup>20</sup> Av andra studier framgår att ungefär två tredjedelar av barnen och de unga uppger att de är nöjda med sin tillvaro, men också att placerade flickor är nöjda i mindre utsträckning. Bland dem som på olika sätt är missnöjda återkommer bl.a. att personal har negativa förväntningar på dem, att vardagen är kantad av olika slags regler, att personal har lite tid för dem och att de har svårt komma överens med personal.<sup>21</sup> De som bor på SiS särskilda ungdomshem bedömer i lägre grad än barn och unga på HVB att de känner sig trygga i sitt boende. Främst gäller detta i relationen till personalen.<sup>22</sup>

HVB-miljön avviker på flera sätt från andra barns uppväxtmiljö. Några av dess särdrag är att vården är kollektiv, att den är yrkesmässigt organiserad och att den i varierande grad är öppen mot omvärlden.

Att vården är kollektiv ställer krav på både personal och barn. Barnen behöver anpassa sig till ett flertal barn och vuxna, och utrymmet för en privat sfär kan vara begränsat. Personal ska i grupp miljö ge samtliga barn individualiserat stöd, något som kan vara svårt. När det gäller sammansättningen av barn och unga visar

---

<sup>19</sup> SiS (2015) s. 22 ff. En förklaring till skillnaden i svar kan vara att ungdomarna inte hade kunskap om beteckningarna på de planer som efterfrågades.

<sup>20</sup> IVO (2013) s. 34 och 38 samt IVO (2015) s. 16.

<sup>21</sup> Se bilaga 5 med fler referenser.

<sup>22</sup> IVO 2015 s. 17.

forskning att behandling i grupp riskerar att ge upphov till negativa kamrateffekter och mobbning, vilket kan ha konsekvenser för vårdens kvalitet. Samtidigt kan barn och unga ge varandra stöd i en svår situation. Den kollektiva miljön innebär också att barn och unga kan behöva förhålla sig till mer eller mindre institutionaliserade regelverk. Se vidare i kapitel 14 om detta.

HVB-vården kännetecknas vidare av att den är yrkesmässigt bedriven, vilket kan medföra begränsningar för de relationer som kan uppstå mellan personal och unga. När placerade barn och unga själva har tillfrågats har det framgått att de som regel önskar närhet, stöd och omsorg från personal, men också att de ibland saknar just detta. På HVB med behandlande inslag kan ungdomarnas självbilder påverkas av att under större delen av tiden befinna sig i ett behandlingssammanhang. Det finns studier som pekar på att barn föredrar att personal uppfattar dem som tonåringar och skolelever och inte utgår från deras problem.

Även om dagens HVB är väsentligt mer öppna än institutioner för barn och unga varit tidigare så varierar kontakten med omvärlden. Det kan finnas en risk att vården motverkar sitt syfte om barnen och de unga lär sig att anpassa sig till institutionsmiljön, men inte står väl rustade för ett liv i övriga samhället. Tillsynen har konstaterat att de flesta HVB samverkar med närsamhället och att barnen generellt tycks ha en aktiv fritid. Av andra studier framgår emellertid att HVB-placerade barn och unga i mindre utsträckning än familjehemsplacerade barn vistas utanför vårdmiljön och oftare saknar kontakter utanför HVB.

Tillgången till olika välfärdsresurser är lägre för barn och unga som vårdas vid HVB än för barn och unga i familjehemsvård och andra barn och unga. Barn och unga på HVB upplever t.ex. mer sällan att personer i deras direkta närhet stödjer dem eller har tid för dem och uppvisar en lägre grad av psykiskt välbefinnande. De ägnar mer tid åt hushållsarbete och saknar i större utsträckning stöd i skolarbetet. De har färre materiella ägodelar som dator, cykel och mobiltelefon och upplever i högre grad begränsningar när det kommer till användning av internet. Barnen och de unga på HVB uppger också att de oftare får avstå från fritidsaktiviteter av ekonomiska skäl.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Se bilaga 5 med fler referenser.

### 16.3.5 Behandlingsresultat

Enligt en kunskapsöversikt om barn och unga i samhällets vård som Bo Vinnerljung och Tore Andreassen skrivit för Forte är kunskapen om hur HVB fungerar begränsad, både i Sverige och övriga Norden. Det finns inga effektstudier som visar vilka förändringar som beror på vården vid ett HVB, endast ett fåtal mätningar av situationen för de unga efter avslutad placering och ett antal registerstudier. Såväl svenska som norska registerstudier visar att barn klarar sig sämre inom flera områden efter en institutionsvistelse än barn där man har valt andra typer av åtgärder. Det gäller bl.a. långvarigt ekonomiskt bistånd och icke avslutad gymnasieutbildning vid 25 års ålder. De som hade placerats av andra skäl än beteendeproblem hade en bättre situation som vuxna, men båda grupperna klarade sig betydligt sämre än andra unga.

Internationellt sett har forskningsgenomgångar visat att den genomsnittliga effekten av institutionsbehandlingen varit låg, men med relativt stora variationer. Medan vissa institutionsformer gett positiva resultat har andra förstärkt de ungas problem. De generellt dåliga resultaten har lett till en utveckling i många länder där fler barn och unga placeras i annan vård än vid institution. Institutioner framstår ändå alltjämt som en viktig vårdform, särskilt för unga. Forskare har dock konstaterat att det behövs fler belegg för att institutioner ger ett bättre resultat än mindre ingripande alternativ.

Att placera ungdomar med olika problem på samma institution medför en risk för negativ inlärning och smittoeffekt och svårigheter att tillgodose olika behov, enligt Fortes kunskapsöversikt. Generellt sett indikerar forskning att institutionsvård kan vara en lämplig åtgärd för ungdomar med mycket allvarliga beteendeproblem, men skadlig för ungdomar med mindre problem. Det gäller särskilt om barn och unga i de båda grupperna placeras på samma institution. Även bland ungdomar med allvarliga beteendeproblem finns det, enligt internationell forskning, skillnader att beakta. Grupper bör exempelvis skiljas åt beroende på i vilken ålder som problemen börjat. Om barn och unga med beteendeproblem från tidig ålder blandas med unga där problemen uppkommer sent kan det leda till ökade svårigheter i den senare gruppen.

Fortes kunskapsöversikt visar att svårigheterna att upprätthålla förändringar efter avslutad institutionsplacering är ett allvarligt

problem. I internationell forskning har slutsatsen varit att det är låg sannolikhet för att en institutionsvistelse ska lyckas, oberoende av dess längd, om inte riskfaktorer på hemorten som familj, vänner, fritid och skola förändras. Bristande inkludering av föräldrar i behandlingen och utebliven efterbehandling förefaller utgöra de största hindren för att de resultat som uppnåtts ska bestå efter utskrivningen.<sup>24</sup>

Forskning har också visat på några faktorer som är centrala för positiva behandlingsresultat i institutionsvård. Det gäller barnens och de ungas relation till personal och andra ungdomar samt deras skolgång. En del allmänna förutsättningar som kan ligga till grund för bättre behandlingsutfall har också kunnat urskiljas. Dit hör placeringarnas stabilitet, institutionernas involvering av familjerna i behandlingen och om att stävja utvecklingen av negativa ungdomskulturer inom institutioner. HVB-vårdens positiva effekter är också starkt beroende av den stöd och den hjälp som ges barn och unga efter avslutad placering (se vidare i kapitel 18).<sup>25</sup>

## 16.4 Styrning och kontroll

### 16.4.1 Kontraktskultur och kontraktproblem i institutionsvård

Oklarheterna kring innehåll och kvalitet i institutionsvården skapar styrningsproblem och gör det svårt att bedöma såväl målluppfyllelse som resursanvändning. Barn- och ungdomsvården upphandlar i dag tjänster inom HVB-vården inom ramarna för en ny ”kontraktskultur” som omfattar både offentligt och enskilt drivna institutioner. Inte minst har det ökade antalet enskilda utförare inneburit en större variation i utbudet av stöd, vård och behandling, men kunskapen om vad det innebär för barn, unga och professionella är mycket begränsad. Ett större utbud kan ge ökade möjligheter att välja rätt, men det förutsätter överblick av vad som finns att tillgå och möjlighet att värdera insatsernas kvalitet. Det sistnämnda kräver kunskap om verksamheternas innehåll och hur detta ska relateras till priset för vårdinsatserna.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Forte (2015) s. 4 f.

<sup>25</sup> Se bilaga 5 med fler referenser.

<sup>26</sup> Lundström T & Sallnäs M (2014) s. 52 ff.

Frågor om kvalitet och kostnader inom HVB-vården har väckts flera gånger under de senaste åren. Under större delen av 2000-talet har dygnskostnaden per vårdplats i HVB, med hänsyn tagen till inflation, ökat stadigt. Orsakerna till kostnadsökningen är inte helt kända.<sup>27</sup> Det är t.ex. inte klarlagt om det finns ett samband med den omfattande privatiseringen av HVB-vården. Den har dock i sig skapat uppmärksamhet. Kreditupplysningsföretaget UC uppgav hösten 2014 att en granskning visade på vinster mellan 30 och 60 procent hos vissa företag som driver HVB. Bland de tio vinstrikaste vårdföretagen i landet drev sju HVB-verksamheter.<sup>28</sup>

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras. HVB är en av de verksamheter som omfattas av uppdraget. Syftet med utredningen är att säkerställa att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för – och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo – samt att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Den särskilde utredaren ska redovisa vissa delar av uppdraget senast den 1 november 2015 och övriga delar senast den 1 november 2016.<sup>29</sup>

I en rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) sammanfattar nationalekonomen Erik Lindqvist några orsaker till osäkerhet bland huvudmännen om hur de offentliga resurserna ska kunna användas effektivt för att säkerställa en god vård för barn och unga på HVB. Lindqvist uppmärksammar fyra kontraktsproblem såväl vid vård enligt SoL som vid vård med stöd av LVU:

1. Det är svårt att mäta och skriva kontrakt om kvalitet inom institutionsvården.
2. Efter att vården vid ett HVB pågått en tid vet personalen på institutionen mer än socialtjänsten om ungdomarnas vårdbehov.

---

<sup>27</sup> Se bilaga 5 med fler referenser.

<sup>28</sup> Dagens Industri den 19 november 2014.

<sup>29</sup> Dir. 2015:22.

3. Socialtjänsten har svaga incitament att planera och följa upp vården.
4. Det finns en fundamental osäkerhet kring vilken typ av vård som passar vilka ungdomar, och det är ofta oklart exakt vilken typ av vård man bör avtala om.<sup>30</sup>

Lindqvist pekar på att den information som i dag är tillgänglig inte räcker för att hantera dessa problem. Dels handlar det om bristande sammanhang, t.ex. att information hos Socialstyrelsen om vårdtid inte är kopplad till enskilda HVB. Dels handlar det om att nya typer av mått på kvalitet hos respektive HVB skulle behövas, bl.a. socialtjänstens och de placerade ungdomarnas bedömning av vårdens kvalitet, frekvensen av vårdsammanbrott samt ungdomarnas utfall efter avslutad placering. Med information om planerad och faktisk vårdtid för samtliga placerade ungdomar skulle det exempelvis bli möjligt att identifiera HVB som systematiskt har långa vårdtider.

För att förbättra underlaget föreslår Lindqvist ett nytt register över institutionsvården (se vidare i kapitel 19).

#### 16.4.2 Tillstånd, tillsyn och annan kontroll av HVB

Samtidigt som frågor uppkommit om vad det ökade utbudet av privata aktörer inneburit inom institutionsvården har den statliga kontrollen av HVB-verksamheten ökat. Sedan den 1 juni 2013 har IVO ansvar för tillståndsgivning och tillsyn inom området.

Enligt SoL får ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ inte utan tillstånd av IVO yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av bl.a. HVB. Tillstånd enligt SoL får endast beviljas om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet (7 kap. 2 § SoL). I förarbetena till bestämmelsen utvecklas vad kravet på god kvalitet och säkerhet innebär.<sup>31</sup> Här anges bl.a. att den som förestår verksamheten bör ha en lämplig utbildning. Dessutom krävs att personen har tidigare erfarenhet av liknande verksamhet, liksom vitsordad personlig lämplighet. I lämplighetsprövningen bör enligt förarbetena också ingå en s.k.

---

<sup>30</sup> Lindqvist E (2014) s. 31 ff.

<sup>31</sup> Prop. 1996/97:124 s. 147.

vandelprövning av personerna bakom det enskilda rättssubjektet som ansöker om tillstånd. Om verksamheten ändras eller flyttas helt eller till väsentlig del ska nytt tillstånd sökas.

I socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) anges vad en ansökan om tillstånd att bedriva verksamhet i form av bl.a. HVB ska innehålla. Det handlar bl.a. om vilken verksamhet som ska bedrivas och hur den ska finansieras (4 kap. 1 § SoF). Socialstyrelsen har för HVB beslutat föreskrifter som ytterligare anger vad en ansökan ska innehålla.<sup>32</sup> I ärenden om tillstånd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och SoL har IVO rätt att begära ut uppgifter ur belastningsregistret. IVO ska utfärda ett skriftligt bevis när tillstånd har meddelats och tillståndet får inte överlåtas. Tillstånd enligt SoL gäller tills vidare (4 kap. 3 § SoF). Den som utan tillstånd uppsåtligen eller av oaktsamhet yrkesmässigt bedriver verksamhet som är tillståndspliktig enligt SoL döms till böter (16 kap. 6 § SoL och 28 § LSS).

Kommuner som driver HVB ska anmäla det till (IVO). Detsamma gäller om ett landsting bedriver sådan verksamhet.

Tillsyn enligt SoL innebär en granskning av att verksamheten uppfyller de krav och mål som formulerats i lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (13 kap. 2 § SoL). Syftet med IVO:s tillsyn utvecklas i 2 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg. Där anges att syftet är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Inspektion av HVB som tar emot barn och unga ska göras minst två gånger per år, varav åtminstone en ska vara oanmäld (3 kap. 19 § SoF). Ett tillsynsärende hos IVO kan också inledas genom att privatpersoner anmäler missförhållanden i verksamheten eller vid en s.k. lex Sarah anmälan. IVO får förelägga den som ansvarar för verksamheten att avhjälpa missförhållanden som har betydelse för enskildas möjlighet att kunna få de insatser de har rätt till (13 kap. 8 § SoL och 26 f § LSS).

I tillsynsarbetet använder IVO nationella bedömningskriterier. Sådana kriterier finns för bl.a. tillsyn av ledningssystem för kvalitet och de särskilda befogenheterna vid SiS särskilda ungdomshem.

---

<sup>32</sup> SOSFS 2003:20.

Ägarprövningsutredningen har föreslagit att det vid IVO:s tillståndsprövning ska ställas krav på insikt, erfarenhet och lämplighet för att beviljas godkännande eller tillstånd att bedriva verksamhet enligt bl.a. SoL. Utredningen har också föreslagit att den som ansöker om godkännande eller tillstånd enligt bl.a. SoL ska visa att den har ekonomiska förutsättningar att bedriva en långsiktig verksamhet. Kraven på insikt, erfarenhet och lämplighet samt ekonomiska förutsättningar för en långsiktig verksamhet ska gälla fortlöpande, dvs. även efter det att tillstånd eller godkännande beviljats. Det ska ingå i tillsynsmyndighetens ansvar att följa upp att tillståndshavare uppfyller kraven. Godkännande eller tillstånd att bedriva verksamhet enligt bl.a. SoL och LSS ska kunna återkallas om det framkommer att tillståndshavaren inte längre uppfyller de nya kraven på insikt, erfarenhet och lämplighet. Detsamma gäller om tillståndshavaren inte längre har ekonomiska förutsättningar att bedriva verksamheten långsiktigt.<sup>33</sup>

Vad den ökade kontrollen innebär för dygnsvården har diskuterats inom forskningen. Studier från främst andra länder och andra områden visar på risker för att kontrollen inriktas på det som är förhållandevis enkelt att mäta snarare än det som bör mätas, inom det sociala området administrativa data. Risker för att kvalitet likställs med dokumentation har också framkommit.<sup>34</sup>

I rapporten till ESO om kontraktproblem i institutionsvård konstaterar Erik Lindqvist att det finns indikationer på att privata HVB har lika bra – eller bättre – kvalitet än offentliga HVB. Det finns dock olika tolkningar av detta resultat, enligt Lindqvist. En tolkning är att privata HVB faktiskt har bättre kvalitet. En alternativ tolkning är dock att privata HVB har högre måluppfyllelse avseende just de faktorer som fångas upp av tillsynen och vid upphandling, men inte nödvändigtvis vad gäller andra, mer svåråtgörbara faktorer.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> SOU 2015:7 s. 223 ff.

<sup>34</sup> Lundström T & Sallnäs M (2014) s. 61.

<sup>35</sup> Lindqvist E (2014) s. 41.



## 16.5 Institutionsvård med stöd av LVU för barn och unga med psykisk ohälsa

Barn och unga med psykisk ohälsa är en grupp vars behov av stöd och vård berör flera lagar och verksamheter. Vilken roll som institutionsvård med stöd av LVU ska ha i det sammanhanget har varit en återkommande fråga i statliga utredningar och andra analyser sedan åtminstone slutet av 1980-talet. Problembilderna har formulerats på olika sätt, utifrån de kunskaper om beteenden, diagnoser och funktionsnedsättningar som varit tillgängliga vid respektive tillfälle.

I stort sett har dock lagstiftningen varit densamma sedan början av 1990-talet. Mycket har dock hänt i de sammanhang där den ska tillämpas. Kunskapsutvecklingen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har varit snabb och alltför barn och unga har fått diagnoser som var relativt lite kända när dagens LVU tillkom. Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri har tagit fram ett vårdprogram för bedömning och behandling vid trotsyndrom och uppförandestörning inom barn- och ungdomspsykiatri.<sup>36</sup> Det har också blivit tydligare att barn och unga med autismspektrumtillstånd så långt som möjligt ska få sina stödbehov tillgodosedda inom ramen för familjen och den vanliga skolverksamheten, utan de institutionslösningar som fanns tidigare och särskilda skolformer.<sup>37</sup> Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har gått mot allt färre heldygnsplatser för barn- och ungdomspsykiatrisk vård, och de heldygnsplatser som finns är oftast avsedda för kortare vårdinsatser.

Sammantaget har behovet av samlade former för stöd och vård ökat liksom behovet av kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa inom HVB-vården.

I kapitel 15 refererades erfarenheter och rekommendationer från barn med erfarenheter av vård på SiS särskilda ungdomshem och psykiatrisk vård, bl.a. med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Vid samtal som Barnombudsmannen (BO) fört med dessa barn har de efterfrågat en vård som är en

---

<sup>36</sup> Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri (2011).

<sup>37</sup> Om avinstitutionalisering och avveckling av tvångsmedel, se prop. 1984/85:176 s. 49 ff; prop. 1992/93:159 s. 42 ff, 49 ff och 110 ff; prop. 1996/97:156 samt lagen (1997:424) om avveckling av specialsjukhus och vårdhem. Om skolan, se 11 kap. 2 § skollagen, 18 kap. 2 § skollagen och 29 kap. 8 § skollagen.

blandning av socialtjänst och psykiatrisk vård. I en sådan vårdform skulle alla insatser vara integrerade. Barnet skulle ses som en helhet och kunna få tala om och få hjälp med allt det som är jobbigt, både hur det är hemma och de egna problemen.

Enligt den översikt av samtalen som BO gett utredningen vet barnen ofta inte varför de är intagna respektive placerade med stöd av LPT eller LVU och inte vad som förväntas av dem för att bli utskrivna. Däremot märker de att ansvaret för dem bollas runt och att ingen är beredd att möta deras samlade behov. Inte minst märker barnen att socialtjänsten har svårigheter att klara en sammansatt problematik med psykiatriska inslag. De berättar att de inte får behandling för ångest på HVB och att vården känns som förvaring. Även inom psykiatrin upplever barnen att de bara ”sitter av” vårdtiden. De går inte i skolan och utövar inte någon fritidsaktivitet. I stället förväntas de fokusera på att komma tillrätta med sitt beteende.

Barnens erfarenhet är också att hjälpen från barn- och ungdomspsykiatrin inte kommer förrän det har gått väldigt långt i form av t.ex. ett självmordsförsök eller allvarliga ätstörningar.

### 16.5.1 Psykisk ohälsa i förhållande till dagens LVU

Psykisk ohälsa har länge hört till den beteendeproblematik som kunnat leda till omhändertaganden med tvång. Detta var dock inte uttalat när LVU först infördes 1980, trots att hälsobegreppet fick en viktig roll i den lagen. Det individperspektiv som kom till uttryck i lagen innebar att beslut om tvångsvård för barn och unga primärt bara fick grundas på fara för den unges egen hälsa och utveckling.<sup>38</sup> Vad hälsa betyder i detta sammanhang kommenterades inte i förarbetena, men lagens betoning på socialt relaterade miljöförhållanden och beteenden innebar en avgränsning i förhållande till hälso- och sjukvårdens uppgifter.<sup>39</sup>

Samtidigt som LVU sågs över under 1980-talet började förhållandet mellan lagen och vårdbehov vid psykisk ohälsa eller psykiatriska funktionsnedsättningar uppmärksammas alltmer. I regeringens

---

<sup>38</sup> Prop. 1979/80:1 Del A s. 499 f.

<sup>39</sup> Med hälsa avses i LVU både fysisk och psykisk hälsa medan utveckling innefattar såväl social som känslomässig utveckling, enligt Socialstyrelsen i SOSFS 1997:15 s. 21.

förslag om en reviderad LVU år 1989 refererades uppgifter från Socialstyrelsen om att de traditionella beteendeproblemen blivit mindre vanliga i LVU-vården medan förekomsten av svåra psykiska problem ökat. Det föredragande statsrådet beskrev ökningen som djupt oroande och bedömde att risken var stor för att ungdomar med svåra psykiska problem skulle hamna utanför olika verksamheters ansvarsområden. Vidare betonade han vikten av individuell behandling och samverkan kring ungdomarna samt ökad differentiering och regional samordning för att tillgodose deras vårdbehov. Om hjälpen skulle ges av socialtjänsten – som hade det yttersta ansvaret – eller barn- och ungdomspsykiatri fick avgöras från fall till fall.<sup>40</sup>

Socialutskottet delade regeringens bedömning och betonade särskilt behoven hos ungdomar med såväl svåra sociala problem och behov av kvalificerad vård under mycket lång tid. Ungdomar i den situationen får i många fall överhuvudtaget ingen vård, eller en helt otillfredsställande sådan, uttalade utskottet. För att möta efterfrågan på vård för de svårast störda ungdomarna krävs inte enbart ett tillräckligt antal platser på HVB. En betydligt mer differentierad vård måste kunna erbjudas, och det får enligt utskottet inte förekomma någon tvekan om fördelningen av ansvaret landsting och kommuner emellan.<sup>41</sup> Någon ändring av lagen utifrån dessa bedömningar och uttalande föreslog dock inte Socialutskottet.

### 16.5.2 Utredningar sedan införandet av dagens LVU

I slutet av 1990-talet konstaterade Barnpsykiatrikommittén att det fanns en stor rättsosäkerhet för de ungdomar som inte uppfyller förutsättningarna för att beredas vård inom socialtjänsten på grund av sitt beteende, men som samtidigt inte heller uppfyller kravet på allvarlig psykisk störning enligt vad som anges i LPT. Kommittén efterfrågade en översyn av gränserna för när vård ska beredas den unge med stöd av LVU respektive LPT.<sup>42</sup>

Ett par år senare konstaterade LVU-utredningen att det fanns en stor grupp ungdomar i samhällsvård som hade psykiska problem förutom de problem som aktualiserat vården. Sammantaget bedömde

---

<sup>40</sup> Prop. 1989/90:28 s. 48, 57 och 66 f.

<sup>41</sup> 1989/90:SoU15 s. 1 f.

<sup>42</sup> SOU 1998:31 s. 212 ff.

utredningen ändå inte att LVU borde utvidgas till att omfatta unga med psykiska problem. Utredningen konstaterade att det rådde stor enighet bland företrädare för socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin om att en sådan utvidgning skulle kräva en helt annan kompetens och organisation än vad som fanns inom socialtjänsten. Ungdomar med psykiska problem har rätt att få stöd och hjälp hos den instans som har kompetens att behandla dem, närmare bestämt psykiatrin, konstaterade utredningen.<sup>43</sup>

Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén uppmärksammade särskilt en grupp unga med starkt utagerande beteende riktat mot omgivningen eller ett beteende riktat mot dem själva. Dessa unga har svårt att få sina behov av utredning och behandling tillgodosedda och har ofta behov av sociala och psykiatriska insatser samtidigt. Till problembilden hör, enligt kommittén, att unga på många håll generellt sett har svårt att få barnpsykiatrisk vård, i synnerhet om de har en sammansatt psykiatrisk och social problematik. Kommittén föreslog ett försök med fem samordnade verksamheter för barn som samtidigt behöver kvalificerade sociala och psykiatriska insatser.<sup>44</sup>

Nationell psykiatrisamordning pekade på behovet av utvecklade samarbetsformer och tydligare ansvarsfördelning så att ungdomar som omhändertagits med stöd av tvångslag erbjuds insatser av högsta kvalitet med tillgång till den bästa sociala och psykiatriska kompetens i samhället. Till följd av oklarheter om landstingens ansvar vid placeringar med stöd av LVU har barn och ungdomar med de största behoven av psykiatrisk vård i vissa fall sämst förutsättningar att få dem tillgodosedda. Nationell psykiatrisamordning ansåg att problemet var så allvarligt och så länge skapat konflikter och frustration att kommuner och landsting behövde vidta konkreta åtgärder för att finna lämpliga lösningar. Konkret föreslog Nationell psykiatrisamordning ett förtydligande i Riksavtalet för utomlänsvård om hur det ska tillämpas för personer som är placerade på SiS-institution eller HVB utanför sitt hemlandsting. Vidare ansåg Nationell psykiatrisamordning att sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose behovet av psykiatrisk vård för de personer som är placerade på SiS-institution bör konkretiseras i

---

<sup>43</sup> SOU 2000:77 s. 171 f.

<sup>44</sup> SOU 2005:81 s. 244, 261 och 343 ff.

lokala riktlinjer för samarbetet mellan psykiatrin och de aktuella SiS-institutionerna inom upptagningsområdet.<sup>45</sup>

Psykiatrilagsutredningen har föreslagit att undantaget i 3 § LPT om tvångsvård om patientens psykiska störning enbart utgörs av utvecklingsstörning ska tas bort. Utredningen antar att en sådan förändring, tillsammans med vissa andra förslag, kan leda till att vårdbehoven hos ungdomar med exempelvis autism eller störningar inom autismspektrumet i fortsättningen kan omfattas av psykiatrisk tvångsvård i stället för att som nu i vissa situationer falla utanför LPT och LVU. Psykiatrilagsutredningen tillägger dock att det finns andra ungdomar med tydligt vårdbehov som de föreslagna ändringarna inte kommer att ha någon betydelse för och som inte heller i fortsättningen kommer att fylla kriterierna för tvångsvård med stöd av LPT eller LVU.<sup>46</sup> Vilka ungdomar det handlar om framgår inte. (Se vidare i kapitel 7 om gränsdragningen mellan LVU och LPT.)

De analyser och förslag som refereras ovan har med ett par undantag inte lett till några förändringar. Undantagen gäller den översyn av Riksavtalet för utomlänsvård som Nationell psykiatrisamordning föreslog (se kapitel 15). Psykiatrilagsutredningens förslag bereds nu inom Regeringskansliet och kan leda till ny eller ändrad lagstiftning.

### 16.5.3 Inrättandet av SiS och utvecklingen av de särskilda ungdomshemmen

En av de viktigaste förändringarna inom HVB-vården sedan dagens LVU infördes är tillkomsten av SiS. Inrättandet av myndigheten motiverades delvis med behovet av förbättrad institutionsvård för barn och unga med svår psykisk ohälsa.

Som framgått efterlyste Socialutskottet en mer differentierad och specialiserad vård vid HVB inför införandet av dagens LVU. I ett betänkande från 1992 bekräftade och utvecklade en särskild utredare den problembild som utskottet lyft fram. Grupper som särskilt nämnades i samband med differentierings- och specialiseringsbehoven var ungdomar i gränzonen till kriminalvårdens respektive

---

<sup>45</sup> SOU 2006:100 s. 397 ff.

<sup>46</sup> SOU 2012:17 s. 855 f.

psykiatrins ansvarsområden. Den särskilde utredaren betonade att problemet var allvarligt och krävde helt nya metoder och förhållningssätt. Förutom nytt statligt huvudmannaskap, ny organisation, utveckling mot differentiering och specialisering av vården samt kompetensutveckling av personalen behövdes metodutveckling i samverkan med barn- och ungdomspsykiatri.<sup>47</sup>

Regeringen delade utredarens bedömning av problemen. Den föreslog ett samlat statligt huvudmannaskap för de särskilda ungdomshemmen och inrättandet av en ny statlig myndighet, SiS, för planering och drift av hemmen. Den nya myndigheten föreslogs få ansvaret för att anvisa plats vid den institution som i varje enskilt fall bedöms lämpligast. På det sättet skulle en behövlig differentiering av vården kunna ske efter klienternas behov och personlighetsutveckling, enligt regeringen. Det föredragande statsrådet pekade på behovet av enheter med särskilt hög bevakningsgrad som exempel på en önskvärd differentiering.<sup>48</sup>

Alltsedan SiS tog över ansvaret för de särskilda ungdomshemmen har frågor om ansvarsfördelningen och samarbetet mellan SiS och den psykiatriska vården varit på agendan. Till SiS uppgifter hör att utforma verksamheten så att den utgår från flickors och pojkars samt kvinnors och mäns villkor och behov. SiS ska också genom samverkan med andra myndigheter och övriga aktörer verka för att brukarna får en sammanhållen vård.<sup>49</sup> Som framgår av kapitel 9 gäller också särskilda krav på tillgången till läkare vid SiS särskilda ungdomshem.

När det gäller differentiering av vård och behandling utgår SiS i första hand från ungdomarnas kön och ålder. Därefter avgör behovens art eller tyngd. Flera av SiS ungdomshem har avdelningar där behandlingsinnehållet särskilt anpassats så att de kan ta emot ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder. SiS arbetar också med forskning och utveckling av behandlingsmetoder för bl.a. barn och unga med allvarliga beteendeproblem.

---

<sup>47</sup> SOU 1992:18 s. 9 ff, 86 f och 106.

<sup>48</sup> Prop. 1992/93:61 s. 1 f, 11 f och 21 ff.

<sup>49</sup> 2 § 4 samt 4–5 §§ förordningen (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

#### 16.5.4 Barn och unga med omfattande psykisk ohälsa – en stor grupp vid HVB

Trots det återkommande intresset i utredningssammanhang för frågor om psykisk ohälsa bland barn och unga som vårdas på institution med stöd av LVU har bara ett fåtal samlade översikter och analyser gjorts.

På vissa punkter finns det relativt mycket underlag, särskilt om användningen av psykofarmaka inom HVB och om psykisk hälsa eller ohälsa vid inskrivning på SiS särskilda ungdomshem. Den del av LVU-vården som utförs av HVB utanför SiS är dock mycket svår att överblicka.

Det är också svårt att tolka generella beskrivningar eftersom barn och unga på HVB är en heterogen grupp med många olika individuella behov. I vissa fall är behoven mycket komplexa med inslag av psykisk ohälsa som kanske inte diagnostiserats, i andra fall är de knutna till någon enstaka diagnos där ett socialt nedbrytande beteende kan vara svårt att skilja från symtombilden. Genomgående framstår den psykiska ohälsan som mer utbredd bland flickor än pojkar som vårdas på institution med stöd av LVU.

En analys som Socialstyrelsen gjort av uppgifter i patientregistret över öppen och sluten vård ger en övergripande bild av psykiatriska diagnoser bland barn och unga som var placerade vid HVB under mer än tre månader under 2013.<sup>50</sup> I den grupp som varit placerade på HVB ingår såväl de som vårdats med stöd av LVU som de som vårdats med stöd av SoL. Med reservation för eventuella brister i rapporteringen till patientregistret visar uppgifterna att förekomsten av psykiatriska diagnoser var mycket stor på SiS särskilda ungdomshem. Förekomsten var också särskilt stor bland flickor och kvinnor på SiS och övriga HVB.

En undersökning bland ungdomar i åldern 12–19 år som placerades på SiS särskilda ungdomshem i Västsverige åren 2004–2007 ger en bild av omfattande psykiska problem. Förekomsten av olika diagnoser bedömdes av psykiater, psykologer och socialarbetare med hjälp av olika bedömningsmetoder och utifrån kriterierna i diagnosmanualen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV). Av de undersökta ungdomarna hade 63 procent någon

---

<sup>50</sup> Socialstyrelsen (2014k) s. 15. Uppgifterna avser personer folkbokförda i Sverige med psykiatriska diagnoser i Socialstyrelsens patientregister (öppen och sluten vård) åren 2012–2013.

psykiatrisk störning som bedömdes kräva specialistkompetens. ADHD förekom hos 47 procent av ungdomarna medan 17 procent av dem hade någon form av autismspektrumtillstånd. Drygt en tiondel av ungdomarna hade en utvecklingsstörning. Depression förekom hos 20 procent av ungdomarna och ångest hos 18 procent medan 12 procent hade psykotiska symtom. Studien omfattade ungdomar som placerats med stöd av LVU, SoL och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU), och som domstol eller socialtjänst efterfrågat psykosocialt eller psykiatriskt stöd till. De forskare som gjort studien konstaterar ändå att andelen ungdomar med psykisk ohälsa överensstämmer med studier på ungdomsinstitutioner i andra länder. De drar slutsatsen att de särskilda ungdomshemmen behöver ha tillgång till personal med särskild psykiatrisk och neuropsykiatrisk kompetens och att behandlingsprogram baserade på neuropsykiatrisk kunskap behöver inkluderas i vården vid de särskilda ungdomshemmen.<sup>51</sup>

De strukturerade inskrivningsintervjuer som SiS gör med placerade barn och unga ger viktig information också om deras psykiska hälsa. Intervjuerna följer ADAD intervjuformulär och manual, som SiS översatt till svenska och anpassat efter svenska förhållanden (ADAD står för Adolescent Drug Abuse Diagnosis). Intervjun ger information om den unges aktuella situation och problematik inom olika livsområden, bl.a. psykiska eller känslomässiga problem. I den del av formuläret som gäller psykiska eller känslomässiga problem finns frågor om huruvida olika känslor, reaktioner och beteende stämmer för barnet eller den unge. Det gäller exempelvis ”kan inte kontrollera sitt beteende när man är arg” (59 procent svarade ja), ”ofta ängslig/orolig” (40 procent svarade ja), ”behöver medicin för att somna” (38 procent svarade ja), ”rädd att skada någon annan” (24 procent svarade ja), ”självordstankar” (16 procent svarade ja) och ”känner för att skada sig själv” (13 procent svarade ja). Praktiskt taget alla problem inom området är vanligare bland flickor än pojkar, även koncentrationssvårigheter och aggressivt beteende mot andra.<sup>52</sup>

Under de senaste åren har de domar från HFD som gällt bedömning av rekvisitet annat socialt nedbrytande beteende för vård med stöd av LVU uppmärksammats. Som framgår av kapitel 7 har

---

<sup>51</sup> Ståhlberg O m.fl. (2010).

<sup>52</sup> SiS (2013d) s. 5 ff, 23 ff och 60 ff.



dessa domar skapat osäkerhet i rättstillämpningen och varningar har framförts för att domarna leder till att barn och unga med stora vårdbehov faller utanför samhällets yttersta skyddsnät. Samtidigt finns det tecken på att behoven inte längre beskrivs utifrån barns och ungas beteende utan som brister i hemmiljön, vilket kan leda till en ofullständig eller missvisande bild av de behov som vården ska tillgodose. Det går också, som framgår av kapitel 4, att se en viss minskning av andelen barn och unga som vårdas med stöd av LVU endast på grund av eget beteende, även om det kan finnas olika orsaker till den förändringen.

Vid sidan av den oklarhet som kan ha uppkommit efter HFD:s domar från 2010 finns det en grupp barn och unga som verkar kunna vårdas antingen med stöd av LVU eller LPT, beroende på bl.a. omfattningen av självskadebeteenden och suicidhot. Nationell psykiatrisamordning pekade på vissa överlappningar mellan LVU och LPT. En liten grupp barn och unga som är svårt sjuka i psykos, drogrelaterade tillstånd, självskadebeteende och utagerande tillstånd hänvisas från psykiatrin till HVB eller SiS-institutioner. Orsaken kan vara platsbrist inom barn- och ungdomspsykiatrin eller att det inte finns slutenvårdsenheter som klarar att hantera en stökig, utagerande tonåring.<sup>53</sup>

Ett par genomgångar av domar från förvaltningsrätter ger en bild av att utagerande beteende ofta beaktas vid beslut om vård med stöd av 3 § LVU till följd av annat socialt nedbrytande beteende medan självskadebeteende, suicidrisk och matproblematik beaktas mer sällan. Medan utagerande beteende främst beaktas för pojkar beaktas självskadebeteende, suicidrisk och matproblematik i första hand för flickor.<sup>54</sup>

### 16.5.5 Uppföljningar och utvärderingar av institutionsvårdens innehåll

Uppföljningar och utvärderingar som gjorts under de senaste åren ger en bild av flera brister i vården, men dessa ligger ofta i ett gränsland där det inte är uppenbart att endast en aktör har ansvar och möjlighet att åtgärda dem. Det gäller inte minst tillgången till

<sup>53</sup> SOU 2006:100 s. 368. Jfr Alenius H (2011) s. 95ff och Johannesson H (2014) s. 50 ff och 65.

<sup>54</sup> Smed L (2011) och Johannesson H (2014) s. 47 ff.

psykiatrisk vård eller habilitering under en placering på HVB. Med tanke på att psykisk ohälsa är vanligare bland flickor som vårdas på institution med stöd av LVU är det troligt att bristerna drabbar dem särskilt hårt, vilket måste ses som ett viktigt jämställdhetsproblem.

Socialstyrelsen har i en utvärdering av vården och omsorgen om placerade barn och unga studerat vård för självskaedhandlingar, dvs. de fall då barn och unga i befolkningen respektive placerade barn och unga har vårdats för avsiktligt destruktiva handlingar eller skadehandlingar med oklar avsikt inom den specialiserade öppen- eller slutenvården. Sammantaget hade år 2010 tio gånger fler barn och unga som var placerade på HVB vårdats för självskaed än barn och unga som inte varit placerade. I riket hade i genomsnitt 2,9 procent av barn och unga i åldern 11–20 år som var placerade i HVB vårdats för självskaedhandling i specialiserad öppen- eller slutenvård under eller efter placeringen. Mot bakgrund av bl.a. detta bedömde Socialstyrelsen att kommunerna behöver se till att det finns kunskap, kompetens och stöd kring frågor som rör psykosociala och psykiska problem i HVB.<sup>55</sup>

Socialstyrelsen har också i ett par studier visat på en omfattande användning av psykofarmaka bland placerade barn och unga.

En utvärdering 2013 visade att andelen barn och unga på HVB som regelbundet medicinerade med antidepressiva läkemedel, konventionella sömnmedel och antipsykotiska läkemedel var 15, 17 respektive 19 gånger högre än för barn och unga i befolkningen. För ångestdämpande läkemedel och melatonin var andelen 12 gånger högre. ADHD-läkemedel bland unga i HVB var nio gånger vanligare, vilket innebar att nästan 13 procent av dem som var placerade i HVB stod på regelbunden ADHD-medicinering. Socialstyrelsens utvärdering indikerar vidare att behandling med psykofarmaka för placerade barn och unga inte alltid sker enligt behandlingsrekommendationer och att utskrivningen av psykofarmaka sker på olika grunder i olika delar av landet. Socialstyrelsen konstaterar att landstingen behöver se över utskrivningen av psykofarmaka till barn och unga och användandet av alternativa insatser. Medicineringen får inte leda till att barn som medicineras

---

<sup>55</sup> Socialstyrelsen (2013f) s. 13 och 41 ff.

får sämre stöd på annat sätt, t.ex. i form av annan terapi och familjestöd.<sup>56</sup>

I en kartläggning 2014 konstaterade Socialstyrelsen att förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar är fortsatt hög. Det kan förklaras både med att gruppen har en omfattande psykiatrisk problematik med hög förekomst av bl.a. ADHD, men också att de har fler förskrivande vårdenheter än barn och ungdomar som inte var placerade. Socialstyrelsens kartläggning visar också att barn och unga som var placerade på HVB, inklusive SiS särskilda ungdomshem, i större omfattning än jämnåriga fick psykofarmaka förskrivet av privata läkare som med all sannolikhet var anlitade som konsulter. Allmänt sett hade barn och ungdomar som inte varit placerade en tydligare kontakt med specialiserade verksamheter och läkare med kompetens i specialiteter som är relevanta för barn och ungdomar med psykisk störning eller neuropsykiatrisk problematik. I viss mån hade även barn och unga som var placerade i familjehemsvård en tydligare sådan kontakt än barn och unga vid HVB.

I kartläggningen 2014 intervjuade myndigheten ungdomar som var placerade vid SiS särskilda ungdomshem. Svaren ger en bild av att de flesta som använde psykofarmaka upplevde att det var till stor hjälp. Trots det upplevde nästan hälften att de hade biverkningar av sina mediciner. Ungdomarna tyckte genomgående att medicineringen på SiS särskilda ungdomshem kändes trygg och att den skedde under kontrollerade former. De som hade erfarenhet av flera placeringsformer menade att det var en skillnad att vara placerade på SiS särskilda ungdomshem jämfört med andra HVB. På HVB kunde det finnas mycket droger och otillåten användning av psykofarmaka.<sup>57</sup>

Ett annat perspektiv ger Maria Andersson Vogel i en doktorsavhandling från Stockholms universitet. Där beskriver hon LVU-vårdens innehåll och resultat för 128 ungdomar som deltog i ett projekt för att förbättra förutsättningarna för deras utskrivning från SiS särskilda ungdomshem och deras eftervård. Vid inskrivning framträdde gruppen som i många avseenden könssegregerad. Pojkarnas mest framträdande problematik var brottslighet medan

---

<sup>56</sup> A.a. s. 13, 41 och 45ff.

<sup>57</sup> Socialstyrelsen (2014k) s. 20 ff.

flickorna rapporterade en omfattande psykisk ohälsa. Även vid uppföljning efter utskrivning framträdde flickornas psykiska ohälsa som omfattande, trots vissa positiva förändringar. En fjärdedel av flickorna i undersökningsgruppen hade försökt ta livet av sig under året efter utskrivning från SiS.

Andersson Vogel konstaterar att resultaten i avhandlingen visar att flickorna och deras problematik framträder relativt otydligt genom hela vårdkedjan, vilket tycks leda till att de inte får den hjälp de behöver. Vid inskrivning rapporterade de en omfattande psykisk ohälsa, vilket vare sig institutionspersonal eller eftervårdande insatser tycktes uppmärksamma. Hon drar slutsatsen att det i dag inte verkar finnas insatser som är utformade för flickornas behov och frågar om en del av de flickor som placeras vid de särskilda ungdomshemmen borde vårdas i andra former. Att de placeras inom SiS tyder på att det saknas andra insatser inom exempelvis barn- och ungdomspsykiatri. Mot den bakgrunden behöver fler riktade insatser utvecklas för flickor med omfattande psykiska problem inom både slutenvården och öppenvården, menar Andersson Vogel.<sup>58</sup>

### 16.5.6 Andra erfarenheter och synpunkter

Autism- och Aspergerförbundet har till utredningen överlämnat en skrivelse som sammanfattar förbundets erfarenheter av hur LVU används och vad som behöver förändras. Ett grundläggande problem är, enligt förbundet, bristande kunskaper om autismspektrumtillstånd hos alla berörda myndigheter och övriga aktörer. År 2009 gick förbundet igenom 15 LVU-ärenden som rör barn med autismspektrumtillstånd. Flera problem konstaterades. Bland annat saknas kompetens om autismspektrumtillstånd där LVU-beslut verkställs och det görs inga anpassningar i boendemiljön för barn med sådana tillstånd. Även sammansättningen av barn lyftes fram som ett problem eftersom barn och unga med autismspektrumtillstånd blandas med barn och unga som använder droger, är kriminella m.m. Vidare bedömde förbundet att socialtjänsten

---

<sup>58</sup> Andersson Vogel M (2012) s. 175 ff.

brister i ansvaret att samverka med exempelvis barn- och ungdomspsykiatri (BUP) under den tid barnet är omhändertaget.<sup>59</sup>

Autism- och Aspergerförbundet har till utredningen även överlämnat resultaten av en granskning av 87 HVB åren 2012–2013. Huvuddelen av de granskade hemmen blandade ungdomar med psykosocial problematik med andra ungdomar. Knappt en tiondel av hemmens föreståndare hade erfarenhet av LSS-verksamhet.<sup>60</sup>

Riksförbundet Attention genomförde år 2012 en enkätundersökning om medlemmarnas erfarenheter av placeringar. De 64 svaren visar enligt Attention på stora förbättringsbehov, bl.a. när det gäller placerade barns skolgång, tillämpningen av bestraffnings- och belöningsmetoder och tillgång till stöd som gör att placeringen upplevs meningsfull.<sup>61</sup>

Utredningen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomfört ett rundabordssamtal om samverkan kring placerade barn och unga. Deltagarna kom från SKL, landsting, kommuner och professionsföreningar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Under mötet efterfrågades tydligare ansvarsfördelning mellan BUP och socialtjänsten när det gäller placerade barn och unga. Tydligare begrepp inom området och ett tydligare uppdrag till landstingen när det gäller bl.a. hälsundersökningar av placerade barn och unga bedömdes kunna främja och underlätta samverkan. Fler integrerade behandlingsalternativ, som motsvarar såväl sociala som psykiska eller psykiatriska vårdbehov, efterfrågades också under mötet, särskilt för barn och unga som har självskadebeteenden eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Överhuvudtaget behöver inslagen av tvång i vården för barn och unga med psykisk ohälsa mycket noga analyseras, menade några deltagare. Individuellt utformade och frivilliga insatser med stöd av LSS har lokalt visat sig vara alternativ till vård med stöd av LPT med bältesläggning av ungdomar med mycket svåra självskadebeteenden.

---

<sup>59</sup> Autism- och Aspergerförbundets synpunkter inför översyn av LVU 2013-14-16. Dnr S2012:07/2013/9.

<sup>60</sup> HVB-hem som tar emot ungdomar med autism och Aspergers syndrom. En granskning av 87 HVB av Maria Grimståhl. Tillgänglig på Autism- och Aspergerförbundets webbplats ([www.autism.se](http://www.autism.se)).

<sup>61</sup> » - Det höll mig vid liv, enkät om omhändertagna barn», Attentions webbplats (<http://attention-riks.se/>).

Vid utredningens möten med organisationer, experter och personal vid SiS särskilda ungdomshem har förhållandet mellan LVU och psykiatrin i vid mening berörts. Sammantaget har det vid dessa möten förmedlats en bild av osäkerhet inom både psykiatrin och vid särskilda ungdomshem om de gemensamma kontakterna och om vilka krav och förväntningar som respektive verksamhet ska leva upp till.

## 16.6 Institutionsvård med stöd av LVU för barn och unga med hedersrelaterad problematik

Ett barn eller en ung person kan behöva placeras utanför hemmet på grund av att hon eller han är utsatt för hedersrelaterat våld eller förtryck. Om vårdnadshavarna inte samtycker till vård som behövs kan barnet under vissa omständigheter omhändertas enligt LVU. Socialtjänsten kan också i vissa fall hålla barnets vistelseort hemlig för vårdnadshavarna, om det bedöms vara nödvändigt (14 § LVU). Under vissa förhållanden kan även personer som fyllt 18 men inte 20 år placeras med stöd av 3 § LVU. Barn och unga som placeras till följd av hedersrelaterat våld eller förtryck kan behöva både akuta och långsiktiga insatser av emotionell, praktisk eller social karaktär. De kan även behöva rehabiliterande insatser som hjälper dem att skapa ett självständigt liv och delta aktivt i samhället.<sup>62</sup>

Socialstyrelsen har definierat begreppet skyddat boende som en boendeinrättning som tillhandahåller platser för heldygnsvistelse avsedda för personer som behöver insatser i form av skydd mot hot, våld eller andra övergrepp tillsammans med andra relevanta insatser.<sup>63</sup> Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om våld i nära relationer bör det på ett skyddat boende finnas tillräcklig bemanning och tillräckliga skyddsanordningar för att kunna erbjuda skydd mot hot, våld och andra övergrepp.<sup>64</sup> Samtidigt är det viktigt att tänka på att en våldsutsatt person även kan behöva andra insatser, exempelvis råd och stöd.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Socialstyrelsen (2014) s. 43.

<sup>63</sup> Socialstyrelsen, Termbanken: ”skyddat boende” ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)). Definitionen avser den språkliga termen skyddat boende. Det är inte en juridisk definition.

<sup>64</sup> SOSFS 2014:4 s. 9.

<sup>65</sup> Socialstyrelsen (2014) s. 43.

Undersökningar har pekat på att det saknas ett tillräckligt antal platser i skyddat boende och att majoriteten av de unga som utsätts för hedersrelaterat våld eller förtryck placeras i verksamheter eller boendeformer utan särskild kompetens kring målgruppen.<sup>66</sup> Resultaten från en nationell kommunenkät som har genomförts av länsstyrelserna i Skåne, Stockholms län och Västra Götalands län visar att 23 procent av utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck under 18 år placerades på HVB med särskild kompetens medan 7 procent placerades i familjehem med särskild kompetens. Bland unga över 18 år var det ännu färre som placerades i en verksamhet med särskild kompetens kring hedersrelaterat våld och förtryck. Placeringarna gavs till större delen som bistånd enligt SoL men det skedde också ett stort antal placeringar enligt LVU.<sup>67</sup>

Av Länsstyrelsen Östergötlands kontakter med verksamheter och aktörer framkommer att de unga ofta berättar mer utförligt om utsatthet efter att de vet att placeringen kommer att hålla, som efter att beslut om LVU-vård gått igenom eller när de beviljats en placering i ett skyddat boende. Laddade och tabuiserade upplevelser som sexuella övergrepp i eller utanför familjen eller HBT-tillhörighet framkommer ofta först efter en längre tids placering.<sup>68</sup>

I ett utvecklingsarbete som Länsstyrelsen Östergötland bedriver i samarbete med sex pilotkommuner har det framkommit att det behövs fler skyddade boenden anpassade efter målgruppens behov. Erfarenheter från utvecklingsarbetet tyder på att behovet av platser är mycket stort, särskilt för barn under 18 år som utöver att hotas av sitt nätverk också lider av PTSD, självskadebeteende, anorexi eller utvecklat någon form av missbruk. De boenden som fått utvecklingsmedel från länsstyrelserna är ofta fullbelagda och passar inte alltid utifrån sitt geografiska läge för enskilda kommuner. Kommunerna har då som alternativ att antingen använda sig av ordinarie familjehem eller HVB och där är kompetensen ofta inte tillräcklig för att hantera både hotbilden, behovet av skydd och de ungas stora behov i den akuta fasen efter ett uppbrott från familjen. Det är också svårt för socialtjänsten att stötta i den utsträckning som behövs för ett oerfaret familjehem eller HVB, då placeringarna

---

<sup>66</sup> Brottsförebyggande rådet (2010) s. 11 och Länsstyrelsen Östergötland (2011) s. 11.

<sup>67</sup> Länsstyrelsen Östergötland (2011) s. 13.

<sup>68</sup> A.a. s. 26.

utifrån hotbilden i de flesta fall måste ske utanför länet. Risken finns då att placeringen havererar och att antingen ungdomen eller boendet avbryter vården.<sup>69</sup>

Även om det pågår ett arbete för att öka antalet platser för barn och unga utsatta för hedersrelaterat våld eller förtryck menar Länsstyrelsen Östergötland att den generella brist som finns inom den ordinarie HVB-vården, där det finns ett stort fokus på unga som brottslingar snarare än som brottsoffer, innebär att frågan behöver lyftas till statlig nivå.<sup>70</sup>

Vid utredningens kontakter med företrädare för det Nationella Kompetensteam som Länsstyrelsen Östergötland utvecklat avseende frågor om hedersrelaterat våld eller förtryck har det framkommit önskemål om mer specialiserad institutionsvård. Det handlar dels om att säkra tillräcklig kompetens för vård när hedersproblematiken kombineras med annan problematik som t.ex. självskadebeteende, dels om att utveckla och arbeta med ”hållandestrukturer” utan inlåsning som kan förhindra att en utsatt flicka själv återvänder till föräldrarna. Enligt företrädarna för det Nationella Kompetensteamet skulle en sådan mer specialiserad vård kunna finnas på ett par institutioner inom ramen för SiS verksamhet.<sup>71</sup>

Den mest alarmerande upptäckten i arbetet med att utveckla det Nationella Kompetensteamet har, enligt Länsstyrelsen Östergötland, varit att så många barn i landet är utsatta för allvarliga brott och grova kränkningar. Det Nationella Kompetensteamet har inrättat en nationell stödtelefon för yrkesverksamma och ideellt verksamma i ärenden som rör hedersrelaterat våld och förtryck, inklusive tvångs- och barnäktenskap samt könsstympling av flickor och kvinnor. Av samtalen under 2014 rörde 60 procent utsatta personer under 18 år och drygt 30 procent utsatta personer under 15 år. En stor majoritet av de utsatta i alla åldrar var flickor och kvinnor.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> Länsstyrelsen Östergötland (2014) s. 17.

<sup>70</sup> A.a. s. 6.

<sup>71</sup> Uppgifter från Nationella kompetensteamet för arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck vid möte med utredningen i december 2014.

<sup>72</sup> Länsstyrelsen Östergötland (2015) s. 5 och 16 ff.



## 16.7 Institutionsvård med stöd av LVU för ensamkommande barn

Som framgår av kapitel 4 har antalet ensamkommande barn som vårdas på HVB med stöd av SoL ökat kraftigt det senaste decenniet. När det gäller institutionsvård med stöd av LVU förefaller ökningen av antalet ensamkommande barn ha varit betydligt mindre. Det finns dock tecken på en viss ökning i dag, som innebär nya uppgifter och utmaningar för verksamheterna. Enligt uppgifter från SiS var drygt 50 ensamkommande barn placerade vid de särskilda ungdomshemmen under 2013, drygt 100 under 2013 och knappt 140 under 2014. Uppgifterna bör tolkas med försiktighet, men myndigheten bedömer att det skett en snabb förändring.<sup>73</sup>

Antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige fortsätter överhuvudtaget att öka. Under 2014 sökte drygt 7 000 ensamkommande barn asyl vilket kan jämföras med drygt 3 800 under 2013. Enligt Migrationsverket beräknas cirka 8 000 ensamkommande barn söka asyl i Sverige under 2015.<sup>74</sup>

SiS har genomfört en kartläggning av målgruppen ensamkommande barn som ger en bild av deras behov och förutsättningar inom tvångsvården. En slutsats av kartläggningen är att det finns en språkbarriär och att bristen på tolkar och språkkunnig personal är akut. I intervjuerna med avdelningsföreståndare inom SiS framkom att ensamkommande barn hade haft mycket svårt att förstå varför de var inlåsta och var de befann sig. Enligt föreståndarna ledde det ofta till oro, ångest och utagerande beteende. Många uppgavs tro att de var i ungdomsfängelse eller i förvar i avvaktan på utvisning. En avdelningsföreståndare pekade på risken för att tvångsvården på låst avdelning ”triggar deras trauman”.

Bland avdelningsföreståndarna fanns det en utbredd uppfattning om att ensamkommande barn generellt sett placeras på vagare grunder än andra grupper, att akutplaceringarna blir för långa och präglas av för hög grad av slutenhet. Mot bakgrund av detta är behovet av bättre samverkan mellan institutionerna och socialtjänsten stort. Samarbetet med övriga berörda myndigheter samt landstingen när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågorna bör också utvecklas.

---

<sup>73</sup> SiS (2014c) och SiS (2015) s. 23.

<sup>74</sup> Migrationsverket (2015) s. 1 f.

Ensamkommande barn är många gånger mycket misstänksamma mot samhället och vuxenvärlden, enligt SiS kartläggning. Motstridiga uppgifter om ålder och bakgrund är inte ovanligt. En särskild grupp utgör de som har fått ett avvisningsbesked och som befinner sig vid SiS särskilda ungdomshem i väntan på utvisning. När det gäller frågorna om åldersbestämning och arbetet med dem som har avvisningsbesked finns ett behov av att utveckla samverkan med framför allt Migrationsverket.

I rapporten refereras en annan studie som gjorts på ett av SiS särskilda ungdomshem. Där framgår att ensamkommande är en heterogen grupp med skilda erfarenheter och behov, men att de har ett gemensamt behov av ett särskilt bemötande där de bereds möjlighet att kommunicera på sitt eget språk, tillgång till stabiliserande samtal, traumabearbetning samt möjlighet till fler undervisningstimmor. Det finns också behov av mer kunskap och fortbildning kring traumabearbetning, asylprocessen och copingstrategier bland ensamkommande.

Enligt SiS kartläggning kan placeringen av ensamkommande barn på de särskilda ungdomshemmen många gånger betraktas som en följd av vårdsammanbrott under tidigare placering. En vanlig placeringsorsak enligt socialtjänsten är att barnen inte får vara kvar i nuvarande boende på grund av våld eller hot om våld. De flesta skrivs också ut för fortsatt vård på annat HVB. Andra vanliga placeringsorsaker var missbruk av narkotika och/eller hot om våld, konflikter på HVB, psykiska problem, upprepade rymningar och stöld eller snatteri.

Dokumentationen om de ensamkommande barnens hälsa och skolgång under tiden på SiS är av varierande kvalitet. Flera av de som ingick i kartläggningen bedömdes dock under tiden på SiS ha någon form av självskadebeteende och för några bedömdes det finnas suicidrisk.

SiS kartläggning avslutas med ett förslag om en styrgrupp för frågor om ensamkommande barn inom myndigheten och att en handlingsplan bör tas fram för det fortsatta arbetet kring gruppen.<sup>75</sup> Inför 2015 har SiS ett inriktningsmål där ensamkommande barn är ett prioriterat område.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> SiS (2014c).

<sup>76</sup> SiS (2015) s. 23.

## 16.8 Utredningens överväganden och förslag

### 16.8.1 Inledande överväganden

Utredningen har i kapitel 5 föreslagit att krav på god kvalitet i tvångsvården för barn och unga ska föras in i den nya LVU. Kraven innebär att vården ska vara bl.a. trygg, säker och ändamålsenlig. Vidare ska kvaliteten i vården systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Vårdens innehåll är givetvis ett nyckelområde för att de föreslagna kvalitetskraven ska kunna uppnås och för att barnrättsperspektivet ska få genomslag i vården. En fortsatt utveckling av innehållet efter individuella behov är också nödvändig för att vården ska bli god för bl.a. barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och för barn och unga som är utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck.

I kapitel 7 föreslår utredningen att rekvisitet annat socialt beteende ska modifieras i den nya LVU så att det tydligare framgår att beteendet i sig självt ska vara avgörande vid bedömningen av vårdbehovet. Syftet är att klargöra att barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar inte ska riskera att falla utanför samhällets yttersta skyddsnät, vilket de kan göra till följd av den rättstillämpning som utvecklats under senare år. Utredningen vill understryka att den föreslagna författningsändringen måste ses som förpliktelse för samhället att förbättra tillgången till adekvata insatser med stöd av LVU för barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Samtidigt är vårdens innehåll ett område som bara delvis kan diskuteras samlat. Det finns betydande skillnader mellan familjehemsvård och institutionsvård, men också mellan olika delar av vården i familjehem respektive HVB. Det finns också vissa omständigheter som är speciella eller särskilt viktiga när det gäller vård med stöd av LVU, vare sig den sker i familjehem eller vid HVB.

### Ökad professionalisering hotar familjehemsvårdens syften

Inom familjehemsvården har utredningen mött exempel på en ökad professionalisering av vården som kan strida mot samhällets ambitioner att erbjuda barn och unga i familjehem tillgång till en

familjemiljö och inte en specialiserad behandlingsinsats. Utredningen har också fått signaler om andra oroande tendenser. Det finns tecken på alltmer kortsiktiga åtaganden från familjehemsföräldrar och framväxten av en ”familjehemsmarknad” med ekonomiska drivkrafter. Till problemen hör att det knappast finns något samlat underlag för att beskriva pågående förändringar inom området. Under alla förhållanden innebär utvecklingen att arbetet med att rekrytera och stödja familjehem blir ännu viktigare. Utredningen har i sitt tidigare delbetänkande (SOU 2014:3) behandlat vissa frågor om innehåll och kvalitet i familjehemsvården.

Sedan delbetänkandet lämnades till regeringen har Forte gett ut en kunskapsöversikt av Bo Vinnerljung och Tore Andressen om barn och unga i samhällets vård med svenskt, nordiskt och internationellt perspektiv. I kunskapsöversikten konstateras att det är svårt att utvärdera familjehemsvård som syftar till att ge barnet goda uppväxtförhållanden under lång tid. Så gott som ingen studie har dock funnit bättre utfall på lång sikt för barn som växt upp i familjehem, när de jämförts med socialt utsatta barn som växt upp hemma. Det gäller även när jämförelsegruppen varit syskon som växt upp hos föräldrarna. Teoretiskt sett är det lättare att utvärdera familjehemsvård med rehabiliterande syften, exempelvis att minska kriminalitet eller att förbättra barnets psykiska hälsa. Så vitt känt finns inga svenska utvärderingar på området, med undantag för ett försök med en amerikansk intensiv familjevårdsmodell som visade positiva resultat.

### **Ökad professionalitet en nyckelfråga inom institutionsvården**

Institutionsvården för barn och unga på HVB väcker flera frågor om innehåll, kvalitet och resultat. Av dessa kan bara ett fåtal besvaras utifrån det kunskapsunderlag som nu är tillgängligt. Det är dock tydligt att behovet av ökad professionalitet är en nyckelfråga i institutionsvården.

IVO har konstaterat att de flesta barn och unga på kommunalt och enskilt drivna HVB tycks ha det bra och säger att de trivs – samtidigt som det är tveksamt om de får den hjälp som de behöver. IVO:s konstaterande fångar en grundläggande utmaning som institutionsvården – och socialtjänsten som ansvarar för den – står

inför. En samlad syn på innehåll och kvalitet bör vara vägledande för institutionsvården utifrån vad som anges i lagar och andra regler och är etiskt försvarbart. Vården behöver bygga på bästa tillgängliga kunskap om behandlingar och andra former av stöd samtidigt som den utformas så att barn och unga är delaktiga i den och deras erfarenheter tas till vara. Den bör vara en evidensbaserad praktik med ett tydligt barnrättsperspektiv.

Flera hinder och risker för att institutionsvården inte ska motsvara dessa krav och behov kan urskiljas. Det handlar särskilt om bristande kompetens, bristande tillgång till kunskap om behandlingsmetoder och annat stöd, bristande systematiskt arbete för att följa upp och utveckla vården samt bristande samverkan kring bl.a. hälsa och utbildning. IVO har särskilt pekat på de risker som låg utbildning tillsammans med ett stort utbud av metoder, av vilka många är hemmagjorda och oprövade, innebär för att vården vid HVB inte blir trygg och säker. Mot den bakgrunden har IVO rekommenderat huvudmännen att utveckla ett evidensbaserat arbetssätt i HVB-vården. Myndigheten har också rekommenderat socialnämnderna att vid val av HVB inför en placering inhämta kunskap om personalens utbildning samt arbetssätt och metoder för att bedöma verksamhetens förutsättningar att bidra till att målen för placeringen uppnås.

Dessa hinder och risker gäller för institutionsvård med stöd av både SoL och LVU och berör därför ett betydligt större område än vad som varit utredningens huvuduppgift. Med vissa undantag, i första hand SiS särskilda ungdomshem, är det också svårt att särskilja förhållandena vid HVB som vårdar barn och unga med stöd av LVU. Ofta förekommer både tvångsvård och frivillig vård på samma HVB, och ett barn eller en ung person kan under olika perioder vårdas med stöd av både SoL och LVU på samma HVB.

Att hindren och riskerna även gäller vid institutionsvård som samhället tvingar barn och unga till gör dem dock ännu viktigare att uppmärksamma och så långt möjligt undanröja. Kunskapsluckorna är i dag stora och det går inte att utesluta att barn och unga i vissa fall kan tvingas till vård som är skadlig för dem.

## Styrning med kunskap och systematisk uppföljning

Både när det gäller familjehemsvård och institutionsvård är utvecklingen av vårdens innehåll och kvalitet beroende av att det finns väl fungerande former för styrning med kunskap och systematisk uppföljning. Behovet av breda genomlysningar av drivkrafter och förändringar inom såväl familjehems- som institutionsvård är stort, i synnerhet när det gäller faktorer som påverkar innehåll och kvalitet. Dessa frågor behandlas i kapitel 19.

### 16.8.2 Kompetens hos föreståndare och personal vid HVB

**Utredningens bedömning:** Dagens allmänt hållna regler om kompetens hos föreståndare och personal vid HVB medför risker för att innehållet i vården inte har tillräckligt god kvalitet, såväl vid val av metoder och arbetssätt som vid utförandet av dem.

**Utredningens förslag:** Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för en eftergymnasial grundutbildning för personal på HVB, vilken annan utbildning som kan vara lämplig för arbete med behandling för barn och unga på HVB och vilka författningsändringar som kan behövas för stärkta krav på kompetens hos föreståndare och personal inom institutionsvården.

Utredningen är starkt oroad av den beskrivning som IVO gjort av kompetensen hos personalen vid enskilt och kommunalt drivna HVB. För en ökad professionalisering av institutionsvården är god kompetens en avgörande fråga.

Dagens allmänt hållna regler om kompetens hos föreståndare och personal vid HVB medför risker för att innehållet i vården inte har tillräckligt god kvalitet, såväl vid val av metoder och arbetssätt som vid utförandet av dem. Föreståndare ska enligt gällande regler ha lämplig utbildning medan det för övrig personal inte finns några utbildningskrav alls utöver vad som krävs för en ändamålsenlig verksamhet (3 kap. 5 § och 4 kap. 4 § SoF). Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter vissa ytterligare krav på föreståndare, som ska ha

en utbildning som motsvarar 180 högskolepoäng enligt dagens poängsystem. Kompetensen hos föreståndare vid enskilt drivna HVB prövas av IVO i samband med tillståndsgivningen. Föreståndare vid kommunala HVB, som enligt gällande regler inte behöver ansöka om tillstånd utan endast anmäler verksamhet, prövas inte på samma sätt.

Utredningen delar IVO:s bedömning att det behövs en grundutbildning för personal på HVB och tydligare bedömningar av vilka andra utbildningar som är lämpliga för arbete med behandling för barn och unga på HVB. Utredningen ser starka skäl för att föreståndare ska ha en utbildning med inriktning mot bl.a. socialt arbete eller beteendevetenskap. Vidare ser utredningen starka skäl för att det i den övriga personalen bör finnas personer med någon form av utbildning eller erfarenhet inom dessa områden.

Det har emellertid inte varit möjligt för utredningen att närmare belysa frågor om lämpligheten i de olika utbildningar och andra erfarenheter som föreståndare och personal vid HVB i dag har. Därmed har det inte heller varit möjligt att bedöma vilka förändringar som kan vara motiverade. Huvuddelen av institutionsvården sker också med stöd av SoL och kräver en bredare genomgång och analys än vad som kan göras med utgångspunkt i en översyn av LVU. Förutsättningarna för HVB kan dessutom komma att påverkas av de förslag som Ägarprövningsutredningen har lämnat och av resultaten av den pågående utredningen om regleringen av den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för en eftergymnasial grundutbildning för personal på HVB, vilken annan utbildning som kan vara lämplig för arbete med behandling för barn och unga på HVB och vilka författningsändringar som kan behövas för stärkta kompetenskrav på föreståndare och personal inom institutionsvården. När det gäller den del av uppdraget som avser annan lämplig utbildning bör utgångspunkten vara att det kan handla om utbildningar med inriktning på socialt arbete. Det kan dock ingå i uppdraget att inventera och bedöma om det eventuellt finns utbildningar i t.ex. särskilda behandlingsmetoder som kan vara lämpliga för personal på HVB.

### 16.8.3 Tillgång till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB

**Utredningens bedömning:** Att säkerställa tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid enskilt och kommunalt drivna HVB är särskilt angeläget när vården sker med tvång, i synnerhet om verksamheten har en inriktning mot barn och unga med psykiska funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa. Regeringen bör överväga att ge IVO i uppdrag att utifrån sin tillsyn bedöma tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB om frågan inte aktualiseras i IVO:s planering och aktiviteter de närmaste åren.

Det är väl belagt att förekomsten av olika hälsoproblem, inte minst psykisk ohälsa, är stor hos barn och unga som vårdas på HVB. Det gäller för barn och unga i såväl kommunalt som enskilt drivna HVB och i SiS särskilda ungdomshem. Det är också väl belagt att användningen av bl.a. psykofarmaka är stor bland dessa barn och unga.

Krav på tillgång till läkare finns i dag för de särskilda ungdomshemmen. För övriga HVB finns inga motsvarande krav. Av Socialstyrelsens allmänna råd framgår att det vid ett HVB som tar emot barn och unga bör finnas tillgång till läkare och psykolog med särskilda kunskaper som är lämpade för sådana verksamheter. Tillgången kan säkerställas t.ex. genom att en överenskommelse träffas med ansvarig sjukvårdshuvudman som innebär att hjälp kan fås vid en närbelägen sjukvårdsinrättning som har läkare och psykolog med lämpliga kunskaper.<sup>77</sup>

Tillgång till den medicinska och psykologiska kompetens som krävs för verksamheten vid enskilt och kommunalt drivna HVB är en viktig kvalitetsfråga. Att säkerställa tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens är särskilt angeläget när vården sker med tvång, och i synnerhet om verksamheten har en inriktning mot barn och unga med psykiska funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa.

Det finns i dag krav på att föreståndaren för ett HVB ska kunna ansvara för att bl.a. bevaka den enskildes behov av hälso- och sjukvård och tandvård samt att den hälso- och sjukvård och tandvård

---

<sup>77</sup> Allmänna råd till 2 kap. 2 § SOSFS 2003:20.



som behövs görs tillgänglig.<sup>78</sup> Underlaget för att bedöma i vilken utsträckning som detta fungerar i praktiken och hur olika HVB har organiserat sin tillgång till den kompetens som kan behövas är i dag otillräckligt. Det bör, enligt utredningens bedömning, vara möjligt att få en aktuell och tillförlitlig bild av detta genom IVO:s frekvens-tillsyn av HVB, som innebär att tillsynsmyndigheten regelbundet besöker alla institutioner. En möjlighet kan vara en tematisk tillsynsinsats av det slag som IVO arbetar med, riktad till samtliga HVB eller till de institutioner som enligt HVB-registret är inriktade på vård för barn och unga med bl.a. beteendeproblem, psykosociala problem, neuropsykiatrisk störning och psykisk störning. En sådan insats bör vara i linje med den mer riskbaserade tillsyn som IVO nu utvecklar.

Utredningen anser att regeringen bör överväga att ge IVO i uppdrag att utifrån sin tillsyn bedöma tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB om frågan inte aktualiseras i myndighetens planering och aktiviteter de närmaste åren. En sådan bedömning bör också avse behovet av eventuella ytterligare åtgärder för att stärka tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB.

#### 16.8.4 Integrerad vårdform och utveckling av specialiserad och differentierad vård vid HVB

**Utredningens bedömning:** Det finns ett stort behov av en integrerad vårdform, där både vård enligt LVU och specialiserad hälso- och sjukvård kan utföras samtidigt, särskilt för en mindre grupp barn och unga med omfattade psykiatriska vårdbehov samtidigt som de vårdas på HVB med stöd av LVU.

**Utredningens förslag:** Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd av LVU och hälso- och sjukvård, främst psykiatrisk vård. I uppdraget bör även ingå att analysera förutsättningarna för differentiering och specialisering i övrig institutionsvård med stöd av LVU.

<sup>78</sup> 2 kap. 1 § SOSFS 2003:20. Föreskrifterna är under revidering.

En av de viktigaste utmaningarna för institutionsvården är att möta alltmer individuella och komplexa vårdbehov hos barn och unga. Många som vårdas vid HVB med stöd av LVU har också behov av specialiserad hälso- och sjukvård, inte minst psykiatrisk vård. De kan också behöva vårdas i institutionsmiljöer som utformats efter deras särskilda behov och där de möter personal med särskild kompetens, t.ex. om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller hedersrelaterat våld och förtryck. Vid vissa omfattande och sammansatta behov har bara någon eller några enstaka institutioner i landet förutsättningar att ge en god vård.

Som framgår av detta kapitel har behovet av en integrerad och mer specialiserad vårdform varit en återkommande fråga under många år. Frågan är alltjämt olöst. Utredningen har ovan beskrivit flera sammanhang och situationer där behovet fortfarande är aktuellt. Det gäller särskilt för barn och unga med omfattande psykiatriska vårdbehov i anslutning till en LVU-placering till följd av deras eget beteende.

Ett tema i BO:s sammanställningar av barns och ungas erfarenheter av institutionsvård med stöd av LVU är att deras samlade behov inte tillgodoses vid HVB eller inom psykiatrin. De upplever att ansvaret för dem bollas runt mellan myndigheter som är osäkra på sitt ansvar och sina uppdrag. Dessa erfarenheter stöds av resultaten från studier och kartläggningar som refereras ovan om främst insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen har också varit i kontakt med företrädare för organisationer för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och deras anhöriga som framfört kritik mot att den vård som finns ofta inte motsvarar behoven hos barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

Lagar, samhällssektorer och verksamheter utgår inte alltid från en samlad syn på barns och ungas behov av stöd. Mot den bakgrunden föreslås i kapitel 15 vissa förändringar i syfte att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting om insatser för placerade barn och unga. Utredningen bedömer dock att det utöver detta behövs förändringar inom den del av institutionsvården som utförs med stöd av LVU i syfte att säkerställa samlade vård- och stödinsatser till de barn och unga som ofta är i störst behov av dem.

Många barn och unga med omfattande och sammansatta behov vårdas med stöd av LVU vid SiS särskilda ungdomshem. Det ingår i SiS uppdrag att utforma sin verksamhet så att den utgår från

flickors och pojkars samt kvinnors och mäns villkor och behov. Att genom samverkan med andra myndigheter och övriga aktörer verka för en sammanhållen vård är också en del av SiS uppdrag.<sup>79</sup> SiS arbetar aktivt med dessa frågor och har bl.a. inrättat specialiserade avdelningar för unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Myndigheten har dock inte ett uttalat ansvar för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser, även om den formellt sett har möjlighet att anställa läkare.

Frågan om individualisering, differentiering och specialisering berör inte enbart SiS särskilda ungdomshem. Mycket talar för att barn och unga som vårdas vid andra HVB med stöd av LVU också har behov som kräver en sammanhållen vård. Utredningen har i det närmaste föregående avsnittet framhållit att det är särskilt angeläget att säkerställa tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid enskilt och kommunalt drivna HVB som bedriver vård med stöd av LVU. Det gäller i synnerhet om verksamheten har en inriktning mot barn och unga med psykiska funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa.

Sammantaget bedömer utredningen att behovet av en integrerad vårdform, där både vård enligt LVU och specialiserad hälso- och sjukvård kan utföras samtidigt, är så stort att frågan bör utredas vidare. Utgångspunkten bör vara att vårdformen ska ha ett tydligt och avgränsat uppdrag att bedriva en samlad och specialiserad vård för en mindre grupp barn och unga, i första hand med omfattande neuropsykiatrisk problematik. Behoven behöver dock beskrivas och preciseras mer ingående tillsammans med en analys av vilken kompetens som krävs för att tillgodose dem. Även de juridiska, organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för vårdformen behöver analyseras närmare.

Eftersom en integrerad och mer specialiserad vårdform bör avgränsas till en mindre grupp barn och unga behöver dess roll och funktion utformas i förhållande till arbetet för individualisering, differentiering och specialisering inom institutionsvården i övrigt, särskilt den del som ges med stöd av LVU. Såväl inom SiS som bland enskilt och kommunalt drivna HVB finns det lösningar och planer för ökad individualisering, differentiering och specialisering. Det är angeläget att staten bidrar till överblick och samlad utveckling

---

<sup>79</sup> 4–5 §§ förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

inom detta område som rör begränsade grupper av barn och unga i utsatta situationer och med stora behov. Inte minst gäller det för barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och för barn och unga som är utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad vårdform som samlat kan möta behov av vård med stöd av LVU och hälso- och sjukvård, främst psykiatrisk vård. I uppdraget bör ingå att analysera de övriga förutsättningarna för differentiering och specialisering inom institutionsvård med stöd av LVU, såväl i enskilt och kommunalt drivna HVB som SiS särskilda ungdomshem. Uppdraget bör resultera i ett konkret förslag till hur en integrerad och specialiserad vårdform kan inrättas och en bedömning av vilka ytterligare åtgärder som behövs för specialisering och differentiering av den institutionsvård som bedrivs med stöd av LVU.

Utredningen bedömer att en integrerad och specialiserad vårdform bör kunna placeras inom SiS och vara en form av HVB, men det är angeläget att Socialstyrelsen ges möjlighet att pröva vilken lösning som är lämpligast utifrån juridiska och behandlingsmässiga förutsättningar. Av det skälet använder utredningen termen ”dygnsvård” i beskrivningen av uppdraget.

Uppdraget bör genomföras i samverkan med SiS, SKL och företrädare för enskilda HVB. Barns och ungas erfarenheter och synpunkter bör inhämtas som en del av underlaget för utredningen.

### 16.8.5 Forskning och utveckling

**Utredningens bedömning:** Det behövs ett program för forskning och utveckling om innehåll och kvalitet i samhällsvård för barn och unga. Ett sådant program bör särskilt omfatta stöd till praktisknära forskning. Det ligger inom ramen för Fortes möjligheter till fortsatta initiativ inom området att ta fram ett sådant program.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör, inom ramen för sitt utvidgade uppdrag inom socialtjänstområdet, överväga möjligheterna att ta fram en systematisk kunskapsöversikt om stöd till familjehem.

## Forsknings- och utvecklingsprogram om innehåll och kvalitet i samhällsvård för barn och unga

Behovet av forskning och utveckling om innehåll och kvalitet i samhällsvård för barn och unga är betydande. Systematiska insatser för att fylla de mycket stora kunskapsluckor som finns är nödvändiga för att säkerställa en god vård för barn och unga i familjehem och på HVB.

Enligt den kunskapsöversikt som Bo Vinnerljung och Tore Andreassen skrivit för Forte är kunskapen starkt begränsad om vilka barn som har nytta av en institutionsvistelse, vilka kombinationer av åtgärder som är effektivast för vem eller varför interventioner fungerar när de faktiskt gör det. I de nordiska länderna finns det inte några effektstudier av institutionsvård, endast ett fåtal resultatstudier och ett antal registerstudier. Problemet gäller i viss mån även familjehemsvård med ett rehabiliterande syfte. Ett första steg kan vara försök med före-eftermätningar med standardiserade instrument, ett andra steg kan vara experimentella studier av vanliga behandlingsmetoder.

Vinnerljung och Andreassen pekar på några områden som särskilt behöver uppmärksammas i den fortsatta forskningen om institutionsvård och familjehemsvård med rehabiliterande syfte:

- Individuell förändring före, under och efter institutionsvistelsen. De flesta bedömningar av institutionsvistelsen har genomförts efter vistelsen.
- Sambandet mellan det som erbjuds och barnens utvecklingsmässiga nivå och funktion. En placering som är lämplig för en 13-åring kan vara olämplig för en 17-åring.
- Utveckling av väl beskrivna institutionsmodeller och en evaluering av dessa. Undersökningar om effekterna av institutionsbehandling har oftast behandlat institutioner utan hänsyn till skillnader i innehåll och organisation.

Även flera andra utvecklingsområden nämns i kunskapsöversikten. Det handlar bl.a. om kartläggningar av psykisk ohälsa med diagnostiska instrument samt praktisknära försök där socialtjänsten tillförs medicinsk eller pedagogisk kompetens utifrån positiva erfarenheter från andra länder.

Utredningen konstaterar att de frågor som Vinnerljung och Andreassen tar upp har stor relevans för utvecklingen av innehåll och kvalitet i vården för barn och unga med stöd av LVU. Frågorna har berörts i olika satsningar under senare år, bl.a. avseende barns och ungas psykiska hälsa, men inte fått någon långsiktig lösning eller behandlats just utifrån placerade barns och ungas förhållanden.

Fortes initiativ med att ta fram en kunskapsöversikt är mycket välkommet, enligt utredningens bedömning. Det behöver dock följas av konkreta insatser för stöd till fortsatt forskning och utveckling om stödet till barn och unga i samhällsvård. Ett program för sådana insatser är angeläget och ligger inom ramen för Fortes möjligheter till fortsatta initiativ inom området. Utredningen bedömer att ett sådant program också bör omfatta stöd till praktisknära forskning, som har stor betydelse för utvecklingen av nya metoder och arbetssätt som efter hand kan bli föremål för större utvärderingar.

Vidare är en belysning av konsekvenserna av den tilltagande professionaliseringen inom familjehemsvården angelägen.

### **Kunskapsöversikt om stöd till familjehem**

Stöd till familjehem är en grundläggande fråga för att de ska kunna ge placerade barn och unga en god vård. Enligt Vinnerljungs och Andreassens kunskapsöversikt för Forte finns det nära nog ingen svensk forskning som visar på vilka former av stöd som ger positiva effekter, t.ex. för att minska antalet avbrutna placeringar. I andra länder har olika stödprogram dock visat goda resultat, bl.a. metoder för att minska stress för barn och familjehemsföräldrar och för att stödja anknytningsbeteende. Även starkt strukturerat stöd till familjehemmen har visat positiva effekter på stabilitet.

En kunskapsöversikt av den forskning som är tillgänglig om stöd till familjehem skulle, enligt utredningens bedömning, vara ett värdefullt bidrag för fortsatta utvecklingsinsatser. För att bli ett användbart underlag bör kunskapsöversikten omfatta såväl generella utbildningar som olika former av program, metoder och arbetssätt för stöd i delar av familjehemsvården. Effekter och andra dokumenterade resultat av stödet bör belysas i översikten. Det är också viktigt med de olika utbildningarnas och stödformernas

relevans för svenska förhållanden och att eventuella etiska aspekter på utbildningarna och stödet diskuteras.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kommer under 2015 att få ett vidgat uppdrag som också omfattar socialtjänstens område. Utredningen bedömer att SBU, inom ramen för sitt utvidgade uppdrag, bör överväga möjligheterna att ta fram en systematisk kunskapsöversikt om stöd till familjehem.

# 17 Verksamheten vid särskilda ungdomshem

## 17.1 Uppdraget

Enligt direktiven ska utredningen göra en övergripande översyn av de bestämmelser som gäller för verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen och bedöma behovet av författningsändringar. I det ingår att studera bestämmelserna om de särskilda befogenheterna, bl.a. avskiljning, i syfte att tydligare ge uttryck för den restriktivitet som ska iakttas vid användningen. Utredningen ska beakta de förslag som Statens institutionsstyrelse (SiS) har lämnat till regeringen. Utredaren ska föreslå följdändringar även i annan lagstiftning som avser SiS verksamhet, t.ex. vård som bedrivs enligt lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård (LSU) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), i den mån de är en konsekvens av eventuella ändringsförslag i LVU. Utgångspunkten för utredningens arbete i denna del är att bestämmelserna ska vara tydliga och konsekventa i syfte att stärka den enskildes rättssäkerhet samtidigt som de tillgodoser behovet av säkerhet och trygghet för både boende och personal.

I detta kapitel lämnar utredningen förslag till ändringar i de bestämmelser som reglerar verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen. Utredningen lämnar även förslag till vissa ändringar i LSU och LVM.

## 17.2 SiS verksamhet

SiS ansvarar för sådana hem som avses i 12 § LVU, dvs. de särskilda ungdomshemmen. På de särskilda ungdomshemmen bedrivs individuellt anpassad tvångsvård och behandling av ungdomar som på



någon grund som anges i 3 § LVU behöver stå under särskilt noggrann tillsyn. Det är bara på SiS särskilda ungdomshem som barn och unga kan låsas in och hållas kvar med tvång. Det finns inte något formellt hinder för att den som vårdas med stöd av 2 § LVU placeras vid ett särskilt ungdomshem. Vissa särskilda ungdomshem kan även ta emot barn och unga som vårdas på frivillig grund med stöd av bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Det finns 24 särskilda ungdomshem med drygt 600 platser för akutplacering, utredningsplacering och behandlingsplacering. De flesta platserna är läsbara.<sup>1</sup> SiS särskilda ungdomshem tar emot ungdomar med psykosociala problem, utagerande beteende, drogmissbruk och kriminalitet.

SiS bedriver också tvångsvård och behandling för vuxna med missbruksproblem samt verkställer slutna ungdomsvård.

### 17.2.1 Platsanvisning

Om socialnämnden har beslutat att den unge ska vistas i ett särskilt ungdomshem ska SiS enligt 12 § andra stycket LVU anvisa plats i ett sådant hem. Bestämmelsen anger inte inom vilken tid en plats ska anvisas av SiS. JO har konstaterat att det ligger i sakens natur att när socialnämnden har beslutat om ett omedelbart omhändertagande och bedömt att den unge ska beredas plats på ett särskilt ungdomshem måste SiS skyndsamt kunna tillhandahålla en lämplig plats. Enligt JO är det uppenbart att det som regel krävs att en plats kan tillhandahållas mer eller mindre omedelbart.<sup>2</sup> JO har vid granskning av ett ärende där socialtjänsten hade erbjudits en plats efter två dagar från ansökan uttalat att det självfallet kan finnas situationer när ett visst dröjsmål med placeringen är ofrånkomlig. En sådan situation skulle kunna uppstå exempelvis efter en brand, en omfattande skadegörelse eller någon annan oförutsedd händelse som gör det nödvändigt att snabbt placera om ett antal personer. Att SiS i det aktuella fallet kunde erbjuda en akutplats först efter två dagar berodde dock på problem av ett helt annat slag och SiS kritiserades för dröjsmålet.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> www.stat-inst.se

<sup>2</sup> JO beslut den 6 september 2000 med dnr 1796-2000.

<sup>3</sup> JO beslut den 25 september 2014 med dnr 3359-2014.

## 17.2.2 De särskilda befogenheterna

De barn och unga som vårdas på SiS särskilda ungdomshem har ofta svårigheter i form av drogmissbruk, impulsivt temperament, psykiska och psykosomatiska besvär samt utagerande- och kriminellt beteende. De har ofta en relativt hög benägenhet att reagera med aggression och våld.<sup>4</sup> Vidare är det välkänt att ungdomar med olika typer av utagerande problematik som vistas tillsammans på institution kan ha en "smittoeffekt" på varandra. Särskilt gäller detta om man blandar ungdomar med låg risk för anti-socialt beteende med ungdomar med hög risk för motsvarande beteende. Sammantaget innebär dessa olika omständigheter att konfliktsituationer av varierande svårighetsgrad, innefattande större eller mindre inslag av våld, mellan ungdomar och personal eller mellan olika ungdomar som är placerade på samma avdelning/institution, kan utgöra relativt frekventa inslag på SiS särskilda ungdomshem.<sup>5</sup> Varje år inträffar allvarliga incidenter som leder till personskador både på andra ungdomar och på SiS personal. Det handlar ibland om ungdomar som är mycket utagerande och som blir fritagna under vapenhot.<sup>6</sup> Ungdomarnas komplexa problematik innebär att det finns behov av att i vissa situationer kunna vidta särskilda åtgärder för att säkerställa att barn och unga inte kommer till skada. För att kunna genomföra vården på de särskilda ungdomshemmen har SiS därför rätt att använda vissa särskilda befogenheter. Det innebär att personalen har rätt att ta till vissa tvångsåtgärder om det bedöms nödvändigt för att kunna genomföra vården.

De särskilda befogenheterna är

1. begränsningar av rörelsefriheten (15 § LVU),
2. begränsningar i rätten att ringa och ta emot telefonsamtal och ta emot besök (15 a § LVU),
3. vård vid låsbar enhet (15 b § LVU),
4. vård i enskildhet (15 b § LVU),
5. hållas i avskildhet (15 c § LVU),

---

<sup>4</sup> SiS (2012a) s. 14.

<sup>5</sup> A.a.s. 14.

<sup>6</sup> Uppgift till utredningen från SiS.

6. förbud mot berusningsmedel m.m. och omhändertagande av egendom (16 § LVU),
7. kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (17 § LVU),
8. skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov (17 a § LVU),
9. övervakning av brev och andra försändelser (19 § LVU),
10. förstörande eller försäljning av egendom (20 § LVU), och
11. polishandräckning (43 § LVU).

De särskilda befogenheterna gäller den som vårdas enligt 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagen enligt 6 § LVU om grunden för omhändertagandet är att det är sannolikt att den unge behöver beredas vård enligt 3 § LVU.<sup>7</sup>

Av 18 § LVU och 8 kap. 4 § socialtjänstförordningen (SoF) följer dock att SiS för en viss institution kan medge att 16 och 17 §§ LVU ska gälla för alla som vårdas där. Det innebär således att de särskilda befogenheterna förbud mot berusningsmedel m.m. och omhändertagande av egendom samt möjligheten till kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning även kan gälla barn och unga som är placerade vid ett särskilt ungdomshem med stöd av 2 § LVU eller SoL. SiS har använt sig av denna möjlighet för samtliga sina hem.

### Visitation av bostadsrum

Det finns ingen särskild bestämmelse i LVU som ger personalen någon uttrycklig rätt att företa visitationer av de ungas bostadsrum. JO har emellertid ansett att personalen har rätt att företa visitationer av de ungas bostadsrum även om dessa inte lämnat något samtycke eller inte är närvarande. Dels för att kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får sägas vara mer långtgående än en visitation av ett bostadsutrymme, dels för att själva frihetsberövandet får anses innebära en så övergripande och vittgående rättighetsinskränkning att en undersökning av bostadsrummet

---

<sup>7</sup> SiS (2012) Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m s. 7. Överlämnade till utredningen från SiS.

framstår som en helt underordnad åtgärd. Enligt JO följer det av 18 § LVU att visitationsrätten även omfattar den som vistas frivilligt på ett särskilt ungdomshem. Enligt JO utgör rumsvisitationer ett löpande inslag i vården och behöver inte dokumenteras i form av särskilda beslut.<sup>8</sup>

Enligt SiS interna riktlinjer har institutionerna rätt att genomföra visitationer av bostadsrum och gemensamma lokaler med de hjälpmedel som anses erforderliga. Det kan t.ex. innebära att man låter en narkotikahund söka igenom bostadsrummen och övriga lokaler.<sup>9</sup>

### 17.2.3 Proportionalitetsprincipen

I enlighet med proportionalitetsprincipen får de särskilda befogenheterna endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas (20 a § LVU). Proportionalitetsprincipen innebär att en tvångsåtgärd i fråga om art, styrka, räckvidd och varaktighet ska stå i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärden.

Bestämmelsen i 20 a § är tillämplig vid alla tvångsåtgärder utom omhändertagande av sådan egendom som avses i 16 §. Detta följer av att omhändertagande av sådan egendom är obligatorisk.

Proportionalitetsprincipen innebär att skälen för att vidta en tvångsåtgärd inom ramen för vården enligt LVU ska ställas i relation till de olägenheter ingripandet innebär för den enskilde i fråga om bl.a. hans eller hennes självbestämmande och integritet. Det betyder att en tvångsåtgärd ska stå i rimlig proportion till vad man kan vinna med åtgärden och den nytta som tvångsåtgärden kan ha för den enskilde. Om syftet med tvångsåtgärden kan tillgodoses genom någon mindre ingripande åtgärd, ska den åtgärden väljas. Proportionalitetsprincipen ger således uttryck för att minsta möjliga tvång ska användas för att nå det avsedda syftet och innebär samtidigt en erinran om att tvånget får användas endast om syftet med åtgärden inte kan tillgodoses genom mindre ingripande

---

<sup>8</sup> JO 1998/99 s. 262.

<sup>9</sup> SiS (2012) Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m. s. 51.

åtgärder. Vid användningen av de särskilda befogenheterna ska således en avvägning alltid göras i detta avseende.<sup>10</sup>

#### 17.2.4 Rätt att överklaga beslut om de särskilda befogenheterna

Enligt 42 § första stycket LVU får SiS beslut rörande de särskilda befogenheterna överklagas hos förvaltningsrätten, om beslutet

- innebär inskränkningar i särskilt fall av rätten för den som vistas i hemmet att föra telefonsamtal eller ta emot besök,
- gäller vård i enskildhet,
- gäller att hållas i avskildhet, eller
- avser förstörande eller försäljning av egendom.

Övriga beslut får inte överklagas, dvs.

- vård vid låsbar enhet,
- förbud mot berusningsmedel m.m. och beslut om omhändertagande av egendom,
- kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning,
- skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov, och
- övervakning av brev och andra försändelser.

Barn under 15 år är inte behöriga att själv överklaga beslut om de särskilda befogenheterna. Om barnet är under 15 år så är det den unges vårdnadshavare som har talerätt i dessa mål. Enligt SiS bör därför institutioner som har ungdomar under 15 år i sin vård utarbeta rutiner som säkerställer att vårdnadshavare utan dröjsmål delges beslut som får överklagas enligt 42 § LVU. Vårdnadshavaren ska informeras om möjligheten att överklaga beslutet och inom vilken

---

<sup>10</sup> Prop. 2004/05:123 s. 59 f.

tid detta måste ske.<sup>11</sup> Den som överklagar ett beslut om särskilda befogenheter har inte rätt till offentligt biträde (39 § LVU).

### 17.3 Särskilt om vård i enskildhet och hållas i avskildhet

De särskilda befogenheterna *vård i enskildhet* och *hållas i avskildhet* ligger nära varandra begreppsmässigt och sammanblandas ibland med varandra.

*Vård i enskildhet* innebär att den unge vårdas på en egen enhet utan möjlighet att träffa andra boende men ständigt tillsammans med personal. Vården ska svara mot ett väl definierat förutsebart vårdbehov hos den enskilde klienten. Sådan vård får pågå under högst två månader i följd om inte särskilda behandlingsskäl motiverar en längre tid.

*Hållas i avskildhet* (avskiljning) innebär att den unge hålls skild från andra i ett rum med stängd dörr och under fortlöpande uppsikt av personal. Avskiljning får vidtas om den unge uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Den unge får inte hållas i avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

#### 17.3.1 Vård i enskildhet

Enligt 15 b § LVU får, om det krävs med hänsyn till den unges speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet, en intagen på en låsbar enhet hindras från att träffa andra intagna genom att vårdas i enskildhet.

Barnet eller den unge<sup>12</sup> får vårdas vid en sådan enhet under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vården vid enheten pågå längre tid, förutsatt att förutsättningarna för vård i enskildhet fortfarande föreligger och barnet eller den unge samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. En fråga om vård i enskildhet ska prövas

---

<sup>11</sup> SiS (2012)Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m. s. 69.

<sup>12</sup> Lagtexten använder begreppet "den intagne".

fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning.

Vistelse i öppnare former kan innebära att barnet eller den unge regelbundet deltar i behandlings- och/eller fritidsaktiviteter utanför avdelningen. Daglig vistelse i skola eller på praktikplats är andra exempel på vistelse i öppnare former.<sup>13</sup>

Bestämmelsen om vård i enskildhet infördes den 1 juli 2003. Samtidigt förtydligades bestämmelsen om avskiljning. Ändringen föranleddes av JO:s tolkning av bestämmelsen om avskiljning. En institution inom SiS hade av behandlingsskäl låtit ungdomar bo enskilt vid en avdelning utan möjlighet att träffa andra boende. Personal fanns med den unge på den aktuella avdelningen, och enligt SiS mening kunde man därmed inte anse att den unge hölls avskild. JO menade emellertid att SiS tolkning inte stämde överens med lagens mening. Enligt JO avsågs med ”hållas avskild från de övriga vid hemmet” alla situationer där den unge genom institutionens åtgärder hindras från att träffa andra.<sup>14</sup>

När bestämmelsen infördes anfördes i förarbetena att det individuella vårdbehovet för ungdomar med vissa neuropsykiatriska svårigheter, t.ex. ADHD, kan göra det svårt för dem att bo tillsammans med flera andra ungdomar. En del av dessa unga far direkt illa i en grupp och kan periodvis behöva enskild vård under en viss tid för att kunna klara att vistas i grupp. Också när det gäller ungdomar som är påverkade av alkohol eller narkotika kan det finnas behov av att han eller hon vistas en tid enbart tillsammans med personal. Detta eftersom det är svårt att klara av att vara i grupp om man är påverkad eller har svår abstinens. Vidare behöver ett fåtal ungdomar som är särskilt våldsamma eller hotfulla ibland vårdas enskilt, särskilt i början av behandlingsperioden. Behandlingspersonalen kan därigenom förhindra eller avbryta ett våldsamt utagerande beteende genom att den unge vårdas med behandlingspersonal under en period. Även i dessa fall är sådan enskild vård motiverad av vårdskäl, men också för att den unges eller de övriga boendes säkerhet ska kunna garanteras. Däremot kan personalens säkerhet inte motivera vård i enskildhet. Alternativet, att ha den unge kvar i gruppen, innebär i stället akuta avskiljningar med stöd

---

<sup>13</sup> SiS (2012) Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m. s. 25.

<sup>14</sup> JO 2002/03 s. 222.

av 15 § c LVU, inte bara av den unge själv utan ofta också av andra ungdomar i gruppen. Detta försvårar och kan till och med omöjliggöra behandlingen.<sup>15</sup>

Vård i enskildhet skiljer sig således från att hållas i avskildhet, se nedan. För det första svarar vård i enskildhet mot ett väl definierat vårdbehov hos det enskilda barnet eller den unge vilket för det andra inte uppträder akut utan kan förutses. Normalt sett bör detta behov vara av sådan art att det klart och tydligt kan beskrivas i den individuella behandlingsplan som upprättats vid SiS-institutionen. Vård i enskildhet innebär också att barnet eller den unge vistas i enskildhet från andra boende men tillsammans med personal.

### SiS kartläggning av vård i enskildhet

SiS har genomfört en kartläggning av vård i enskildhet.<sup>16</sup> Av kartläggningen framgår att det under år 2012 fattades totalt 640 beslut om vård i enskildhet inom ungdomsvården, vilket är en ökning med 110 beslut jämfört med 2011 då 529 beslut fattades. Under åren 2008–2011 var det totala antalet beslut om vård i enskildhet relativt konstant. Flertalet av SiS institutioner har också byggt till lokaler för att kunna bedriva vård som inte ges i grupp. Antal dagar som ungdomarna vårdats i enskildhet under år 2011 varierade från en dag till 286 dagar. De flesta perioder av vård i enskildhet varade mellan en och 10 dagar, där två dagar var vanligast.

Antalet beslut om avskiljning minskade betydligt under perioden 2008–2011 för att sedan öka med 59 beslut under 2012. Under 2012 fattades 705 beslut om avskiljning.<sup>17</sup> En jämförelse mellan antalet beslut om avskiljning och antalet beslut om vård i enskildhet upp till en dag visar att en minskning av antalet beslut om avskiljningar inte följs av en ökning av antalet beslut om vård i enskildhet. Förändringar i antalet beslut ser snarare ut att ha följts åt de senaste åren. Under perioden 2009–2011 minskade antalet beslut om vård i enskildhet upp till en dag. Även beslut om avskiljningar minskade under samma period. 2012 har antalet beslut, som nämnts, ökat något. Enligt SiS är det rimligt att anta att verk-

---

<sup>15</sup> Prop. 2002/03:53 s. 99.

<sup>16</sup> SiS (2013) s. 11.

<sup>17</sup> Uppgift från SiS i juni 2013.



samhetens arbete för en rättssäker tillämpning av avskiljningar även kan förklara minskningen i antalet beslut som avser vård i enskildhet upp till en dag.<sup>18</sup>

Av kartläggningen framgår att det varken av beslutsmotiveringar eller av journaler framgår tydligt att det föreligger ett sådant uttalat vårdbehov som förarbeten eller lagstiftning förutsätter. Snarare tycks verksamheten vara i behov av någon form av tillfällig respit för att i enskild kontakt med den unge sortera i samspelsvårigheter, konflikter eller annat beteende som uppges försvåra samvaron i grupp. Enligt kartläggningen förefaller det som att verksamheten är i behov av alternativ som inte innebär att helt isolera den unge från verksamheten men som ändå ger utrymme för att temporärt hantera uppkomna situationer enskilt.

Som en del av arbetet med att kvalitetssäkra sin vård och behandling har SiS genomfört fokusgrupper med inriktning på att kartlägga ungdomars upplevelse av de särskilda befogenheterna.<sup>19</sup> I fokusgrupperna om att vårdas i enskildhet framkom att ungdomar med erfarenhet av vårdformen grovt kan delas in i två kategorier

- Den unge samtycker till vårdformen och önskar möjligheter att dra sig undan från övriga gruppen.
- Den unge motsätter sig vårdformen och upplever den som ett straff.

Trots att ungdomarna har olika utgångspunkter i förhållande till vårdformen är deras upplevelser av vård i enskildhet i flera avseenden gemensamma. Ungdomarna uttryckte starka känslor av maktlöshet och beskrev svårigheten i att vara beroende av och utlämnad till personalens bedömning. Ingen av de intervjuade ungdomarna upplevde att de fått en tydlig beskrivning av vilken vård de behövde och hur den skulle bedrivas, vilka behandlingsmål som skulle uppnås och på vilket sätt de själva kunde påverka sin situation. I intervjuerna efterlyste de unga fler aktiviteter och tydligare behandlingsinslag. Av intervjuerna framgick vidare att de unga inte alltid hade tillgång till personal. De beskrev vård i

---

<sup>18</sup> SiS (2013) s. 7.

<sup>19</sup> SiS (2013e).

enskildhet som långa ensamma dagar framför tv:n och otaliga DVD-filmer som huvudsakligt sällskap och tidsfördriv.<sup>20</sup>

Sammantaget ger SiS kartläggning av vård i enskildhet en bild av obefintliga eller otydliga behandlingsmål samt avsaknad av uppföljning.<sup>21</sup>

### 17.3.2 Hållas i avskildhet

Enligt 15 c § LVU får, om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen, den intagne hållas i avskildhet (avskiljning). Han eller hon ska då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Barnet eller den unge<sup>22</sup> får inte hållas i avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd. Är barnet under 15 år ska läkare skyndsamt yttra sig om avskiljningen. Om läkaren begär det ska avskiljningen genast avbrytas.

Avskiljning får således endast förekomma om det är särskilt påkallat. Av SiS interna riktlinjer framgår att avskiljning är ett tvångsmedel som ska användas mycket restriktivt och att avskiljning på inga villkor får användas som någon form av sanktion eller bestraffning. Avskiljning måste grundas på ett pågående beteende hos den unge som gör det särskilt påkallat med avskiljning. Det beteende som kan berättiga avskiljning är att den unge uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Exempel på våldsamt uppträdande kan vara att den unge slår sönder inredning på en avdelning alternativt går till angrepp mot personal eller andra ungdomar, med eller utan tillhyggen.<sup>23</sup>

Det kan också förekomma att en ungdom måste avskiljas från de övriga utan att allvarligt våld förekommer, som t.ex. i en nödsituation där det förekommer akut självmordshot.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> SiS (2013) s. 10 f.

<sup>21</sup> A.a. s. 11.

<sup>22</sup> Lagtexten använder begreppet "den intagne".

<sup>23</sup> SiS (2012) Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m. s. 34.

<sup>24</sup> SiS (2012b) s. 7 och 21 f.

När den unge förs till avskiljning kan personalen bli tvungen att hålla fast eller lägga ner honom eller henne på golvet. Slag och sparkar får inte förekomma och när den unge inte längre uppträder störande får fysiskt tvång inte användas överhuvudtaget.<sup>25</sup>

Under avskiljningen ska den unge stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Syftet är i första hand att förhindra att den unge kommer till skada eller skadar sig själv men också att kontinuerligt bedöma om avskiljningen kan avbrytas. Om personalen inte hela tiden kan ha uppsikt över den unge anser SiS att det uppfyller lagens krav på fortlöpande uppsikt att personalen ser till den unge var femtonde minut om inte omständigheterna gör att det behövs tätare tillsyn.<sup>26</sup>

För att barnet eller den unge ska anses avskild förutsätts att det sker genom en åtgärd från hemmets sida. I förarbetena till bestämmelsen står att den unge vid en avskiljning låses in ensam, oftast i ett för ändamålet särskilt avsett rum, medan han eller hon står under ständig uppsikt av personalen.<sup>27</sup> JO har dock uttalat att en avskiljning inte förutsätter att dörren till rummet är låst. Det väsentliga är att den unge faktiskt hålls avskild på ett sådant sätt att han eller hon inte fritt kan ta kontakt med de övriga ungdomarna. Inte heller är det en nödvändig förutsättning att personalen lämnar rummet; det är ju inte personalen som den unge är avskild från.<sup>28</sup> Att barnet eller den unge hålls instängd i ett särskilt rum eller i sitt eget rum utan möjlighet att lämna rummet utgör således typiska fall av avskiljning.<sup>29</sup> JO har vidare uttalat att ett beslut om avskiljning alltid bör meddelas om det i en viss uppkommen situation skulle vara tveksamt om vidtagande av en tänkt åtgärd skulle innebära ett avskiljande enligt 15 c § eller inte, bl.a. eftersom ett sådant beslut kan överklagas till förvaltningsrätten.<sup>30</sup>

Är den unge under 15 år ska läkare skyndsamt yttra sig om avskiljningen. Det krävs inte något läkaryttrande innan en avskiljning får börja verkställas. Något formellt krav på att läkaren träffar eller undersöker den unge innan han eller hon yttrar sig finns inte.

---

<sup>25</sup> SiS (2012) Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m. s. 35.

<sup>26</sup> A.a. s. 36.

<sup>27</sup> Prop. 2002/03:53 s. 99.

<sup>28</sup> JO 2008/09 s. 305.

<sup>29</sup> JO 2002/03 s. 222 och prop. 2002/03:53 s. 106.

<sup>30</sup> JO 2008/09 s. 305.

Läkaren avgör själv under vilka förutsättningar han eller hon vill yttra sig. Om läkaren begär det ska åtgärden genast avbrytas.

Avskiljningen får inte pågå under längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt. En och samma avskiljning får inte i något fall pågå under längre tid än 24 timmar i följd. Det ska ske en fortlöpande prövning om avskiljningen kan avslutas. Denna prövning ska dokumenteras i journalen minst en gång i timmen. Enligt SiS interna riktlinjer ska den unge, efter avslutad avskiljning, erbjudas ett samtal om det inträffade.<sup>31</sup>

Majoriteten av de ungdomar och klienter som vårdas hos SiS blir aldrig avskilda. Under år 2012 fattades 691 beslut om att hålla någon i avskildhet med stöd av LVU. Avskiljningarna varade i snitt en timme och 26 minuter. Majoriteten av alla avskiljningar, 96 procent, var kortare än sex timmar.<sup>32</sup> I knappt 85 procent av fallen varade avskiljningen mindre än två timmar.<sup>33</sup> Under år 2014 fattades 786 beslut om att hålla någon i avskildhet. Den genomsnittliga tiden för en avskiljning har ökat marginellt. Majoriteten av alla avskiljningar under året, 94 procent, varade kortare tid än sex timmar.<sup>34</sup>

Av SiS fokusgrupper med inriktning på att kartlägga klienters och ungdomars upplevelse av avskiljning har det framkommit fem tydliga teman:

- Bli lyssnad på.
- Maktkamp.
- Utsatthet.
- Bemötande.
- Kommunikation.

Av fokusgrupperna framkom att avskiljning kan upplevas som ett verktyg för att visa makt och att avskiljning setts som ett straff och att man inte haft kännedom om lagtexten kring befogenheten. De intervjuade poängterade att kommunikation var grunden för om

---

<sup>31</sup> SiS (2012) Riktlinjer/Juridik, LVU, Flik 6 Särskilda befogenheter m.m. s. 37.

<sup>32</sup> SiS (2012c) s. 10 och 25.

<sup>33</sup> SiS, Skrivelse till utredningen den 13 juni 2013.

<sup>34</sup> SiS (2015) s. 48 f.

situationen skulle resultera i något bra eller dåligt. Det är viktigt med ett respektfullt bemötande samt att det finns en dialog där alla parter får komma till tals och ge sin syn på saken. De intervjuade framhöll vidare att det är viktigt att det går att signalera till personalen att man vill prata under tiden som avskiljningen pågår. De framhöll även att det är viktigt att få ge sin syn på situationen efter en avskiljning och att samtal därför alltid ska erbjudas efter en avskiljning. Ett förslag som kom fram var att det på varje institution borde finnas en person som övervakar hur avskiljningarna går till, en person som följer med till avskiljningen och kontrollerar att det går rätt till.<sup>35</sup>

### 17.3.3 Krav på att avskiljning av barn avskaffas

Under hösten 2008 granskade Barnombudsmannen (BO) drygt 450 avskiljningar på särskilda ungdomshem. Enligt BO visade granskningen att avskiljningar använts på ett sätt som inte är förenligt med vare sig barnkonventionen, svensk lagstiftning eller de riktlinjer som SiS har. Avskiljning hade i flera fall använts rutinmässigt eller som bestraffning och det fanns även exempel på att barn och unga som haft ångest eller befunnit sig i kris avskilts i stället för att få adekvat behandling. Under den aktuella perioden hade cirka 100 avskiljningar berört barn under 15 år. I en skrivelse till regeringen i februari 2009<sup>36</sup> och en kompletterande skrivelse i juni 2009<sup>37</sup> har BO framfört att avskiljning av barn och unga strider mot barnrättskommitténs general comment nummer 10 (CRC/C/GC/10) som rör rättigheter för unga lagöverträdare. Denna stadgar att

Alla disciplinära åtgärder måste stå i överensstämmelse med upprätthållandet av den unges inneboende värdighet och de grundläggande målen med vård på institution; disciplinära åtgärder som bryter mot barnkonventionens artikel 37, så som kroppslig bestraffning, placering i en mörk cell, isolering eller andra straff som kan skada barnets fysiska eller mentala hälsa eller välmående måste vara strängt förbjudna.

---

<sup>35</sup> SiS (2011a) s. 6.

<sup>36</sup> BO (2009), skrivelse till Socialdepartementet den 16 februari och korrigerad version den 18 februari, S2009/1417/ST.

<sup>37</sup> BO (2009), skrivelse till Socialdepartementet den 24 juni 2009, S2009/1417/ST.

BO anser att all avskiljning av barn och unga på särskilda ungdomshem bör förbjudas. BO menar att en lagändring är nödvändig då dagens möjlighet att avskilja barn och unga står i strid med barnkonventionen. Vidare har BO påpekat att trots att beslut om avskiljning kan överklagas till förvaltningsrätten så sker inte detta. Barn och unga känner inte till möjligheten och ett överklagande kan enbart ske i efterhand när avskiljningen redan ägt rum. Barn under 15 år saknar dessutom rätt att överklaga. I deras fall är det enbart vårdnadshavaren som kan överklaga. För att stärka barns och ungas rättssäkerhet föreslår BO att ett nationellt oberoende barnombud inrättas vid Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Barnombudet ska ha till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen.<sup>38</sup>

FN:s barnrättskommitté har vid de två senaste granskningarna av hur Sverige förverkligar de rättigheter som anges i barnkonventionen uttalat sig om avskiljning av barn. År 2009 rekommenderades Sverige att se över den nuvarande tillämpningen av avskiljning och införa förändringar i den nuvarande lagstiftningen där så är lämpligt. Kommittén uttalade att inlåsning i avskildhet inte ska användas såvida det inte bedöms som absolut nödvändigt och att avskiljningsperioden inte får överstiga 24 timmar. Kommittén rekommenderade Sverige att begränsa tillämpningen av avskiljning till mycket sällsynta undantagsfall, minska tidsperioden som är tillåten för den och sträva efter att så småningom ta bort den. Kommittén rekommenderade också Sverige att säkerställa att alla barn som har blivit omhändertagna ges adekvat rättslig representation. Vid den senaste granskningen 2015 har dock barnrättskommittén skärpt kraven på Sverige vad gäller avskiljning. Med hänvisning till barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 8 om Barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning samt barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 13 Barnets rätt till frihet från alla former av våld, kräver kommittén att Sverige förbjuder avskiljning av barn i alla sammanhang. Barnrättskommittén har även uppmanat Sverige att

---

<sup>38</sup> BO (2009 och 2010), Skrivelser till socialminister Göran Hägglund: Förbud isolering av barn och unga med dnr 9.2:0138/2009 och Lagstiftningen som rör placerade barn måste utgå från barnets rättigheter med dnr 9.2:0293/10.

tillhandahålla utbildning till personalen om metoder of non-violent and non-coercive care<sup>39</sup>

FN:s tortyrkommitté (CAT)<sup>40</sup> har i november 2014 krävt att Sverige avskaffar möjligheten till ”solitary confinement” av barn i ungdomshäkten och på institutioner för unga.<sup>41</sup> Exakt vad som avses med ”solitary confinement” kan diskuteras. Isolering är en annan åtgärd än avskiljning och är inte tillåten på de särskilda ungdomshemmen.<sup>42</sup>

Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr (European Committee for the Prevention of Torture, CPT)<sup>43</sup> besökte SiS ungdomshem Fagared i juni 2009. I rapporten redovisade CPT två fall där en ung person uppgav att personalen hade använt övervåld i samband med en avskiljningssituation. CPT rekommenderade att personalen på Fagared skulle informeras om att inte mer våld än vad som är nödvändigt får användas och att säkra tekniker användes. Vidare påtalade CPT att det fanns brister i dokumentationen av avskiljningar och rekommenderade att åtgärder skulle vidtas för att förbättra rapporteringen av sådana händelser. Avslutningsvis konstaterade CPT att det inte framstod som att möjligheten till avskiljning överutnyttjades och att avskiljning oftast pågick under en kort tidsperiod, aldrig överstigande 24 timmar.

---

<sup>39</sup> Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden adopted by the Committee at its 68th session (12–30 January 2015).

<sup>40</sup> FN:s tortyrkommitté har till uppgift att övervaka att stater lever upp till sina åtaganden enligt Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CAT). Varje stat som har ratificerat konventionen är skyldig att kontinuerligt lämna skriftliga rapporter till kommittén. Därefter granskar kommittén rapporten och det hela utmynnar till slut i en kommentar om landet i fråga.

<sup>41</sup> Concluding observations on the sixth and seventh periodic reports of Sweden (CAT/C/SWE/6-7) at its 1252nd and 1255th meetings, held on 4 and 5 November 2014 (CAT/C/SR.1252 and 1255), and adopted the following concluding observations at its 1272nd meeting, held on 18 November 2014 (CAT/C/SR.1272).

<sup>42</sup> Se bl.a. prop. 2002/03:53 s. 99.

<sup>43</sup> CPT är en kommitté som regelbundet besöker Europarådets medlemsstater för att undersöka hur de efterlever den europeiska konventionen för förhindrande av tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling. Kommittén har möjlighet att besöka olika platser där personer är frihetsberövade, såsom polisarrester, kriminalvårdsanstalter, häkten, förvar, sjukvårdsinrättningar med rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård samt särskilda ungdomshem. Kommittén kan efter sitt besök föreslå staten vilka förbättringar som kan göras för att de ska uppfylla sina åtaganden i enlighet med konventionen.

### 17.3.4 SiS översyn av avskiljning samt förslag till författningsändringar

Regeringen gav i juni 2009 SiS i uppdrag att göra en översyn av tillämpningen av avskiljning och redovisa eventuella identifierade brister. I uppdraget ingick också att redovisa vilka åtgärder myndigheten avsåg att vidta för att åtgärda bristerna samt komma med förslag till ändringar av bestämmelserna.

Av SiS redovisning av uppdraget framgår att användningen av avskiljning hade minskat liksom genomsnittstiden. Myndigheten hade vidtagit flera åtgärder, bl.a. infört kollegiegranskning av beslut rörande de särskilda befogenheterna, genomfört utbildningar i rättstillämpning och dokumentation samt skärpt och förtydligat sina interna riktlinjer och rutiner kring beslut om avskiljning. I sin avrapportering av uppdraget föreslog SiS

- att den maximalt tillåtna tiden för avskiljning sänks till sex timmar med möjlighet till förlängning med ytterligare sex timmar,
- att ett förtydligande av lagtexten görs så att avskiljningens karaktär av skydd för den unge och övriga vid institutionen tydliggörs,
- att en läkare eller sjuksköterska, om det behövs med hänsyn till den unges medicinska tillstånd, ska yttra sig om en avskiljningssituation och att en sådan kontakt ska gälla även ungdomar över 15 år, samt
- att det såväl i SoF som i förordningen (1998:641) om verkställighet av sluten ungdomsvård förtydligas att beslut om de särskilda befogenheterna ska vara motiverade.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> SiS skrivelse 2009-12-15 med dnr 31-583-2009, Uppdrag att göra en översyn av avskiljning m.m. (S2009/5081/ST).



### 17.3.5 Särskild tillsyn av avskiljning och vård i enskildhet

Under 2010 tillsynade Socialstyrelsen SiS användning av befogenheterna avskiljning och vård i enskildhet. Granskningen visade att avskiljning och vård i enskildhet succesivt minskat. Den tid ungdomarna vistades i avskildhet var numera förhållandevis kort och hade sedan 2008 mer än halverats. Andelen ungdomar som avskildes minskade mellan 2008 och 2009, men var i det närmaste oförändrad mellan 2009 och 2010. En majoritet av ungdomarna blev aldrig avskilda. Av Socialstyrelsens tillsyn framgick att SiS i huvudsak följer lagens bestämmelser, men att det fanns vissa brister som rörde dokumentation och rättssäkerhet. Flera av bristerna rörde ungdomarnas möjligheter att överklaga beslutet. Det var ibland oklart om den unge delgivits beslutet överhuvudtaget.

En annan brist gällde omprövningen av vård i enskildhet. Socialstyrelsens granskning visade att omprövningar visserligen gjordes, men inte alltid inom den föreskrivna tidsgränsen. Vård i enskildhet användes ibland också i akuta situationer när kriterierna för avskiljning egentligen var uppfyllda.

I samband med tillsynen intervjuades även 110 ungdomar. De som varit med om avskiljning vittnade om att det är en obehaglig upplevelse som känns kränkande. Stämningen är ofta upprörd och situationen kan upplevas våldsamt. Flera ungdomar uppgav att personalens agerande trappat upp situationen och att mindre ingripande insatser inte prövats före avskiljningen. Några ungdomar menade att "det inte behövts mycket" för att bli avskild och att avskiljning använts godtyckligt. Vård i enskildhet upplevdes mindre negativt av ungdomarna. Flera ungdomar uppgav att de inte delgivits beslut eller fått veta att man kan överklaga.<sup>45</sup>

### 17.3.6 Tillsynen över utövandet av de särskilda befogenheterna

Socialstyrelsen genomförde under 2012 totalt 98 inspektioner vid de 25 särskilda ungdomshemmen, både anmälda och oanmälda. I den anmälda tillsynen var inriktningen att granska utövandet av de särskilda befogenheterna. Socialstyrelsen granskade också under

---

<sup>45</sup> Socialstyrelsen (2011a) s. 30 f.

2010 och 2011 ett urval särskilda befogenheter per institution. I en sammanfattande rapport från IVO konstateras att tillsynen visar att ungdomarna övervägande är positiva till vistelsen. Det tyder på att institutionerna i stor utsträckning beaktar deras rättigheter och utövar befogenheterna med respekt för ungdomarna. Enligt IVO kan dock det förhållandet att ungdomarna inte klagat så ofta, också bero på att de förväntar sig tvång och andra inskränkningar och inte är medvetna om de rättigheter de har. Ungdomarna kan uppleva att de inte har något val och att det inte är någon mening med att klaga eftersom olika former av tvång ingår om man är placerad på en SiS-institution. Tillsynens intryck är ändå att det har blivit bättre; SiS följer i huvudsak bestämmelserna i lagen när det gäller utövande av de särskilda befogenheterna. Däremot finns det brister i hur beslut om åtgärderna dokumenteras och hur ungdomarna underrättas om besluten. Vissa institutioner har utformat och motiverat sina beslut slentrianmässigt. Tillsynen konstaterar att de flesta särskilda ungdomshemmen har ambitionen att förbättra kvaliteten utifrån tillsynens krav. Men detta kan skilja från avdelning till avdelning på samma institution. Olikheter i kvalitet och följsamhet kan handla om den ungdomsgrupp man har ansvar för och personalens kompetens.<sup>46</sup>

## 17.4 Tidigare förslag avseende de övriga särskilda befogenheterna

### 17.4.1 SiS förslag till lagändringar

SiS har även i en skrivelse till regeringen i juni 2009 lämnat ett antal förslag till ändringar i den lagstiftning som gäller för SiS verksamhet i syfte att stärka den enskildes rättssäkerhet samt bidra till ökad tydlighet och förutsägbarhet. I skrivelsen föreslår SiS bl.a. följande författningsändringar.

1. Barn som ännu inte har fyllt 15 år, och som vårdas hos SiS med stöd av LVU, bör ges möjlighet att genom ställföreträdare överklaga de beslut som är överklagbara enligt 42 § LVU. Enligt SiS är föräldern/vårdnadshavaren inte alltid tillgänglig för de barn

---

<sup>46</sup> IVO (2013) s. 29 ff.

som vårdas vid de särskilda ungdomshemmen och saknar därför många gånger den insyn som krävs för att kunna tillvarata barnets intressen. Inte heller är det ovanligt att det förekommer motsättningar i relationen mellan barnet och dess vårdnadshavare. Den möjlighet ett barn under 15 år har att få ett sådant beslut som avses i 42 § LVU prövat av domstol är således begränsad till den grad att den i praktiken förefaller illusorisk.

2. Verksamhetschefen vid en sjukhusenhet ska vara skyldig att hindra en ungdom som är intagen på ett särskilt ungdomshem från att lämna sjukhuset. Det förekommer att barn och ungdomar som vårdas med stöd av 3 § LVU initialt har behov av avgiftning. Det kan därför vara nödvändigt att låta vården inledas på sjukhus. Även under vårdtiden kan den unge vara i behov av sjukhusvård, t.ex. i samband med ett suicidförsök. Sjukvårdspersonalen har i dag inte någon möjlighet att hindra den som vårdas enligt LVU vid ett särskilt ungdomshem från att avvika. Enligt 24 § tredje stycket LVM ska verksamhetschefen för den sjukhusenhet där missbrukaren vistas se till att socialnämnden eller SiS genast underrättas, om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset och att han eller hon ska besluta att missbrukaren ska hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem.
3. SiS ska kunna kvarhålla brev som bedöms vara till men för vården eller säkerheten vid de särskilda ungdomshemmen. SiS har möjlighet att öppna och ta del av försändelser som kommer till eller sänds från den unge, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den unges särskilda förhållanden. I LVU och LSU finns emellertid inget stöd för att omhändertaga eller förstöra brev och andra försändelser som från behandlingssynpunkt bedöms olämpliga att lämna över till den unge. Brev som sänds från den unge får inte heller omhändertas. Att förvara breven på institutionen och inte överlämna dem förrän den unge lämnar hemmet är inte heller tillåtet. SiS har uppmärksammat problem med att inte kunna kvarhålla brev som bedöms vara till men för vården eller säkerheten när t.ex. kriminella nätverk uppmanas att värva andra intagna eller när äldre män försökt få kontakt med unga flickor. På samma sätt som vad gäller

enligt 22 a § LPT bör ett beslut att kvarhålla en försändelse vara möjligt att överklaga.

4. SiS ska kunna inskränka intagnas rätt att kommunicera med hjälp av internet och e-post (elektroniska kommunikationstjänster). Enligt LVU, LSU och LVM får den intagne förvägras rätten att ringa och att ta emot telefonsamtal, om det kan äventyra vården eller ordningen i hemmet. Den som är intagen i ett särskilt ungdomshem får vidare i vissa fall underkastas övervakning av sina brev och andra försändelser, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den unges särskilda förhållanden. Enligt 20 a § LPT får chefsöverläkaren besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Enligt SiS behöver även bestämmelserna i LVU, LSU och LVM anpassas till den nya tekniken. Ett beslut om inskränkning i en intagens rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster bör kunna överklagas.
5. Misstankerekvisitet i 32 a § LVM, 17 a § LVU och 17 a § LSU bör tas bort. För att SiS ska kunna bedriva en ändamålsenlig vård är det viktigt att SiS institutioner hålls drogfria. Det kan uppkomma situationer inom myndighetens verksamhet där det vore önskvärt att kunna kontrollera om en intagen är drog-påverkad utan att någon misstanke nödvändigtvis behöver vara för handen. Exempel på sådana situationer kan vara mer eller mindre rutinmässiga kontroller vid intagning som underlag för bedömning av avgiftning eller inför överflyttning till öppnare vårdformer. En motsvarande bestämmelse finns i 52 d § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.
6. SiS skyldighet att förvara en intagens personliga tillhörigheter för tid efter institutionsvistelse bör regleras i LVU, LSU och LVM. Enligt SiS bör ansvaret för kvarlämnade personliga tillhörigheter upphöra efter tre månader från den dag då den intagne lämnat institutionen. SiS ska ha möjlighet att sälja eller förstöra egendomen. Ett beslut om att sälja eller förstöra egendom bör kunna överklagas.

7. Uttrycken "ordningen vid hemmet" och "hållas till ordningen" i LVU, LSU och LVM bör ersättas med mer adekvata formuleringar. Formuleringen "ordningen vid hemmet" kan uppfattas som både ålderdomlig och främmande och kan leda tankarna fel för de som ska tillämpa bestämmelserna. Uttrycket bör därför ersättas med en modernare formulering t.ex. "säkerheten vid hemmet". När det gäller bestämmelserna som rör avskiljning skulle uttrycket "uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen" lämpligen kunna ersättas med "uppträder så våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att vården av honom eller henne försvåras eller säkerheten äventyras" på ett mer adekvat sätt ge uttryck för de förhållanden som ska kunna föranleda en avskiljning.

### Särskilt om rums- och skyddsvisitationer

SiS har vidare i en skrivelse i juni 2011 påtalat behov av att komplettera och förtydliga den lagstiftning som gäller för SiS verksamhet när det gäller s.k. skyddsvisitationer och rumsvisitationer. Skyddsvisitation finns i dag inte reglerat särskilt utan faller inom bestämmelserna för kroppsvsitation. Det krävs således misstanke om att den unge har något på sig som han eller hon inte får inneha för att en skyddsvisitation ska kunna genomföras. SiS ser dock ett behov av att rutinmässigt kunna använda sig av skyddsvisitationer och undersökning med metalldetektor t.ex. när den unge kommer från snickeriet, verkstaden eller matsalen till avdelning.

För att upprätthålla ordningen och säkerheten ser SiS även ett behov av att rutinmässigt kunna kontrollera de intagnas bostadsrum och tillhörigheter. I dag finns inget uttryckligt lagstöd för SiS att utföra sådana kontroller men JO har uttalat att SiS inte behöver dokumentera rumsvisitationer i form av särskilda beslut. SiS anser att rumsvisitationer ur ett rättssäkerhetsperspektiv bör ges uttryckligt lagstöd. I såväl fängelselagen (2010:610) som häkteslagen (2010:611) finns bestämmelser om kontroll av den intagnes bostadsrum.

### 17.4.2 Socialdepartementets promemoria Vissa skyddsåtgärder inom Statens institutionsstyrelses verksamhet

Med anledning av SiS skrivelse i juni 2011 upprättade Socialdepartementet en promemoria som innehöll förslag till bestämmelser i fråga om så kallade skyddsvisitationer och rumsvisitationer vid särskilda ungdomshem och LVM-hem.<sup>47</sup> Förslagen utformades med bestämmelserna i fängeslagen och häkteslagen som förebild.

Enligt förslaget skulle den som vårdas med stöd av LVM eller vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och vistas i ett hem för särskilt noggrann tillsyn samt den som dömts till sluten ungdomsvård kunna kroppsvisiteras för eftersökande av vapen och andra farliga föremål (skyddsvisitation), om det är nödvändigt av säkerhetsskäl. Bestämmelsen avsågs gälla även för andra som vårdas i sådana hem om det var nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen, eller efter regeringens bemyndigande SiS, medgav det.

Vidare föreslogs att bostadsrum, andra slutna förvaringsställen som den som vårdas i ett LVM-hem eller ett särskilt ungdomshem disponerar och föremål som tillhör honom eller henne skulle få kontrolleras (rumsvisitation) i den utsträckning det är nödvändigt för att ordningen eller säkerheten ska kunna upprätthållas. Detsamma föreslogs gälla för den som dömts till sluten ungdomsvård. Endast beslut om rumsvisitation skulle antecknas i journalen.

#### Remissinstansernas synpunkter

Under remissen av promemorian framkom kritik mot att förslagen utformats med bestämmelser som fängeslagen och häkteslagen som förebild. Syftet med vård enligt LVU är att ge barn och unga vård och inte inskränka deras mänskliga rättigheter. Deras situation, behov och villkor kan inte jämföras med de som gäller för häktade och intagna inom kriminalvården.

JO anförde i sitt remissvar att det inte utan vidare bör införas bestämmelser i vårdlagarna som har utformats för de som sitter i

---

<sup>47</sup> Socialdepartementet (2012) Vissa skyddsåtgärder inom Statens institutionsstyrelses verksamhet (S2011/6227/FST).

fängelse eller häkte. Den verksamhet som SiS bedriver har åtminstone delvis andra utgångspunkter än verksamheten vid kriminalvårdsanstalter och häkten. JO anförde vidare att det är viktigt att det i vårdlagarna inte införs bestämmelser om tvång utan att behovet av bestämmelser är tydligt redovisade. JO ansåg att det fanns vissa brister i promemorian i det avseendet och förutsatte att man i det fortsatta lagstiftningsarbetet skulle göra en mer ingående analys av bestämmelserna om tvångsåtgärder vid SiS institutioner. JO menade också att det närmast är självklart att en utförd skyddsvisitation bör dokumenteras. Annars blir det svårt för tillsynsmyndighet att övervaka att enskilda personer inte utsätts för omotiverade skyddsvisitationer.

BO avstyrkte förslaget i sin helhet med hänvisning till att det innebar stora inskränkningar i grundläggande mänskliga rättigheter. BO kritiserade promemorian för att den inte innehöll någon barnkonsekvensanalys eller redovisade någon forskning som stöd för förslagets evidens. BO menade att förslaget inte uppfyllde de krav på förutsebarhet och proportionalitet som grundlagen kräver och innebar ett vidsträckt godtycke vid bedömningen.

Även Rädda Barnen avstyrkte förslaget i sin helhet då man menade att de föreslagna ändringarna stred mot proportionalitetsprincipen och att det är oacceptabelt att applicera lagstiftning avsedda för vuxna intagna på fängelser och häkte på barn som omhändertagits för att få vård.

Socialstyrelsen tillstyrkte promemorians förslag, men ansåg att förutsättningarna för alla tvångs- och begränsningsåtgärder i LVU och LVM måste ses över i ett helhetsperspektiv. Om man t.ex. inför en befogenhet att använda undersökning med metalldetektor kanske det i vissa fall inte behöver beslutas om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Regleringen av de befogenheterna kan då göras mer restriktiv. Vidare ansåg Socialstyrelsen att skyddsvisitationer ska dokumenteras på ett lämpligt sätt. Socialstyrelsen framhöll också att de allra flesta barn och unga som vårdas enligt LVU samt personer som vårdas enligt LVM varken är misstänkta eller dömda för något brott. Dessa gruppers situation, behov och villkor kan inte jämföras med de som gäller för häktade och intagna inom kriminalvården.

## 17.5 SiS arbete med värdegrund, etik och barns rättigheter

I SiS värdegrund och etiska riktlinjer problematiseras det faktum att de unga på de särskilda ungdomshemmen är i beroendeställning till personalen, ett beroende som förstärks av att ungdomarna är placerade med tvång på institutionen och inte själva kan välja sina relationer. De etiska riktlinjerna betonar att SiS därför särskilt måste reflektera över olika typer av makt inom vården, hur personalen använder sig av makten, hur den kan uppfattas av den unge och vilka konsekvenser den kan leda till. På varje ungdomshem finns en särskilt utsedd etikansvarig i ledningsfunktion, som ansvarar för etikfrågan lokalt och som ingår i ett centralt nätverk.<sup>48</sup>

SiS har även fattat beslut om en gemensam värdegrund för bemötande. Personal, ungdomar och klienter på alla avdelningar involverades under 2013 i ett arbete med att ta fram tre värdeord. Respekt, omtanke och tydlighet beskriver vad som är centralt för ett gott bemötande inom SiS.<sup>49</sup>

### 17.5.1 Handlingsplan för att stärka barns rättigheter

I februari 2014 beslutade SiS om en handlingsplan för barns och ungas rättigheter i tvångsvården för åren 2014–2015.<sup>50</sup> Planen syftar till att stärka barns rättigheter, både vid planeringen av SiS vård och behandling och under genomförandet och vid uppföljningen. Handlingsplanen är strukturerad utifrån den nationella strategin för att stärka barns rättigheter i Sverige.<sup>51</sup> Strategin har sin utgångspunkt i barnkonventionen. Av handlingsplanen beskrivs dels hur SiS arbetar i dag för att följa respektive princip, och dels vad myndigheten behöver utveckla för att barns och ungas rättigheter ska stärkas ytterligare. I handlingsplanen framgår bl.a. att SiS har en intern utbildning om att förebygga och hantera hot och våld (No Power – No Loose) samt att det stan-

---

<sup>48</sup> SiS (2014d) och (2014e) s. 4.

<sup>49</sup> SiS (2014e) s. 4.

<sup>50</sup> A.a.

<sup>51</sup> Prop. 2009/10:232.



standardiserade bedömningsinstrumentet Bröset Violence Checklist (BVC) används för att kontinuerligt bedöma risken för hot och våld på avdelningarna.

### **17.5.2 SiS arbete med fokusgrupper**

Sedan 2011 pågår ett utvecklingsarbete på SiS där de särskilda befogenheterna följs upp utifrån ett barn- och brukarperspektiv genom fokusgrupper. Kunskapen om hur användningen av de särskilda befogenheterna uppfattas av de unga kan sedan ligga till grund för prioriteringar och förbättringar av verksamheten. Resultaten från fokusgrupperna har ställts samman i skriftliga rapporter som SiS kommunicerar på utbildningar och konferenser för chefs- och beredskapsgrupper och behandlande personal.<sup>52</sup>

## **17.6 Utredningens överväganden och förslag**

### **17.6.1 Inledande överväganden**

I LVU finns som redovisats ovan bestämmelser som medger att vissa tvångsåtgärder får vidtas på SiS särskilda ungdomshem om det bedöms nödvändigt för att kunna genomföra vården. Dessa bestämmelser innebär att de ungas fri- och rättigheter starkt begränsas och måste därför vara förenliga med både regeringsformen (RF) och internationella regler om mänskliga rättigheter såsom t.ex. Europakonventionen och barnkonventionen. Det är också viktigt att tillämpningen av bestämmelserna sker med stor försiktighet och i enlighet med de bestämmelser som råder.

Av rättssäkerhetsskäl är de tvångsåtgärder som anges i LVU förbehållna de särskilda ungdomshemmen. Det krävs särskild kompetens, handledning, vägledning och kontroll för att kunna hantera så allvarliga ingrepp i den personliga integriteten som t.ex. en kroppsvisitation är. Enligt utredningens mening är den överbyggnad som finns inom SiS nödvändig för att i största möjliga utsträckning garantera att befogenheterna inte missbrukas eller används slentrianmässigt. Det gäller bl.a. möjligheten att utfärda

---

<sup>52</sup> SiS (2014e) s. 5 och 16.

bindande riktlinjer för tillämpningen av de särskilda befogenheterna.

Som redovisats tidigare i detta kapitel har de ungdomar som vårdas på SiS särskilda ungdomshem ofta svårigheter i form av drogmissbruk samt utagerande- och kriminellt beteende. Konfliktsituationer mellan ungdomar och personal eller mellan olika ungdomar kan utgöra relativt frekventa inslag på SiS särskilda ungdomshem. Ungdomarnas komplexa problematik innebär att det finns behov av att i vissa situationer kunna vidta särskilda åtgärder för att säkerställa att barn och unga inte kommer till skada. Enligt utredningens bedömning är tvångsåtgärder därför ibland oundvikligt och bestämmelserna om de särskilda befogenheterna har därför stor betydelse för möjligheten att bedriva en meningsfull vård, och så långt möjligt garantera en trygg och drogfri miljö på de särskilda ungdomshemmen. Däremot anser utredningen att det behöver utvecklas metoder för att så långt möjligt minimera tvånget i vården samt att de åtgärder som vidtas bygger på tydliga grunder.

Utredningen anser vidare att det finns ett behov av att reformera och tydliggöra bestämmelserna. I stora delar är bestämmelserna desamma som när de ursprungligen infördes 1982. Den utveckling av ungdomsvården som skett sedan dess har i flera avseenden minskat behovet av tvångsåtgärder samtidigt som utvecklingen på andra områden, t.ex. former för kommunikation, medfört behov av nya bestämmelser. Den praktiska tillämpningen av gällande regelverk har också visat att det i nuläget finns en rad otydligheter, som det av rättssäkerhetsskäl är viktigt att undanröja.

Utredningen föreslår även vissa motsvarande ändringar i LSU och LVM.

### **Användning av tvångsåtgärder fordrar ett medvetet etiskt förhållningssätt**

Enligt internationella konventioner och svensk lag ska barnet eller den unge tillförsäkras de tre grundläggande värdena rättssäkerhet, integritetsskydd och gradvis stigande autonomi. Förenklat uttryckt innebär rättssäkerhet förutsägbarhet, kontrollerbarhet och likhet inför lagen. I begreppet integritet innefattas rätten för barnet att få information, att själv lämna information samt att barnets syn-

punkter respekteras. Autonomi förstås som rätten för barnet att få vara med och påverka de beslut som rör honom eller henne.

Dessa grundläggande värden är särskilt viktiga att beakta, och i största möjliga utsträckning säkerställa, vid tvångsåtgärder och har varit utredningens ledord i övervägandena i denna del. Utredningen har i kapitel 5 föreslagit att den nya LVU kompletteras med vilka krav som barn och unga kan ställa på vården. Där framgår bl.a. att vården ska ges med omtanke och bygga på respekt för barnets eller den unges människovärde och integritet samt med aktning för barnets eller den unges person och egenart. Utredningen vill understryka att dessa krav även gäller för de åtgärder som vidtas med tvång.

Utredningen vill särskilt betona vikten av att personalen på SiS arbetar med ett förhållningssätt som gör att frustrationer och aggressioner inte uppstår. Det kan t.ex. handla om att tillämpa olika nedtrappningstekniker för att inte trigga igång för starka känslor och minska antalet konfliktskapande situationer. Utredningen anser att det behövs en ständig reflektion och ett medvetet etiskt resonemang kring användningen av tvångsåtgärder på de särskilda ungdomshemmen. Utredningen ser mycket positivt på att SiS beslutat om en handlingsplan för barns och ungas rättigheter i tvångsvården för åren 2014–2015. Planen syftar till att stärka barns rättigheter, både vid planeringen av SiS vård och behandling och under genomförandet och vid uppföljningen.

## Syftet med förslagen

Utredningen lämnar i det följande ett antal förslag till ändringar i de bestämmelser som reglerar verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen. Utredningens förslag medför att de bestämmelser som reglerar SiS möjligheter att vidta tvångsåtgärder i vissa avseenden görs mer restriktiva och i andra avseenden att de utvidgas. Det senare handlar bl.a. om att modernisera regelverket, t.ex. på grund av nya former för kommunikation, och att reglera sådant som i dag är oreglerat. Syftet med förslagen är att åstadkomma ökad rätts-säkerhet för barn och unga genom att bestämmelserna preciseras och tydliggörs. Erfarenheter av tillämpningen av nuvarande regelverk visar att en sådan ökad tydlighet är nödvändig. Den differenti-

ering av tvångsåtgärderna som förslagen innebär syftar till att säkra att mer ingripande åtgärder än vad som är nödvändigt aldrig ska vidtas, dvs. i linje med vad proportionalitetsprincipen föreskriver.

Förslagen innebär bl.a. att

- den tid inom vilken SiS ska tillhandahålla plats på ett särskilt ungdomshem förtydligas,
- begreppet särskilda befogenheter ersätts med skyddsåtgärder,
- proportionalitetsprincipen ges en mer framträdande placering samt kompletteras med en ny bestämmelse om att skyddsåtgärder bara får användas om nyttan av åtgärden klart överväger det intrång och de skaderisker åtgärden kan innebära,
- förbudet mot berusningsmedel m.m. utvidgas så att det, utan särskilt beslut av SiS, gäller generellt på alla särskilda ungdomshem,
- det införs en bestämmelse om att den som vårdas på en läsbar enhet ska ges möjlighet att vistas utomhus, ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning,
- möjligheten att utföra drogtester vid ankomst till hemmet utvidgas,
- bestämmelsen om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning förtydligas och utvidgas,
- rums- och skyddsvisitation regleras,
- bestämmelsen om begränsningar i rätten att ringa och ta emot telefonsamtal utvidgas till att omfatta alla elektroniska kommunikationstjänster,
- beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök tidsbegränsas till 14 dagar,
- avskiljning differentieras i två olika nivåer: avskiljning med öppen dörr och avskiljning med låst dörr, och
- tiden för hur länge en avskiljning får pågå minskas kraftigt.

Dessutom föreslår utredningen att

- barnet eller den unge ska ha rätt till ett uppföljande samtal efter vissa skyddsåtgärder,
- vissa skyddsåtgärder ska rapporteras till IVO,
- rätten att överklaga skyddsåtgärder utvidgas, och
- barn och unga ska ha rätt till offentligt biträde vid överklagande av beslut om skyddsåtgärder.

Utredningen har i kapitel 4 föreslagit att nuvarande LVU ersätts med en ny kapitelindelad lag. De bestämmelser som reglerar verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen, dvs. 12, 14 a och 15–20 b §§ i nuvarande LVU ska samlas i ett eget kapitel.

Kapitlet inleds med nuvarande 12 § LVU som innehåller den grundläggande bestämmelsen om att det ska finnas särskilda ungdomshem. Därefter kommer en ny bestämmelse som ger ramen för den särskilda tillsyn som kännetecknar de statliga ungdomshemmen, dvs. möjligheten att besluta om vissa tvångsåtgärder. Den bestämmelsen följs av proportionalitetsprincipen.

Därpå följer de bestämmelser som reglerar de tvångsåtgärder som får tillämpas för alla som vårdas på ett särskilt ungdomshem:

- Förbud mot berusningsmedel m.m. och omhändertagande av egendom.
- Förstörande eller försäljning av egendom.
- Kroppsvsitation och ytlig kroppsbesiktning.
- Rumsvisitation.
- Skyddsvisitation.

Därefter kommer de bestämmelser som endast får tillämpas för den som vårdas på ett särskilt ungdomshem på någon grund som anges i nuvarande 3 § LVU (beteendefallen):

- Begränsningar av rörelsefriheten.
- Vård vid läsbar enhet.
- Blod-, urin-, utandnings-, saliv-, eller svettprov.

- Begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök.
- Övervakning av brev och andra försändelser.
- Avskiljning.
- Vård i enskildhet.

Bestämmelsen om vård i enskildhet regleras i en egen bestämmelse för att möjliggöra sådan vård även på en enhet som inte är låsbar.

Sist i kapitlet finns bestämmelser om utomhusvistelse, vistelse utanför hemmet, uppföljande samtal, underrättelse till IVO samt övriga bestämmelser som gäller verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen.

I de följande avsnitten behandlas de bestämmelser som inte förs över oförändrade till det nya kapitlet.

### 17.6.2 Tiden för platsanvisning förtydligas

**Utredningens förslag:** Den tid inom vilken SiS ska tillhandahålla plats förtydligas genom att SiS omedelbart ska anvisa plats vid ett särskilt ungdomshem.

Kapitlet med bestämmelser som reglerar verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen inleds med nuvarande 12 § LVU som innehåller den grundläggande bestämmelsen om att det ska finnas särskilda ungdomshem. Andra stycket samma paragraf innehåller bestämmelser om SiS skyldighet att anvisa plats i sådana hem.

SiS har ett ansvar för att tillgodose samhällets behov av låsta vårdplatser för barn och unga. Utgångspunkten är därför att SiS i en akut situation ska anvisa en plats mer eller mindre omedelbart. För att ytterligare markera detta skyndsamhetskrav föreslår utredningen att nuvarande 12 § andra stycket LVU förtydligas så att det framgår att SiS *omedelbart* ska anvisa plats.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen föreslår ingen motsvarande ändring i LSU eftersom en dom på sluten ungdomsvård som vunnit laga kraft, ska verkställas på samma sätt som vid dom på fängelse. Utredningen har inte övervägt behovet av motsvarande ändring i LVM och föreslår därför ingen ändring i 25 § LVM.

### 17.6.3 Begreppet särskilda befogenheter ersätts med skyddsåtgärder

**Utredningens förslag:** I linje med utredningens uppdrag att stärka barnperspektivet ska begreppet särskilda befogenheter ersättas med begreppet skyddsåtgärder i den nya LVU.

Det ska framgå av lagen att de särskilda ungdomshemmen får besluta om vissa skyddsåtgärder för att kunna upprätthålla tryggheten och säkerheten vid hemmet. Det ska tydliggöras att endast de skyddsåtgärder som anges i lagen är tillåtna.

Begreppet särskilda befogenheter i LVM och begreppet kontroll- eller tvångsåtgärder i LSU ska ersättas med begreppet skyddsåtgärder.

Utredningen har i uppdrag att se över LVU med barnets eller den unges perspektiv som utgångspunkt. I LVU används begreppet särskilda befogenheter som ett samlingsnamn för de tvångsåtgärder som får vidtas på SiS särskilda ungdomshem. Begreppet befogenheter utgår från personalens rätt att ta till vissa tvångsåtgärder om det bedöms nödvändigt för att kunna genomföra vården. I linje med utredningens uppdrag att stärka barnperspektivet i lagen anser utredningen att begreppet särskilda befogenheter ska ersättas med ett begrepp som i stället utgår från barnet eller den unge.

I andra tvångslagstiftningar på närliggande områden används flera olika begrepp. I lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) används begreppet tvångsåtgärder. I LVM används både begreppen särskilda befogenheter och tvångsåtgärder. I LSU används kontroll- eller tvångsåtgärder. I en lagrådsremiss med förslag avseende personer med demenssjukdom används begreppet tvingande skyddsåtgärder.

Utredningen anser att begreppet skyddsåtgärder på ett bättre sätt än t.ex. tvångsåtgärder signalerar att åtgärderna ska vidtas för att hindra barnet eller den unge från att skada sig själv eller andra och säkerställa syftet med vården. Utredningen föreslår därför att begreppet särskilda befogenheter ersätts med skyddsåtgärder.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse som ger ramen för den särskilda tillsyn som kännetecknar de särskilda ungdomshemmen, dvs. möjligheten att besluta om vissa skyddsåtgärder för att kunna upprätthålla tryggheten och säkerheten vid hemmet. Det ska vidare framgå av bestämmelsen att endast de skyddsåtgärder som anges i lagen är tillåtna. Syftet är att det ska bli tydligt både för de barn och unga som vårdas på de särskilda ungdomshemmen och för personalen, att det inte får förekomma tvångsåtgärder som inte har lagstöd. Enligt utredningen är det en viktig rättssäkerhetsfråga.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

I LVU och LVM används begreppet särskilda befogenheter. I LSU används begreppet kontroll- eller tvångsåtgärder. Det är samma begrepp som används i fängeslagen.

Vid införande av LSU anfördes i förarbetena att verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen, till skillnad från verksamheten vid kriminalvårdsanstalterna, uteslutande är inriktad på vård. Vid utformningen av verkställighetsregleringen bör därför i första hand de bestämmelser som reglerar verkställigheten i fråga om dem som är föremål för ett administrativt frihetsberövande med stöd av LVU tjäna som förebild. Dock konstaterades att särskilda bestämmelser behövdes i flera avseenden för dem som vistas på ett särskilt ungdomshem på straffrättslig grund.<sup>53</sup> Vad gäller benämningen av tvångsåtgärderna i LSU valde regeringen en annan benämning än i LVU, trots att åtgärderna i stor utsträckning är desamma.

Det är inte ovanligt att en ung person som dömts till sluten ungdomsvård vid verkställighetens slut bedöms vara i behov av fortsatt vård inom ramen för LVU. Enligt utredningen är det viktigt att använda samma begrepp inom SiS verksamhet, oavsett vilken lagstiftning som reglerar vistelsen. Det ökar tydligheten vilket bidrar

---

<sup>53</sup> Prop. 1997/98:96 s. 159 och 162.



till ökad rättssäkerhet. Utredningen föreslår därför att begreppet särskilda befogenheter i LVM och begreppet kontroll- eller tvångsåtgärder i LSU ska ersättas med begreppet skyddsåtgärder.

#### 17.6.4 Proportionalitetsprincipen förtydligas

**Utredningens förslag:** Bestämmelsen om proportionalitetsprincipen ska flyttas fram till de inledande bestämmelserna i kapitlet för att ges en mer framträdande placering.

Bestämmelsen ska kompletteras med ett nytt andra stycke som stadgar att skyddsåtgärder bara får användas om nyttan av åtgärden klart överväger det intrång och de skaderisker åtgärden kan innebära och att skyddsåtgärder inte får användas som någon form av bestraffning.

En kompletterande bestämmelse till proportionalitetsprincipen förs in i 18 b § LSU och 36 a § LVM.

Genom de ändringar av bestämmelserna om de särskilda befogenheterna som har skett under åren har nya bestämmelser inte alltid placerats på ett pedagogiskt sätt. Ett exempel är t.ex. proportionalitetsprincipen som infördes 2005. Den bestämmelsen finns i dag i 20 a § LVU, efter de bestämmelser som reglerar de särskilda befogenheterna. Enligt proportionalitetsprincipen får de särskilda befogenheterna endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Det innebär att en åtgärd i fråga om art, styrka, räckvidd och varaktighet ska stå i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärden. Om syftet med tvångsåtgärden kan tillgodoses genom någon mindre ingripande åtgärd, ska den åtgärden väljas. Proportionalitetsprincipen ger således uttryck för att minsta möjliga tvång ska användas för att nå det avsedda syftet och innebär samtidigt en erinran om att tvånget får användas endast om syftet med åtgärden inte kan tillgodoses genom mindre ingripande åtgärder. Vid användningen av skyddsåtgärder ska således en avvägning alltid göras i detta avseende.

Utredningen anser att proportionalitetsprincipen är av så grundläggande betydelse att den ska ges en mer framträdande placering i kapitlet med bestämmelser som reglerar verksamheten vid de särskilda

ungdomshemmen. I syfte att tydligare markera en restriktiv användning av skyddsåtgärder föreslår utredningen även ett nytt andra stycke i bestämmelsen. Syftet med det nya stycket är att tydligare markera en restriktiv användning av skyddsåtgärder. Det nya stycket tydliggör att skyddsåtgärder bara får användas om nyttan av åtgärden klart överväger det intrång och de skaderisker åtgärden kan innebära. Vidare klargörs att skyddsåtgärder inte får användas som någon form av bestraffning.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Enligt 18 b § LSU får en kontroll- eller tvångsåtgärd användas endast om den står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Enligt 36 a LVM får tvångsåtgärder användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas.

Utredningens förslag till en ny kompletterande bestämmelse till proportionalitetsprincipen syftar till att markera den restriktivitet som ska iakttas vid användning av skyddsåtgärder. Det är lika viktigt för de unga som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård att skyddsåtgärder inte används slentrianmässigt eller som bestraffning. Samma förhållningssätt bör gälla för den som får vård med stöd av LVM. Utredningen föreslår därför att 18 b § LSU och 36 a § LVM ska kompletteras med ett nytt stycke som stadgar att skyddsåtgärder bara får användas om nyttan av åtgärden klart överväger det intrång och de skaderisker åtgärden kan innebära och att skyddsåtgärder inte får användas som någon form av bestraffning.

#### 17.6.5 Förbud mot berusningsmedel m.m.

**Utredningens förslag:** Förbudet mot innehav av berusningsmedel m.m. ska, utan särskilt beslut av SiS, gälla generellt på samtliga särskilda ungdomshem.

Utredningens förslag omfattar även den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Motsvarande ändring görs i 31 § LVM.

Enligt 16 § LVU får den som omfattas av bestämmelserna i 15 § inte innehå narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika. Den unge får inte heller innehå något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, ska den omhändertas.

Bestämmelsen omfattar den som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU. Av 18 § LVU följer dock att SiS för en viss institution kan medge att bestämmelsen ska gälla för alla som vårdas där, dvs. även för barn och unga som är placerade med stöd av 2 § LVU eller SoL.

Utredningen har i kapitel 14 föreslagit en ny lag om förbud mot berusningsmedel m.m. på hem för vård eller boende. Den föreslagna lagen innebär att huvudmannen för ett HVB får besluta om förbud mot innehav av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, något sådant medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Förbudet omfattar även injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika eller någon annan egendom som kan skada den enskilde själv eller någon annan, försvåra vården av honom eller henne eller äventyra säkerheten vid hemmet. Förbudet ska kunna tillämpas vid placeringar enligt både LVU och SoL och gälla för alla som vårdas på det boendet.

Som en konsekvens av det ovan redovisade förslaget föreslår utredningen att även nuvarande 16 § LVU ska gälla generellt för alla som vårdas på ett särskilt ungdomshem. För att ha möjlighet till framgång i vården är det enligt utredningens uppfattning väsentligt att reglerna om innehav av berusningsmedel gäller lika för alla. Förslaget medför ingen förändring i praktiken eftersom SiS med stöd av nuvarande 18 § LVU redan i dag har beslutat om förbud mot berusningsmedel på alla sina hem.

SiS har föreslagit att uttrycket "ordningen vid hemmet" bör ersättas med en modernare formulering, t.ex. "säkerheten vid

hemmet”. Utredningen föreslår att sista meningen i nuvarande 16 § LVU formuleras om i enlighet med SiS förslag. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Enligt 15 § LSU ska vad som sägs i 16, 17, 19 och 20 §§ LVU även gälla för den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Utredningens förslag omfattar därför även den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård.

Utredningen lämnar i kapitel 14 förslag till en ny lag om förbud mot berusningsmedel m.m. på hem för vård eller boende. Den föreslagna lagen innebär att såväl kommunala som privata HVB ska kunna besluta om förbud mot innehav av narkotika, andra berusningsmedel, dopningsmedel, hälsofarliga varor samt andra farliga föremål. Förbudet ska kunna tillämpas vid placeringar enligt LVU och SoL samt gälla generellt för alla som vårdas på det boendet. Som en konsekvens av det förslaget föreslår utredningen att även 31 § LVM ska gälla generellt för alla som vårdas på ett LVM-hem, dvs. även de som vårdas med stöd av SoL. Utredningen föreslår även att begreppet ordningen vid hemmet ska ersättas med ”äventyra säkerheten vid hemmet”. Enligt utredningen är det viktigt att så långt möjligt använda samma termer och begrepp i den lagstiftning som reglerar SiS verksamhet. Det underlättar tillämpningen och ökar tydligheten.

#### 17.6.6 Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning

**Utredningens förslag:** Bestämmelsen om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska, utan särskilt beslut av SiS, få tillämpas för alla som vistas på ett särskilt ungdomshem.

En kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning ska endast få genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen, under förutsättning att barnet eller den unge inte uttryckligen undanber sig det.

Barnet eller den unge ska tillfrågas om han eller hon önskar att någon viss person genomför eller närvarar vid kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen. Om det inte

föreligger särskilda skäl ska barnets eller den unges önskemål tillmötesgå.

Beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska rapporteras till IVO.

Utredningens förslag omfattar även den som är föremål för verkställighet av slutna ungdomsvård.

Enligt 17 § LVU får den som omfattas av bestämmelserna i 15 § kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, vid ankomst till hemmet, för kontroll av att denne inte bär på sig något som han eller hon inte får inneha där. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom ska påträffas hos honom eller henne. All den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas vid kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Om möjligt ska ett vittne närvara. Med kroppsvisitation avses undersökning av någons kläder och annat som någon bär på sig samt av väskor, paket och andra föremål som någon har med sig (jfr 28 kap. 11 § 3 RB). Med ytlig kroppsbesiktning avses en okulär besiktning (yttre granskning) av den nakna kroppen inklusive förekommande proteser. Kontrollanten får inte vidröra kroppen förutom hår och eventuell peruk. LVU innehåller inte någon bestämmelse om kroppsbesiktning, dvs. undersökning av någons kropp. Vid tillkomsten av bestämmelsen anfördes i förarbetena att det skulle vara svårt att förena med syftet med vården, om vårdpersonalen gavs möjlighet att genomföra så integritetskränkande åtgärder som en kroppsbesiktning innebär.<sup>54</sup>

Bestämmelsen gäller den som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagen enligt 6 § om grund för omhändertagandet är den unges eget beteende enligt 3 §. Med stöd av 18 § LVU har dock SiS beslutat att bestämmelsen också ska gälla för dem som vårdas på institutionen med stöd av 2 § LVU eller på frivillig grund.

För att kunna garantera en drogfri och trygg miljö på de särskilda ungdomshemmen är det väsentligt att samma regler om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning gäller för samtliga som vistas på institutionen. Utredningen föreslår därför att bestäm-

---

<sup>54</sup> Prop. 1979/80:1 Del A s. 600.

melsen om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, utan särskilt beslut av SiS, ska få tillämpas för alla som vårdas på ett särskilt ungdomshem. Förslaget medför ingen förändring i praktiken eftersom SiS med stöd av nuvarande 18 § LVU redan i dag tillämpar nuvarande bestämmelse på alla sina ungdomshem. Utredningen har inte funnit att det finns något behov av förändringar vad gäller grunderna för att tillämpa bestämmelsen. Precis som i dag ska alltså kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning få göras vid behov vid ankomst till hemmet och vid misstanke under vistelsen vid hemmet.

Som redovisats tidigare i detta kapitel har SiS genomfört fokusgrupper om de särskilda befogenheterna. Syftet är att kunskapen om hur användningen av de särskilda befogenheterna uppfattas av de unga ska kunna ligga till grund för förbättringar av verksamheten. Av dessa fokusgrupper framgår bl.a. att visitationer alltid innebär en kränkning. De intervjuade ungdomarna har särskilt lyft fram att de önskar en mer likartad och tydlig tillämpning med ett respektfullt bemötande, god information och tydliga motiveringar till visitationerna, möjlighet att påverka genomförandet och så liten exponering som möjligt. I flera fokusgrupper framkom att ungdomar av båda könen föredrog kvinnlig personal men att det bästa vore att få välja vilken personal som genomför visitationen, t.ex. utifrån kön eller relation till personalen.

I syfte att öka förutsättningarna för ett enhetligt tillvägagångssätt föreslår utredningen att en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning endast ska få genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen, under förutsättning att barnet eller den unge inte uttryckligen undanber sig det. Vidare ska barnet eller den unge tillfrågas om han eller hon önskar att någon viss person genomför eller närvarar vid kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen. Om det inte föreligger särskilda skäl ska barnets eller den unges önskemål tillmötesgå. Särskilda skäl mot att tillmötesgå barnets eller den unges önskemål kan t.ex. vara en flicka som utsatts för sexuella övergrepp eller ägnat sig åt prostitution och särskilt önskar manlig personal. Det kan även föreligga hinder av praktiska skäl t.ex. att den personal som barnet eller den unge önskar inte är i tjänst eller är upptagen på annat håll.

I syfte att öka rättssäkerheten för den enskilde samt ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av vissa skyddsåtgärder föreslår utredningen vidare att kropps-

visitation och ytlig kroppsbesiktning ska rapporteras till IVO, se avsnitt 17.6.18.

### **Beslut och överklagande**

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska ett beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning alltid föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, t.ex. om barnet eller den unge genom samtal kan förmås att frivilligt lämna ifrån sig ett misstänkt föremål. I samband med att beslut fattas om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska barnet eller den unge underrättas om beslutet och om skälen till beslutet. Av journalen bör namnen på den personal som medverkat vid kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen framgå. Vidare bör det framgå om barnet eller den unge haft några särskilda önskemål och hur dessa i så fall beaktats.

Om förbjuden egendom påträffas ska ett särskilt beslut fattas om att omhänderta egendomen. Av journalen ska det framgå vad som har omhändertagits.

Beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten, se avsnitt 17.6.20.

### **Motsvarande ändringar i LSU och LVM**

Enligt 15 § LSU ska vad som sägs i 16, 17, 19 och 20 §§ LVU även gälla för den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Utredningens förslag kommer därför även att omfatta den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Däremot har utredningen inte utrett behovet av förändringar i de bestämmelser som reglerar kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning i LVM och lämnar därför inte förslag till motsvarande ändringar i 32 § LVM.

### 17.6.7 Visitation av bostadsrum (rumsvisitation)

**Utredningens förslag:** Det ska införas en särskild bestämmelse som reglerar visitation av barnets eller den unges bostadsrum eller andra slutna förvaringsställen som barnet eller den unge disponerar. Bestämmelsen ska få tillämpas för alla som vistas på ett särskilt ungdomshem.

Det ska krävas misstanke om att barnet eller den unge innehar något som han eller hon inte får ha, för att få genomföra en sådan visitation.

All den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas vid en rumsvisitation och genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen.

Barnet eller den unge ska erbjudas att närvara vid visitationen. Om särskilda skäl föreligger ska dock en rumsvisitation kunna göras även om barnet eller den unge inte är närvarande.

Beslutet ska få överklagas till förvaltningsrätten.

Beslut om rumsvisitation ska rapporteras till IVO.

Bestämmelsen ska även gälla den som är föremål för verkställighet av slutna ungdomsvård. En motsvarande bestämmelse förs in i LVM.

Som redovisats tidigare i detta kapitel finns det ingen särskild bestämmelse i LVU som ger personalen någon uttrycklig rätt att företa visitationer av de ungas bostadsrum. JO har emellertid uttalat att SiS har rätt att företa visitationer av de ungas bostadsrum och att rumsvisitationer inte behöver dokumenteras i form av särskilda beslut. Enligt SiS interna riktlinjer får institutionerna genomföra visitationer av bostadsrum och gemensamma lokaler med de hjälpmedel som anses erforderliga (t.ex. narkotikahund).

Utredningen anser att det ur ett rättssäkerhetsperspektiv inte är acceptabelt att visitationer av bostadsrum inte är särskilt reglerade utan anses som ett löpande inslag i vården. Utredningen föreslår därför en bestämmelse som reglerar under vilka förutsättningar som visitation av barnets eller den unges bostadsrum samt andra slutna förvaringsställen som barnet eller den unge disponerar, får göras. Med andra slutna förvaringsställen avses t.ex. kläd- eller värdeskåp.



I den tidigare redovisade promemorian från Socialdepartementet fanns även ett förslag till bestämmelser om rumsvisitationer på de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Enligt det förslaget skulle rumsvisitationer få genomföras vid behov, dvs. utan misstanke. SiS har till utredningen framfört att myndigheten för att upprätthålla ordningen och säkerheten, ser ett behov av att rutinmässigt kunna kontrollera de intagnas bostadsrum och tillhörigheter.

Utredningen lämnar i det följande avsnittet, förslag om att SiS ska få genomföra rutinmässiga skyddsvisitationer. Rutinmässiga skyddsvisitationer torde minska risken för att de boende kan få in något på sina rum som de inte får ha där, t.ex. verktyg eller vassa föremål. Utredningen anser därför att det inte finns ett lika stort behov av att även kunna göra rutinmässiga rumsvisitationer. Dessutom anser utredningen att en rumsvisitation är ett betydligt större intrång i den personliga integriteten än vad en skyddsvisitation är. Barnets eller den unges rätt till integritet ska väga tungt i detta avseende.

Utredningen föreslår att det införs en bestämmelse om att barnets eller den unges bostadsrum får visiteras om det finns en misstanke om att barnet eller den unge innehar något som han eller hon inte får ha där. Det innebär att det måste finnas grundad anledning att anta att barnet eller den unge har kommit i besittning av något som inte får innehas.

Utredningen föreslår att bestämmelsen, på samma sätt som bestämmelserna om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, ska kunna tillämpas för alla som vistas på ett särskilt ungdomshem.

I SiS fokusgrupper om de särskilda befogenheterna framhöll ungdomarna att det är viktigt att personalen håller sig till syftet med rumsvisitationen och att de inte tittar igenom personliga foton eller läser brev om man letar efter droger eller farliga föremål. Det var ett av flera skäl som ungdomarna angav till varför de också önskar närvara vid en rumsvisitation. För att understryka vikten av att omfattningen av en rumsvisitation alltid avgränsas med hänsyn till vad som eftersöks föreslår utredningen även att det ska framgå av bestämmelsen att rumsvisitationen ska genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen och att all den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas vid en rumsvisitation.

För att stärka barnets rättssäkerhet och autonomi föreslår utredningen även att barnet eller den unge ska erbjudas att närvara vid en visitation av bostadsrummet. Om särskilda skäl föreligger ska dock en visitation av ett bostadsrum kunna göras även om barnet eller den unge inte är närvarande. Särskilda skäl kan t.ex. vara att barnet eller den unge inte befinner sig på ungdomshemmet i samband med att rumsvisitationen behöver genomföras.

I syfte att öka rättssäkerheten för den enskilde samt ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av vissa skyddsåtgärder föreslår utredningen vidare att ett beslut om rumsvisitation ska rapporteras till IVO, se avsnitt 17.6.18.

### **Beslut och överklagande**

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska ett beslut om rumsvisitation alltid föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga. I samband med att beslut fattas om rumsvisitation ska barnet eller den unge underrättas om beslutet och om skälen till beslutet. Namnen på den personal som medverkat vid rumsvisitationen bör dokumenteras i journalen. Vidare bör det framgå om barnet eller den unge har erbjudits att närvara eller om det förelegat särskilda skäl för att genomföra rumsvisitationen utan att han eller hon varit närvarande.

Beslut om rumsvisitation ska få överklagas till förvaltningsrätten, se avsnitt 17.6.20.

### **Motsvarande ändringar i LSU och LVM**

På motsvarande sätt som för LVU finns det inga särskilda bestämmelser i LSU och LVM som reglerar rumsvisitationer. Däremot regleras rumsvisitationer i 4 kap. 1 § häkteslagen och i 8 kap. 2 § fängelselagen. Utredningen anser att det ur rättssäkerhetssynpunkt är lika angeläget att reglera visitationer av bostadsrum i LSU och LVM. Utredningen föreslår därför att 15 § LSU kompletteras så att den föreslagna bestämmelsen i LVU även gäller den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Utredningen lämnar även förslag till en motsvarande bestämmelse i LVM.

### 17.6.8 Skyddsvisitation

**Utredningens förslag:** Det ska införas en ny skyddsåtgärd som innebär att SiS får besluta om rutinmässiga skyddsvisitationer i vissa särskilt angivna situationer.

Med skyddsvisitation avses en lindrigare form av kroppsvisitation i form av att personal känner utanpå den unges kläder eller med hjälp av metalldetektor kontrollerar att han eller hon inte bär på sig något otillåtet.

SiS centralt ska för varje enskild institution besluta i vilka situationer skyddsvisitationer ska få göras. Dessa beslut ska rapporteras till IVO.

Bestämmelsen ska även gälla den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. En motsvarande bestämmelse förs in i LVM.

Tidigare ansåg SiS att en mindre ingripande form av kroppsvisitation kunde genomföras för att säkerställa en trygg och säker miljö, utan att något beslut fattades, s.k. skyddsvisitation. Skyddsvisitationen genomfördes genom att personal kände utanpå den unges kläder för att undersöka om vederbörande bar på sig något tillhygge eller liknande. Efter påtalande från tillsynsmyndigheten genomförs nu denna mindre ingripande åtgärd först efter att beslut om kroppsvisitation fattats. Sålunda krävs att samma grunder som för kroppsvisitation är uppfyllda för att få genomföra den mindre ingripande skyddsvisitationen.

SiS har som tidigare redovisats påtalat behov av att kunna genomföra rutinmässiga skyddsvisitationer. Socialdepartementet upprättade också en promemoria med förslag till bestämmelser om skyddsvisitationer på de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Med anledning av den kritik som framfördes av remissinstanserna ledde dock förslagen i promemorian inte till någon ny lagstiftning. Den kritik som framfördes av remissinstanserna i denna del gällde bl.a. att det inte tydligt framgick av promemorian på vilket sätt den fysiska säkerheten var hotad genom att SiS inte kunde utföra rutinmässiga skyddsvisitationer samt att skyddsvisitationer inte skulle behöva dokumenteras.

SiS har till utredningen vidhållit sin uppfattning att rutinmässiga skyddsvisitationer är nödvändiga för att kunna hålla en institution

fri från otillåtna föremål samt upprätthålla säkerheten. SiS menar att skyddsvisitationer behöver kunna genomföras när barnet eller den unge kommer till avdelningen efter att ha varit i t.ex. snickeriet, hobbyrummet, verkstaden, matsalen eller på en annan avdelning. Syftet är att säkerställa att inte något farligt föremål som den unge kan använda för att skada sig själv eller någon annan kommer in på avdelningen.

Som beskrivits i de inledande övervägandena har utredningen haft tre grundläggande värden som vägledning för sina överväganden: det enskilda barnets eller den unges rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi. I denna fråga måste en avvägning göras i förhållande till tryggheten och säkerheten för de andra som vistas vid hemmet.

Utredningen har förståelse för att det finns ett behov av rutinmässiga skyddsvisitationer. Även om situationer med hot och våld delvis kan förebyggas, t.ex. genom att utbilda personal i ett icke konfrontativt förhållningssätt, kan det finnas motsättningar mellan de boende som kan leda till farliga situationer. Det kan t.ex. förekomma att en ungdom som inte själv är inblandad i en konflikt förmås att ta med ett farligt föremål in på avdelningen.

Det är utredningens uppfattning att det är av synnerlig vikt att barn och unga som vårdas på institution ges möjlighet till en meningsfull fritid och att de erbjuds olika typer av aktiviteter. Det vore olyckligt om säkerhetsaspekter förhindrar att de boende inte får tillgång till t.ex. snickeri och kök. Utredningen anser därför att behovet av säkerhet i detta fall väger tyngre än det intrång i den personliga integriteten som en rutinmässig skyddsvisitation innebär. Utredningen har också beaktat att en skyddsvisitation, dvs. att personal känner utanpå den unges kläder eller med hjälp av metalldetektor kontrollerar att han eller hon inte bär på sig något otillåtet, är en mindre integritetskänslig åtgärd än en kroppsvisitation eller en yttlig kroppsbesiktning.

I SiS fokusgrupper om de särskilda befogenheterna har några ungdomar framfört att de skulle föredra generella skyddsvisitationer eftersom det skulle innebära att personalen inte pekar ut någon särskild ungdom som misstänkt i jämförelse med en individuell bedömning. Om förutsättningarna för i vilka situationer skyddsvisitationer får genomföras är tydliga kan de enligt utredningens

uppfattning upplevas som mindre kränkande eftersom ingen enskild person blir utpekad eller misstänkliggjord.

Utredningen föreslår att det införs en ny skyddsåtgärd som innebär att SiS får besluta om att skyddsvisitationer får genomföras i vissa särskilt angivna situationer. Det behöver således inte finnas någon misstanke om att barnet eller den unge har med sig något farligt föremål.

Bestämmelsen ska, på samma sätt som bestämmelserna om kroppsvisitation, ytlig kroppsbesiktning och rumsvisitation, kunna tillämpas för alla som vistas på ett särskilt ungdomshem.

Med skyddsvisitation avses en lindrigare form av kroppsvisitation i form av att personal känner utanpå den unges kläder eller med hjälp av metalldetektor kontrollerar att han eller hon inte bär på sig något otillåtet.

Behovet av att genomföra en skyddsvisitation kan uppstå på flera ställen och vid olika tillfällen. Det vore närmast omöjligt att i lag fastställa de situationer där skyddsvisitation kan behövas. Utredningen anser därför att det ska vara en uppgift för SiS centralt att för varje institution besluta om i vilka situationer skyddsvisitationer får göras.

En kritik mot Socialdepartementets förslag var att skyddsvisitationer inte skulle behöva dokumenteras. JO anförde bl.a. i sitt remissvar att det är självklart att en utförd skyddsvisitation bör dokumenteras. Annars blir det svårt för tillsynsmyndigheten att övervaka att enskilda personer inte utsätts för omotiverade skyddsvisitationer. Att införa ett krav på att fatta individuella beslut och dokumentera rutinmässiga skyddsvisitationer kan leda till en omfattande administration för institutionerna. Utredningen ser därför praktiska problem med en sådan ordning. Däremot instämmer utredningen i JO:s uppfattning att det ur ett rättssäkerhetsperspektiv är viktigt att tillsynsmyndigheten kan följa hur befogenheten används. Utredningen föreslår därför att SiS centrala beslut om i vilka situationer som skyddsvisitationer ska få ske på varje institution, ska rapporteras till IVO. På det sättet kan tillsynsmyndigheten följa användningen av skyddsvisitationer och vid behov vidta åtgärder. Utredningen bedömer att det ur ett rättssäkerhetsperspektiv är ett acceptabelt alternativ till individuella beslut. Däremot ska barnet eller den unge återkommande informeras om att, och i vilka situationer, skyddsvisitationer kan

förekomma. Att information har getts bör dokumenteras i den unges journal.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen anser att behovet av en trygg och säker miljö är lika stort för de personer som vårdas med stöd av LSU och LVM. Utredningen föreslår därför att 15 § LSU kompletteras så att den föreslagna bestämmelsen i LVU även gäller den som är föremål för verkställighet av slutna ungdomsvård. Utredningen lämnar även förslag till en motsvarande bestämmelse i LVM.

### 17.6.9 Fysisk fasthållning

**Utredningens bedömning:** Fysisk fasthållning ska även fortsatt ses som en del av verkställigheten av vissa skyddsåtgärder.

Fysisk fasthållning är inte reglerad i LVU men tillämpas i praktiken i samband med att barn och unga försöker avvika från hemmet, i samband med bråk och slagsmål mellan ungdomar och i samband med att barn och unga ska föras till ett rum för avskiljning. Fysisk fasthållning definieras vanligtvis som fasthållning med kroppslig kraft, t.ex. att personal håller fast den unges armar och ben. Det rättsliga stödet för att hålla fast barnet eller den unge finns i 24 kap. 2 § BrB som handlar om laga befogenhet att bruka våld i vissa situationer. I Danmark finns det bestämmelser om fysisk fasthållning i *Bekendtgørelse om magtanvendelse over for børn og unge anbragt uden for hjemmet* och i Finland regleras fysisk fasthållning i Barnskyddslagen. I Norge brukas fasthållning och nedläggning inom ramen för en bestämmelse om nödsituationer.<sup>55</sup>

Utredningen har övervägt möjligheten att reglera fysisk fasthållning som en egen skyddsåtgärd i den nya lagen. Ett skäl för det skulle vara att åtgärden är att betrakta som en lika ingripande åtgärd som t.ex. avskiljning. En reglering av åtgärden skulle bl.a.

---

<sup>55</sup> § 3–14 Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphåld i barnevernsinstitusjon (FOR 2011-11-15 nr 1103).

innebära att åtgärden dokumenteras vilket medför bättre möjligheter att granska genomförandet ur ett rättssäkerhetsperspektiv samt ur ett utvecklings- och kvalitetsperspektiv. Utredningen kan dock även se vissa problem med en sådan reglering, bl.a. i förhållande till FB:s bestämmelser. Som redogjorts för i kapitel 14 följer av uppsiktsansvaret att personalen på HVB har en skyldighet att både skydda barnet från att själv komma till skada och se till att barnet inte skadar andra. Även personal på HVB som inte drivs av SiS måste därför vid behov t.ex. handgripligen sära på barn som är inbegripna i ett slagsmål och också kortvarigt hålla fast barnet. En reglering av fasthållning inom SiS verksamhet kan därför leda till oklarheter i vad som gäller på andra HVB. Utredningen anser därför att fysisk fasthållning även fortsatt ska ses som en del av verkställigheten av vissa skyddsåtgärder. Utredningen vill dock understryka att det kroppsliga ingreppet inte får vara mer ingripande än nödvändigt för att genomföra åtgärden och att det ska göras på ett säkert sätt och i enlighet med de kunskapsbaserade riktlinjer som finns på området.<sup>56</sup>

#### 17.6.10 Vård vid låsbar enhet

**Utredningens förslag:** Beslut om vård vid låsbar enhet ska beslutas efter samråd med socialnämnden. Som i dag ska barnet eller den unge få vårdas vid en låsbar enhet under högst två månader i följd om inte särskilda behandlingsskäl föranleder en längre tid. En fråga om vård på låsbar enhet ska prövas fortlöpande.

Vård på låsbar enhet ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten.

I bestämmelsen ska vidare begreppet den intagne ersättas av barnet eller den unge.

Enligt 15 b § LVU får den intagne beredas vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn, om det är nödvändigt med hänsyn till den

<sup>56</sup> Bl.a. Guidelines från National Institute for Health and Care Excellence i Storbritannien.

intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, eller om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne avviker eller för att i övrigt genomföra vården. Den intagne får vårdas vid en sådan enhet under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vården vid enheten pågå längre tid, förutsatt att förutsättningarna för vård vid låsbar enhet fortfarande föreligger och att den intagne samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. Bestämmelsen omfattar den som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagen enligt 6 § LVU om grund för omhändertagandet är den unges eget beteende enligt 3 §. Frivillig vård eller vård med stöd av 2 § LVU får således inte ske vid en låsbar enhet.

I linje med utredningens uppdrag att stärka barnrättsperspektivet i lagen föreslår utredningen att begreppet den intagne ska ersättas av barnet eller den unge.

På samma sätt som i dag ska vård vid låsbar enhet endast kunna beredas den som vårdas med stöd av nuvarande 3 § LVU, kunna pågå i två månader och kunna förlängas om särskilda behandlingsskäl föranleder det. En fråga om vård på låsbar enhet ska prövas fortlöpande.

## Beslut och överklagande

I regel är det behovet av vård vid en låsbar enhet som föranleder socialnämnden att besluta om vård vid ett särskilt ungdomshem. Enligt 20 b § LVU fattar dock SiS beslut om vård vid en enhet som är låsbar. Utredningen anser att beslut om vård vid låsbar enhet ska beslutas efter samråd med socialnämnden.

Ett beslut om vård vid låsbar enhet ska föregås av en proportionalitetsbedömning, dvs. en bedömning av om det finns mindre ingripande åtgärder för att uppnå syftet.

I samband med att ett beslut fattas om vård på låsbar enhet ska barnet eller den unge alltid underrättas om beslutet och om skälen till beslutet.

Beslut om vård på låsbar enhet ska, till skillnad mot i dag få överklagas till förvaltningsrätten, se avsnitt 17.6.20.



## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen bedömer att utredningens förslag avseende vård vid låsbar enhet inte föranleder något behov av motsvarande ändringar i LSU. Utredningen har inte utrett behovet av motsvarande ändringar i LVM.

### 17.6.11 Provtagning för kontroll av berusningsmedel m.m.

**Utredningens förslag:** Blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av berusningsmedel ska få göras vid ankomst till institutionen om det finns ett behov av det. Under vistelsen vid hemmet ska dock misstankerekvisitet kvarstå.

Beslut om blod-, urin-, utandnings-, svett- eller salivprov ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten.

Sådana beslut ska rapporteras till IVO.

Motsvarande ändring görs i 17 a § LSU och 32 a § LVM.

Enligt 17 a § LVU är den unge, om inte annat motiveras av medicinska eller liknande skäl, skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov om det kan misstänkas att den unge är påverkad av något sådant medel eller någon sådan vara. Bestämmelsen omfattar den som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagen enligt 6 § LVU om grund för omhändertagandet är den unges eget beteende enligt 3 §. Den som är frivilligt inskriven på ett särskilt ungdomshem eller den som vårdas där på någon grund som anges i 2 § LVU omfattas däremot inte.

Provtagning får endast ske om det finns misstanke om påverkan. Dagens berusningsmedel kan emellertid ge rus som är svåra att upptäcka utan drogtest, men som också kan ge abstinensbesvär och akuta hälsorisker. Enligt SiS förekommer det att ungdomar kommer till en institution utan att uppvisa tecken på påverkan, vilket innebär att misstanke om påverkan saknas.

SiS har till utredningen framfört att dagens reglering därmed riskerar att beskära ungdomarnas rätt till trygghet, säkerhet och hälso- och sjukvård. SiS anser därför att rätten att genomföra drogtestar bör utvidgas. För att stärka ungdomarnas rätt till en

trygg behandlande miljö anser SiS att ett behovsrekvisit bör införas i lagstiftningen. SiS föreslår att regleringen utformas på samma sätt som vid kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, dvs. att ett drogtest kan genomföras efter en behovsprövning när den unge ankommer till hemmet. För övriga fall anser SiS att det gällande misstankerekvisitet ska kvarstå.

För att SiS ska kunna bedriva en ändamålsenlig vård är det viktigt att de särskilda ungdomshemmen hålls drogfria. Utredningen delar SiS bedömning att det kan uppkomma situationer då det är nödvändigt att kunna kontrollera om barnet eller den unge är drogpåverkad utan att någon misstanke nödvändigtvis behöver vara för handen. Utredningen föreslår därför att drogtestar ska få göras vid ankomst till hemmet om det finns ett behov av det. Med behov markeras att det måste finnas en anledning till provtagningen, dvs. att det finns uppgifter om att barnet eller den unge har använt droger tidigare. Däremot krävs inte en välgrundad misstanke om att den unge är påverkad. Med ankomst till hemmet menas första gången den unge kommer till institutionen, när den unge återkommer från en vistelse utanför institutionen och när den unge återkommer efter en avvikning. Under vistelsen vid hemmet får däremot drogtestar endast göras om det föreligger en misstanke om påverkan.

## Beslut och överklagande

Beslut om blod-, urin-, utandnings-, svett- eller salivprov ska föregås av en proportionalitetsbedömning. Om det finns mindre ingripande metoder för att uppnå syftet ska dessa användas.

I samband med att ett beslut fattas ska barnet eller den unge alltid underrättas om beslutet och om skälen till beslutet. I journalen bör resultatet av provet samt namnen på den personal som medverkat vid provtagningen antecknas.

Beslut om blod-, urin-, utandnings-, svett- eller salivprov ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten, se avsnitt 17.6.20.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen anser att rätten till en trygg behandlande miljö är lika angelägen för den som är föremål för verkställighet enligt LSU och den som vårdas med stöd LVM och lämnar därför, i enlighet med SiS skrivelse, förslag till en motsvarande ändring i 17 a § LSU och 32 a § LVM.

### 17.6.12 Begränsningar i rätten att ta emot besök och telefonsamtal

**Utredningens förslag:** Den särskilda befogenheten begränsningar i rätten att ringa och ta emot telefonsamtal ska anpassas till dagens kommunikationsteknik och utvidgas så att den omfattar alla elektroniska kommunikationstjänster.

Ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska beslutas av SiS efter samråd med socialnämnden.

Ett sådant beslut ska vara tidsbegränsat och får gälla i högst 14 dagar. Om det därefter finns ett fortsatt behov av restriktioner får ett nytt beslut fattas. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det upphöra.

Beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska, liksom i dag, få överklagas till förvaltningsrätten.

Beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska rapporteras till IVO.

Motsvarande ändringar görs i 16 § LSU och 33 a § LVM.

Av 15 a § LVU framgår att barn och unga som vistas vid ett särskilt ungdomshem har rätt att i lämplig utsträckning ringa och ta emot telefonsamtal, ta emot besök samt vistas utanför hemmet. Den unge får dock förvägras telefonsamtal och besök, om det kan äventyra vården eller ordningen vid hemmet. Bestämmelsen omfattar den som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagen enligt 6 § LVU om grund för omhändertagandet är den unges eget beteende enligt 3 §. Den

som är frivilligt inskriven på ett särskilt ungdomshem eller den som vårdas där på någon grund som anges i 2 § LVU omfattas däremot inte av de restriktioner bestämmelsen avser.

SiS har i en skrivelse till Socialdepartementet påtalat att bestämmelserna i LVU, LSU och LVM behöver anpassas till den nya tekniken och även omfatta kommunikation via internet och e-post.

## Skyddet för yttrandefriheten och informationsfriheten

Enligt 2 kap. 1 § RF är var och en gentemot det allmänna tillförsäkrad yttrandefrihet och informationsfrihet. Skyddet kan begränsas genom lag för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den, dvs. den ska stå i proportion till sitt syfte (2 kap. 21 § RF). Yttrandefriheten och informationsfriheten får begränsas med hänsyn till rikets säkerhet, folkförsörjningen, allmän ordning och säkerhet, enskildas anseende, privatlivets helgd eller förebyggandet och beivrandet av brott. I övrigt får begränsningar av yttrandefriheten och informationsfriheten göras endast om särskilt viktiga skäl föranleder dem (2 kap. 23 § RF).

Enligt Europakonventionen, som gäller som lag i Sverige, har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens (artikel 8). Med korrespondens avses i konventionen olika former av överförande av meddelanden mellan individer. Dit är således att hänföra inte endast befordran av brev och andra försändelser med post utan också telefoniska och telegrafiska kommunikationer samt överföranden av meddelanden med hjälp av radio och datorer. En offentlig myndighet får enligt konventionen, inte inskränka denna rättighet annat än med stöd av lag och endast om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa och moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Enligt barnkonventionen ska barnet ha rätt till yttrandefrihet (artikel 13). Denna rätt innefattar frihet att oberoende av territoriella gränser söka, motta och sprida information och tankar av alla slag, i tal, skrift eller tryck, i konstnärlig form eller genom annat uttrycks-

medel som barnet väljer. Utövandet av yttrandefriheten får underkastas vissa inskränkningar men endast sådana som är föreskrivna i lag.

### **Bestämmelsen behöver anpassas till modern informationsteknik**

Enligt utredningens mening är det viktigt att barn och unga, även under den tid som de vårdas vid ett särskilt ungdomshem, i största möjliga utsträckning har kvar sin grundläggande frihet att kunna kommunicera med andra, t.ex. genom fast telefon, mobiltelefon eller via dator med internetuppkoppling. Möjligheten att kunna kommunicera med andra är väsentlig för att barnet eller den unge ska kunna upprätthålla betydelsefulla kontakter med anhöriga, kompisar och andra närstående.

Å andra sidan kan det i vissa fall vara nödvändigt att göra inskränkningar t.ex. för att förhindra införsel och annan hantering av narkotika och andra berusningsmedel, men också för att kunna skydda barnet eller den unge från att skada sig själv eller andra på annat sätt. Det kan t.ex. handla om barn och unga som utsätter sig för grooming eller prostitution via internet eller lägger ut bilder och filmer på internet som innebär att den personliga integriteten kränks. Inskränkningarna får dock inte komma i konflikt med grundlag eller konventioner. Enligt utredningens mening innebär det att inskränkningar endast får ske i förhållande till en enskild individ och att de grundas på en individuell bedömning.

Utredningen anser att det i det närmaste är en självklarhet att nuvarande 15 a § LVU behöver moderniseras och anpassas till dagens kommunikationsteknik. I dag kommunicerar barn och unga framför allt via datorn och mobiltelefonen genom t.ex. sms-meddelanden och meddelanden på sociala medier. Genom att nuvarande bestämmelse är begränsad till telefonsamtal kan den därför till stor del sägas ha förlorat sin betydelse. Som en jämförelse kan nämnas att enligt 20 a § LPT får chefsöverläkaren besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Av förarbetsuttalanden till bestämmelsen framgår att

definitionen har utformats på så sätt att den ska vara oberoende av teknikutvecklingen på området.<sup>57</sup>

Utredningen föreslår därför att den särskilda befogenhet som utgörs av begränsningar i rätten att ringa och ta emot telefonsamtal utvidgas så att den omfattar alla elektroniska kommunikationstjänster.

Begreppet elektroniska kommunikationstjänster är hämtat från lagen (2003:389) om elektroniska kommunikationstjänster och avser tjänster som vanligen tillhandahålls mot ersättning och som huvudsakligen utgörs av signaler i elektroniska kommunikationsnät. Härunder faller tjänster som möjliggör överföring av tal, fax och data och andra former av kommunikation. Det innebär att bl.a. fast telefoni, mobiltelefoni, internet och e-post omfattas. Avsikten är att definitionen ska vara oberoende av teknikutvecklingen på området och även omfatta eventuellt nya elektroniska kommunikationsmedel.

Utredningen föreslår vidare att den tekniska utrustning som möjliggör användningen ska få omhändertras under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas till barnet eller den unge senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla.

I syfte att öka rättssäkerheten för den enskilde samt ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av vissa skyddsåtgärder föreslår utredningen vidare att beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska rapporteras till IVO, se avsnitt 17.6.18.

## Beslut och överklagande

Ett beslut om begränsning av barnets eller den unges rätt att ta emot besök eller kommunicera med andra är omfattande ingrepp i barnets eller den unges grundlagsskyddade rättigheter. Ett sådant beslut måste således övervägas noga och vägas mot barnets eller den unges rätt att fritt kunna kommunicera med andra. I syfte att stärka rättssäkerheten för barnet eller den unge föreslår utredningen att beslut om begränsningar i rätten att ta emot besök eller använda elektroniska

---

<sup>57</sup> Prop. 2005/06:195 s. 34.

kommunikationstjänster ska beslutas efter samråd med socialnämnden. Genom att involvera socialnämnden ökar rättssäkerheten eftersom beslutet ska ha föregåtts av en mer omfattande beredning.

Ett beslut om begränsning av barnets eller den unges rätt att ta emot besök eller kommunicera med andra ska föregås av en proportionalitetsbedömning. Om det finns mindre ingripande metoder för att uppnå syftet ska dessa användas. Det kan t.ex. röra sig om samtal med barnet eller den unge om lämpligheten av hans eller hennes kontakt med en viss person. Om en begränsning av rättigheterna är den enda framkomliga vägen ska även omfattningen av begränsningen bedömas. Ett villkor om bevakat besök eller ett villkor om att få tillgång till internet tillsammans med personal är mindre ingripande än ett totalförbud. Barnet eller den unge ska underrättas om beslutet och om skälen till beslutet.

I dag finns inget krav i lagen på att ett beslut om begränsningar i rätten att föra telefonsamtal eller ta emot besök, ska vara tidsbegränsade. Som en jämförelse kan nämnas att beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster inom den psykiatriska tvångsvården får gälla i högst två månader (22 b § LPT).

Som anförts tidigare är förutsägbarhet en viktig förutsättning för rättssäkerhet. Utredningen anser därför att ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska vara tidsbegränsat. Möjligheten att kunna kommunicera med andra är, som anförts ovan, väsentlig för att barnet eller den unge ska kunna upprätthålla betydelsefulla kontakter. Det är viktigt att sådana beslut övervägs noga och hela tiden omprövas för att se om de fortfarande behövs. Utredningen föreslår att ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska få gälla högst 14 dagar. Om det därefter finns ett fortsatt behov av restriktioner får ett nytt beslut fattas. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det upphöra.

På samma sätt som i dag ska beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök få överklagas till förvaltningsrätten.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen anser att behovet av att anpassa bestämmelserna till modern kommunikationsteknik är lika stort i LVM och LSU. Utredningen anser därför att förslaget om att utvidga befogenheten att begränsa den enskildes rätt att ringa och ta emot telefonsamtal till att omfatta alla elektroniska kommunikationstjänster, även ska gälla vid verkställighet enligt LSU och vid vård enligt LVM. Utredningen anser även att förslaget om att sådana beslut ska vara tidsbegränsade också ska omfatta beslut enligt LSU och LVM. Det är lika viktigt att sådana beslut övervägs noga och omprövas förlöpande för den som är föremål för sluten ungdomsvård eller vårdas med stöd av LVM. Utredningen lämnar därför förslag till motsvarande ändringar i 16 § LSU och 33 a § LVM.

### 17.6.13 Övervakning av brev och andra försändelser

**Utredningens förslag:** Bestämmelsen som reglerar övervakning av brev och andra försändelser moderniseras språkligt genom att uttrycket ”om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den unges särskilda förhållanden” ersätts av ”om det behövs med hänsyn till säkerheten vid hemmet eller till barnets eller den unges särskilda förhållanden”.

Beslut om övervakning av brev och andra försändelser ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten.

35 § LVM ska formuleras om så att försändelser får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till säkerheten vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden.

Enligt 19 § LVU får den som omfattas av bestämmelserna i 15 § underkastas övervakning av sina brev och andra försändelser, om detta behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den unges särskilda förhållanden. För detta ändamål får SiS öppna och ta del av försändelser som kommer till eller sänds från den unge. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som den unge inte får inneha enligt 16 §, ska egendomen omhändertas. Brev mellan den unge och en svensk myndighet eller advokat eller hans eller hennes offentliga biträde ska vidarebefordras utan föregående granskning.



I dag får övervakning av brev och andra försändelser göras om det ”behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den unges särskilda förhållanden”. SiS har föreslagit att uttrycket ”ordningen vid hemmet” bör ersättas med en modernare formulering, t.ex. ”säkerheten vid hemmet”. Utredningen föreslår att bestämmelsen formuleras om så att övervakning av brev och andra försändelser ska få göras om det behövs med hänsyn till säkerheten vid hemmet eller till barnets eller den unges särskilda förhållanden.

### Beslut och överklagande

Ett beslut om brevgranskning ska föregås av en proportionalitetsbedömning. Om det finns mindre ingripande metoder för att uppnå syftet ska dessa användas. I samband med att ett beslut fattas ska barnet eller den unge alltid underrättas om beslutet och om skälen till beslutet.

Beslut om brevgranskning ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten, se avsnitt 17.6.20.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Enligt 15 § LSU ska vad som sägs i 16, 17, 19 och 20 §§ LVU även gälla för den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Utredningens förslag kommer därför även att omfatta den som är föremål för sluten ungdomsvård. Utredningen anser att det är viktigt att så långt möjligt använda samma termer och begrepp i den lagstiftning som reglerar SiS verksamhet. Det underlättar tillämpningen och ökar tydligheten. Utredningen anser därför att 35 § LVM ska formuleras om så att försändelser får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till säkerheten vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden.

#### 17.6.14 Avskiljning

**Utredningens förslag:** Befogenheten att hållas i avskildhet ska finnas kvar men differentieras i två olika nivåer: avskiljning i ett rum med öppen dörr och avskiljning i ett rum med låst dörr.

Vid en avskiljning med öppen dörr ska personal finnas närvarande i rummet under hela den tidsperiod som avskiljningen pågår.

Vid en avskiljning med låst dörr ska barnet eller den unge stå under fortlöpande uppsikt av personal. Barnet eller den unge ska också ha möjlighet att själv tillkalla personal.

Den tid som ett barn eller en ungdom får vara avskild ska minskas från 24 timmar till en timme för båda nivåerna. Genom ett nytt beslut får tiden förlängas med en timme. Om det därefter finns särskilda skäl får ett nytt beslut om avskiljning med öppen dörr under ytterligare högst en timme fattas.

En avskiljning med låst dörr får således som längst pågå i två timmar. Därefter kan ett beslut om avskiljning i ett rum med öppen dörr fattas. En avskiljning med öppen dörr får som längst pågå i tre timmar. En sammanhängande avskiljning, oavsett nivå, får aldrig överstiga tre timmar.

Vid en avskiljning med stängd dörr ska en läkare eller sjuksköterska skyndsamt yttra sig om avskiljningen oavsett ålder på den unge.

Både beslut om avskiljning med öppen dörr och avskiljning med låst dörr ska få överklagas till förvaltningsrätten.

Beslut om avskiljning ska rapporteras till IVO.

SiS ska få i uppdrag att under en treårsperiod årligen särskilt rapportera användningen av avskiljning. SiS rapportering av åtgärden samt IVO:s tillsyn på området ger regeringen underlag för att bedöma om avskiljning kan förbjudas.

De föreslagna bestämmelserna om avskiljning ska även omfatta den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård.

Enligt 15 c § LVU får den intagne hållas i avskildhet om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Han eller hon ska då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne får inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd. Är den intagne under 15 år ska läkare skyndsamt yttra sig om avskiljningen. Om läkaren begär det ska åtgärden genast avbrytas. Bestämmelsen omfattar den

som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagna enligt 6 § LVU om grund för omhändertagandet är den unges eget beteende enligt 3 §. Den som vårdas på frivillig grund eller med stöd av 2 § LVU får således aldrig avskiljas.

Bland annat mot bakgrund av att FN:s barnrättskommitté krävt att Sverige förbuder avskiljning av barn i alla sammanhang, har utredningen undersökt och övervägt möjligheten att helt utmönstra avskiljning i LVU. Utredningen har därvid tagit del av BO:s skrivelser, SiS kunskapsöversikt av insatser i syfte att minska avskiljningar, SiS synpunkter samt jämfört med andra länder. Vad som då framkommer är att ett totalförbud mot avskiljning riskerar att öka andelen fasthållningar. Fysisk fasthållning (*physical restraint*) definieras vanligtvis som fasthållning med kroppslig kraft, t.ex. att personal håller fast den unges armar och ben. Som redovisats i avsnitt 17.6.9 är fysisk fasthållning en lika restriktiv åtgärd som avskiljning. Biverkningarna till följd av att bli utsatt för någon form av *restraint* kan se olika ut för olika individer. Den som har varit utsatt för sexuella övergrepp eller fysisk misshandel kan uppleva fysisk fasthållning som mer traumatiserande än att avskiljas. Vid fasthållning finns även en skaderisk, vid nedläggning i bukläge finns t.ex. risk för hämning av andningen. Utredningen anser inte att en längre tids fysisk fasthållning är ett bättre alternativ ur barnets eller den unges perspektiv.

Enligt SiS är avskiljning den befogenhet som, trots de brister den är förknippad med, ändå är minst skadlig för den unge och som kombinerat med ett icke-konfrontativt förhållningssätt minimerar behovet av olika former av fysiskt våld/fasthållning eller motsvarande. SiS har också genomfört ett antal åtgärder i syfte att minska avskiljningarnas antal och längd samt säkra att de genomförs på ett värdigt och säkert sätt. SiS har även framfört att ett totalförbud mot avskiljning riskerar att leda till att barn och unga i stället måste överföras till en psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Inom den psykiatriska tvångsvården får tvångsåtgärder i form av bl.a. avskiljning, fastspänning med bälte samt tvångsmedicinering vidtas. Under transporten finns risk för att den unge skadas och det blir också ett uppbrott eller ett avbrott i den pågående behandlingen.

Efter en sammantagen bedömning finner utredningen att det finns risk för att andra negativa konsekvenser kan uppstå om det inte finns en noggrann plan med att implementera alternativa

åtgärder till avskiljning. I dagsläget finns det därför ett fortsatt behov av att i undantagsfall kunna avskilja ett barn eller en ungdom. Det är väl känt att det inte finns några som helst terapeutiska effekter av att avskilja eller hålla fast en våldsam person oavsett orsak. Enligt aktuell forskning är det främst utbildning av personal gällande såväl attityder som strategier för att arbeta preventivt med att minska risk för eskalering av våld som anses vara de viktigaste åtgärderna för att undvika/minska tillgripandet av avskiljning och fasthållning.

Som utredningen redan konstaterat i de inledande övervägandena i detta kapitel är det av största vikt att personalen på SiS särskilda ungdomshem arbetar med ett förhållningssätt som gör att frustrationer och aggressioner inte uppstår. Utredningen ser mycket positivt på att SiS genom satsningen på utveckling av No Power – No Loose har som mål att minska/upphöra med avskiljning. Det pågår även implementering av metoden Motiverande samtal (MI) på vissa ungdomshem. Även MI är ett lågaffektivt arbetssätt, där den unge motiveras till utveckling. På flera institutioner har arbetet visat sig ha goda effekter kring konflikthantering. Som redogjorts för i kapitel 3 har FN:s barnrättskommitté bl.a. rekommenderat att alla yrkesgrupper som arbetar med barn ska utbildas i vårdmetoder som undviker våld eller tvång.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att ett totalförbud mot avskiljning i dagsläget riskerar att leda till andra negativa konsekvenser för barn och unga. Däremot anser utredningen att regleringen av åtgärden ska göras mer restriktivt samt att tillämpningen behöver bli mer rättssäker. Avskiljningens karaktär av skydd måste också tydliggöras.

### **Två nivåer av avskiljning**

Efter påtalanden från tillsynsmyndigheten fattar SiS i dag beslut om avskiljning även om den unge hänvisas till sitt rum och inte får komma ut förrän hon eller han lugnat sig. Vidare förekommer det att personal finns med i avskiljningsrummet när en ung person förts dit och inte sällan hålls dörren till rummet öppen. SiS har därför till utredningen framfört förslag om att en ny form av att hållas i avskildhet, liknande den som finns i Norge, införs. Enligt den norska föreskriften om rättigheter och användande av tvång på

institutioner för barn, får isolering ske i ett rum med minst åtta kvadratmeters golvyta och med fönster. En person ska alltid vara med den unge i rummet och dörren ska vara olåst.<sup>58</sup> Den nya befogenheten skulle innebära en lagstadgad möjlighet för SiS att hålla en ungdom i avskildhet, med personal närvarande och med öppen dörr. Enligt SiS utförs många avskiljningar redan i dag på det sättet. Enligt SiS övergår merparten av avskiljningarna relativt snabbt till avskiljning med öppen dörr också i de fall där inledningsvis dörren har stängts.

Utredningen instämmer i SiS bedömning att en sådan befogenhet är mindre ingripande än dagens avskiljning i och med att dörren ska vara olåst och personal ska vara närvarande. Att personal finns i rummet gör också att den unge ges en kontinuerlig möjlighet till samtal. Vikten av att kunna samtala med personalen under tiden för en avskiljning är något som framhållits av de unga i SiS fokusgrupper om avskiljning. Utredningen föreslår därför att dagens bestämmelse om att hållas i avskildhet differentieras i två nivåer: avskiljning i ett rum med öppen dörr och avskiljning i ett rum med låst dörr. Vid en avskiljning med öppen dörr ska personal samtidigt vara närvarande i rummet under hela den tid som avskiljningen pågår.

I vissa synnerligen våldsamma situationer kan det finnas ett behov av att avskilja ett barn eller en ungdom i ett rum med dörren låst. För att tillämpa den restriktivare formen av avskiljning ska krävas att den mindre restriktiva formen (med öppen dörr) har bedömts som otillräcklig. Det följer av proportionalitetsprincipen att tvångsåtgärder alltid ska föregås av en prövning av om det inte är möjligt att med personalinsatser eller på något annat sätt som är mindre ingripande för den enskilde uppnå det syfte som åtgärden är tänkt att fylla. Liksom i dag ska barnet eller den unge stå under fortlöpande uppsikt av personalen.

I SiS fokusgrupper om avskiljning framhöll de intervjuade ungdomarna att det är viktigt att det går att signalera till personalen att man vill prata under tiden som avskiljningen pågår. Utredningen föreslår därför att det av bestämmelsen ska framgå att barnet eller den unge ska ha möjlighet att själv tillkalla personal, t.ex. genom en larmknapp.

---

<sup>58</sup> § 3–14 andra stycket forskrift om rättigheter och bruk av tvang under opphåld i barneverninstitusjon (FOR 2011-11-15 nr 1103).

I syfte att öka rättssäkerheten för den enskilde samt ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av vissa skyddsåtgärder föreslår utredningen vidare att båda nivåerna av beslut om avskiljning ska rapporteras till IVO, se avsnitt 17.6.18.

## Tiden för avskiljning

Under 2012 fattades 691 beslut om att hålla någon i avskildhet med stöd av LVU. Avskiljningarna varade i snitt en timme och 26 minuter. I knappt 85 procent av fallen varade avskiljningen mindre än två timmar. Under 2014 fattades 786 avskiljningar. Den genomsnittliga tiden för en avskiljning har ökat marginellt. Vid utredningens kontakter med företrädare för SiS har samtliga vitsordat att det i de allra flesta fall inte krävs längre tid än en timme för den unge att lugna ned sig. Utredningen föreslår därför att den tid som ett barn eller en ungdom får vara avskild minskas från 24 timmar till en timme. Genom ett nytt beslut får tiden förlängas med en timme. Dessa tidsfrister ska gälla för båda formerna av avskiljning.

Om det därefter finns särskilda skäl får ett nytt beslut om avskiljning med öppen dörr under högst ytterligare en timme fattas.

En avskiljning med låst dörr får således som längst pågå i två timmar. Därefter kan ett beslut om avskiljning med öppen dörr fattas. En avskiljning med öppen dörr får som längst pågå i tre timmar. En sammanhängande avskiljning, oavsett nivå, får aldrig överstiga tre timmar.

Utredningens förslag medför att tiden för hur länge en avskiljning får pågå minskas kraftigt. SiS har till utredningen vitsordat att dessa tidsramar i de allra flesta fall är tillräckliga men att det i några få fall per år finns ett behov av en längre tids avskiljning för att lugna ned situationen. Utredningen har övervägt möjligheten att ha någon form av ventil för dessa undantagssituationer. Utredningen bedömer dock att det utrymme som brottsbalkens (BrB) ansvarsfrihetsbestämmelser ger är tillräckligt för att klara dessa akuta undantagsfall.

## Yttrande från sjukvårdspersonal

Enligt nuvarande bestämmelse ska en läkare skyndsamt yttra sig om en avskiljning om den unge är under 15 år. Det krävs inte något

läkaryttrande innan en avskiljning får börja verkställas. Något formellt krav på att läkaren träffar eller undersöker den unge innan han eller hon yttrar sig finns inte. Läkaren avgör själv under vilka förutsättningar han eller hon vill yttra sig. Enligt SiS interna riktlinjer bör läkarens yttrande avse frågan om det finns så starka medicinska skäl mot en avskiljning att den bör avbrytas. Om läkaren begär det, ska avskiljningen genast avbrytas.

Det åligger således institutionen att skyndsamt – dvs. i princip genast – försöka få en läkare att yttra sig om avskiljningen när den unge är under 15 år. Om institutionen inte har en särskild överenskommelse med en specifik läkare om tillgång till yttranden dygnet runt får institutionen från fall till fall försöka kontakta tillgängliga läkare på orten, t.ex. på vårdcentral, akutmottagning på sjukhus eller s.k. läkarbilar.

SiS har erfarit att många institutioner har svårt att alla tider på dygnet komma i kontakt med en läkare som är villig att yttra sig om en avskiljning. SiS har därför föreslagit att en läkare eller sjuksköterska ska yttra sig om en avskiljningssituation och att en sådan kontakt ska gälla även ungdomar över 15 år. SiS har även föreslagit att ett medicinsk yttrande endast ska inhämtas om det behövs med hänsyn till den unges medicinska tillstånd. Det innebär att en bedömning av om det föreligger ett sådant behov ska göras vid varje avskiljningsbeslut. Exempel på situationer där det är av vikt att en sådan bedömning görs är om det förekommer suicidrisk, psykoser, drogförgiftning, abstinens, förvirringstillstånd eller någon annan beteendevikelse som särskilt kräver en bedömning av den medicinska statusen.

Utredningen delar SiS uppfattning att även en sjuksköterska kan göra den medicinska bedömningen av om den unges hälsotillstånd tillåter en avskiljning. Många gånger har också den av hemmet anställda sjuksköterskan bättre kännedom om det aktuella barnet eller den unge än vad t.ex. en extern läkare har. Med beaktande av den föreslagna differentieringen av avskiljning bedömer utredningen att en medicinsk bedömning endast behöver göras vid en avskiljning med låst dörr. Utredningen delar även SiS uppfattning att det finns ett lika stort behov av ett yttrande från sjukvårdspersonal oavsett om den unge är under eller över 15 år. Däremot anser utredningen att det fortsatt ska vara ett krav på ett medicinskt yttrande vid alla beslut om avskiljning.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen att en läkare eller sjuksköterska skyndsamt ska yttra sig om en avskiljning med låst dörr, oavsett ålder på den unge.

### **Beslut och överklagande**

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska alltid ett beslut om avskiljning föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, t.ex. lugnande samtal. Om ett medicinskt yttrande har inhämtats ska det dokumenteras vem som har lämnat yttrandet samt vilka synpunkter som lämnats. Av journalen ska det även framgå vid vilken tidpunkt avskiljningen skedde samt vid vilken tidpunkt barnet eller den unge återgick till avdelningen. Det ska även framgå vilken personal som har medverkat vid avskiljningen.

Båda formerna av avskiljning ska få överklagas till förvaltningsrätten, se avsnitt 17.6.20.

### **Målet ska vara att avskiljning ska förbjudas – uppdrag till SiS**

Som framgått ovan har FN:s barnrättskommitté krävt att Sverige förbjuder avskiljning av barn i alla sammanhang. Avskiljning innebär ett långtgående ingrepp i den personliga integriteten. Av skäl som redovisats ovan bedömer utredningen det dock inte vara möjligt att i nuläget helt förbjuda användningen av avskiljning. Inte minst mot bakgrund av att de alternativ till avskiljning som föreligger i nuläget, i vissa situationer kan uppfattas som minst lika integritetskränkande som en avskiljning. Som redovisats pågår ett omfattande arbete för att minska behovet av att använda avskiljning vid ungdomshemmen. Användningen av befogenheten har också minskat påtagligt under en följd av år. Utredningens ovan lämnade förslag innebär väsentligt mer restriktiva regler för avskiljning, samtidigt som åtgärden differentieras genom att avskiljning med öppen dörr införs.

Utredningen anser att målet ska vara att den nuvarande befogenheten avskiljning helt ska kunna avskaffas i en nära framtid. Det förutsätter bl.a. att det arbete som i dag bedrivs inom SiS för att förebygga användandet av åtgärden fortgår och bedrivs med minst samma omfattning och intensitet som under de senaste åren.



Utredningen föreslår att SiS ska ges i uppdrag att under en treårsperiod årligen rapportera till regeringen om utvecklingen när det gäller avskiljning. Den årliga rapporteringen ska bl.a. innefatta redovisning av användningen av åtgärden samt insatser som görs i förebyggande syfte. Uppdraget ska också innefatta den nya föreslagna skyddsåtgärden avskiljning med öppen dörr. SiS rapportering, kompletterat med bl.a. IVO:s tillsyn på området, ger regeringen underlag för att längre fram bedöma om skyddsåtgärden avskiljning kan avskaffas.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen anser att förslaget om att differentiera avskiljning i två nivåer samt minska tiden för hur länge en avskiljning får pågå även bör omfatta den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Det ska i sammanhanget noteras att FN:s barnrättskommitté kritiserat Sverige för avskiljning av barn i alla sammanhang.

I stället för att ändra nuvarande bestämmelse i 17 § LSU föreslår utredningen att 15 § LSU kompletteras med de bestämmelser som reglerar avskiljning i LVU (16–19 §§) samt att 17 § LSU upphör att gälla. Det innebär att kravet på att en läkare eller sjuksköterska ska yttra sig om en avskiljning med låst dörr ska gälla även för den som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård. Utredningen anser inte att det finns skäl att göra någon skillnad i detta avseende.

Utredningen har inte utrett behovet av förändringar i de bestämmelser som reglerar avskiljning av vuxna i LVM. Utredningen lämnar därför inte förslag till motsvarande ändringar i 34 § fjärde stycket LVM.

### 17.6.15 Vård i enskildhet

**Utredningens förslag:** Bestämmelsen tydliggörs så att det framgår att vård i enskildhet ska vara individuellt anpassad efter barnets eller den unges särskilda behov. Vården ska beslutas av SiS efter samråd med socialnämnden och ska framgå av vårdplanen.

Vård i enskildhet ska få beredas den enskilde oavsett om han eller hon vistas på en låsbar eller öppen enhet och ska därför regleras i en egen paragraf.

Som i dag ska frågan om vård i enskildhet prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning.

Vård i enskildhet ska, liksom i dag, få överklagas till förvaltningsrätten.

Vård i enskildhet ska rapporteras till IVO.

Enligt 15 b § LVU får den som bereds vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar hindras från att träffa andra (vård i enskildhet). Den intagne får vårdas vid en sådan enhet under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vården vid enheten pågå längre tid, förutsatt att förutsättningarna för vård vid låsbar enhet fortfarande föreligger och att den intagne samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. En fråga om vård i enskildhet ska prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning. Bestämmelsen omfattar den som vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU och den som är omedelbart omhändertagen enligt 6 § LVU om grund för omhändertagandet är den unges eget beteende enligt 3 §. Den som är frivilligt inskriven på ett särskilt ungdomshem eller den som vårdas där på någon grund som anges i 2 § LVU omfattas däremot inte.

Vård i enskildhet ska förutsätta ett förutsägbart och tydligt vårdbehov. Behovet kan vara motiverat av vårdskäl men kan också vara motiverat för att garantera den unges egen eller andra boendes säkerhet. Det kan t.ex. röra sig om ungdomar som behöver knyta an till personal, som riskerar att skada sig själv eller som har allvarliga psykiska problem. En förutsättning för vård i enskildhet är således att den unge har särskilda svårigheter som gör att han eller hon inte kan tillgodogöra sig behandling i en större grupp. Av

SiS kartläggning framgår emellertid att vård i enskildhet ofta saknar tydliga behandlingsmål och uppföljning. Vidare framgår att ingen av de intervjuade ungdomarna upplever att de har fått en tydlig beskrivning av vilken vård de anses behöva och hur den ska bedrivas, vilka behandlingsmål som ska uppnås och på vilket sätt de själva kan påverka sin situation. Ungdomarna efterlyser fler aktiviteter och tydligare behandlingsinslag.

Utredningen anser att bestämmelsen om vård i enskildhet behöver tydliggöras så att det framgår att sådan vård ska vara individuellt anpassad efter barnets eller den unges särskilda behov. Vården bör också planeras och beslutas efter samråd med socialnämnden. Det bör framgå av socialtjänstens vårdplan om barnet eller den unge behöver vårdas i enskildhet. Om behovet uppstår under placeringen efter en tids vistelse, ska det framgå av genomförandeplanen och behandlingsplanen vad vården syftar till samt vilka insatser som planeras. Genom att involvera socialnämnden ökar rättssäkerheten eftersom beslutet ska ha föregåtts av en mer omfattande beredning.

SiS har framfört till utredningen att de förutsättningar som ligger till grund för att vårdas utan att träffa övriga intagna kan vara för handen även hos ungdomar som vårdas på en öppen avdelning. Utredningen instämmer i att behovet av att få vårdas enskilt även kan föreligga hos barn och ungdomar som vårdas på en öppen avdelning. Det är därför olämpligt att vårdformen förutsätter ett beslut om vård på låsbar enhet. Utredningen föreslår att vård i enskildhet ska regleras i en egen paragraf. På det sättet kan vård i enskildhet beredas den enskilde oavsett på vilken enhet han eller hon vistas.

Vård i enskildhet ska endast kunna beredas den som vårdas med stöd av nuvarande 3 § LVU. Vården ska omprövas fortlöpande och alltid inom sju dagar från senaste prövning.

I syfte att öka rättssäkerheten för den enskilde samt ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av vissa skyddsåtgärder föreslår utredningen att vård i enskildhet ska rapporteras till IVO, se avsnitt 17.6.18.

## Beslut och överklagande

Ett beslut om vård i enskildhet ska vara tydligt motiverat utifrån barnets eller den unges speciella behov. Den fortlöpande omprövningen av vården ska dokumenteras i journalen.

Som i dag ska vård i enskildhet få överklagas till förvaltningsrätten.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen har inte utrett behovet av motsvarande ändringar i 14 § LSU och 34 § tredje stycket LVM.

### 17.6.16 Utomhusvistelse

**Utredningens förslag:** Det ska införas en bestämmelse om att den som vårdas på en låsbar enhet ska ges möjlighet att vistas utomhus, ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning.

Enligt nuvarande 15 b § LVU ska ett barn eller en ungdom få vårdas vid en enhet som är låsbar under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vården pågå under längre tid förutsatt att förutsättningarna för sådan vård fortfarande föreligger och barnet eller den unge samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. Vistelse i öppnare former kan innebära att barnet eller den unge regelbundet deltar i behandlings- och/eller fritidsaktiviteter utanför avdelningen. Daglig vistelse i skola eller på praktikplats är andra exempel på vistelse i öppnare former. Enligt SiS interna riktlinjer kan dagliga promenader utanför hemmet endast i undantagsfall anses uppfylla de formella kraven på vård i öppnare former. Det torde förutsätta att andra aktiviteter av säkerhetsskäl är uteslutna samt att utevistelsen är sådan att den kan sägas utgöra vistelse i öppnare former. Det betyder att promenaderna måste ha en viss varaktighet samt ske under sådana former att lagstiftningens syfte uppnås.

I dag finns ingen bestämmelse som reglerar barnets eller den unges utevistelser under de första två månaderna. Enligt uppgift från SiS får de ungdomar som vårdas på låsbar enhet så snart det är

möjligt t.ex. promenera med personal till skolan eller matsalen i annat hus på området och allteftersom även utöva idrottsaktiviteter utomhus, göra utflykter och inköpsresor, besöka bibliotek, simhall och bio samt företa hemresor.

JO har i ett beslut som gällde vård i enskildhet, konstaterat att det i LVU inte finns några bestämmelser som reglerar utomhusvistelse men att det rent allmänt måste ligga inom ramen för god vård att vistelse utomhus är möjlig. JO menade att det bör övervägas om det inte finns skäl att införa författningsbestämmelser som reglerar rätten till utomhusvistelse.<sup>59</sup>

I LSU finns en bestämmelse som stadgar att den dömde ska ges tillfälle till utbildning, aktiviteter, förströelse, fysisk träning och vistelse utomhus (12 § LSU).

Utredningen anser att det ska införas en bestämmelse i LVU om att den som vårdas på en låsbar enhet ska ges möjlighet att vistas utomhus samt ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning. Bestämmelsen ska i princip gälla från första dagen som barnet eller den unge vårdas vid låsbar enhet. Vilken typ av utomhusvistelse eller aktivitet som barnet eller den unge ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl. Det ska vara upp till barnet eller den unge att bestämma om han eller hon vill vistas utomhus, ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Som framgår ovan finns redan en bestämmelse i LSU som stadgar att den dömde ska ges tillfälle till utbildning, aktiviteter, förströelse, fysisk träning och vistelse utomhus. Utredningen har inte utrett behovet av en motsvarande bestämmelse i LVM.

---

<sup>59</sup> JO 2006/07 s. 300.

### 17.6.17 Uppföljande samtal efter en vidtagen skyddsåtgärd

**Utredningens förslag:** Barnet eller den unge ska erbjudas ett uppföljande samtal efter en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning, en visitation av barnets eller den unges bostadsrum samt en avskiljning med öppen eller låst dörr.

Samtalet ska både syfta till att barnet eller den unge ska få information om vad som var anledningen till att åtgärden behövde tillgripas och ge möjlighet för barnet eller den unge att tala om hur han eller hon uppfattar att åtgärden hade kunnat undvikas.

Syftet ska vara att ge kunskap för att undvika att en liknande situation uppkommer igen samt utröna vilka alternativa handlingsstrategier som kan behöva utarbetas.

Vården på de särskilda ungdomshemmen ska genomföras i samarbete och samförstånd med barnet eller den unge och det är därför viktigt att hitta olika möjligheter att göra barnet eller den unge mer delaktig i den egna vårdens utformning. Ett led i det kan vara att erbjuda barnet eller den unge, efter att ha blivit föremål för en tvångsåtgärd, en möjlighet att få samtala kring händelsen. Av SiS interna riktlinjer följer att efter en avslutad avskiljning, kroppsvisitering eller en ytlig kroppsbesiktning ska den unge erbjudas ett samtal. Samtalet ska dokumenteras i den unges journal.

SKL har de senaste åren genomfört flera projekt inom den psykiatriska slutna tvångsvården med syfte att få en ökad medverkan av patienterna i vårdplaneringen. Ett grundläggande antagande för dessa projekt har varit att det är möjligt att minska behovet av tvångsåtgärder genom ett ändrat förhållningssätt till patienter, ett ändrat arbetssätt och ändrade behandlingsstrategier. I en delrapport till Socialdepartementet i november 2010, *Bättre vård – mindre tvång*, redovisar SKL vilka insatser som gjorts under 2010 och vilka resultat som dittills uppnåtts. Av de redovisningar som lämnats i projektet framgår att flera arbetslag med framgång infört en rutin som innebär att patienten får ett återkopplingsamtal inom en kortare tid efter en vidtagen tvångsåtgärd. Vid samtalet ges patienten möjlighet att t.ex. redogöra för hur han eller hon upplevde åtgärden och för positiva och negativa faktorer i samband med verkställandet av åtgärden. Samtalet är också framåtblickande i

den meningen att patienten ges möjlighet att tala om hur han eller hon uppfattar att åtgärden hade kunnat undvikas. Tanken är att uppgifterna från dessa samtal ska medverka till att tvångsåtgärder inte ska behöva tillgripas om en liknande situation uppträder. Psykiatrilagsutredningen skriver i sitt betänkande att företrädare för patient-, brukar- och närståendeorganisationer, särskilt har lyft fram att enbart ett ändrat förhållningssätt, ett annat bemötande av patienter som vårdas med tvång, kan leda till att behovet av tvångsåtgärder minskar. Psykiatrilagsutredningen övervägde att införa en lagstadgad skyldighet för vårdgivarna att erbjuda ett uppföljningssamtal inom en kortare tid efter en vidtagen tvångsåtgärd. Den konstaterade dock att trots att det finns en del som talar för att det är en åtgärd som kan bidra till att tvånget minskar så finns det i nuläget inte full evidens för att så är fallet. Psykiatrilagsutredningen stannade därför för att inte föreslå någon sådan skyldighet.<sup>60</sup>

En slutsats från SiS fokusgrupper om de särskilda befogenheterna är att personalens förmåga till ett respektfullt bemötande är avgörande för hur tillämpningen uppfattas. För ungdomarna innebär det att personalen gör dem delaktiga i processen. Det innebär att i en dialog bli lyssnad på och få komma till tals om hur man upplever situationen och ge sin syn på saken. I ett respektfullt bemötande ligger också personalens förmåga att vara lyhörd för den enskildes behov och ha förståelse för den utsatta situationen innebär.

Som beskrivits i de inledande övervägandena har utredningen haft som mål att lämna förslag som stärker det enskilda barnets rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi. I begreppet integritet innefattas rätten för barnet att få information, att själv lämna information samt att barnets synpunkter respekteras. Autonomi ska förstås som rätten för barnet att få vara med och påverka de beslut som rör honom eller henne. Mot bakgrund av dessa värden föreslår utredningen att barnet eller den unge ska erbjudas ett uppföljande samtal efter en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning, en visitation av barnets eller den unges bostadsrum samt en avskiljning med öppen eller låst dörr. Det ska vara upp till barnet eller den unge att bestämma om han eller hon vill ha ett

---

<sup>60</sup> SOU 2012:17 s. 394.

uppföljningssamtal. Barnet eller den unge ska således inte kunna tvingas till ett samtal.

Samtalet ska både syfta till att barnet eller den unge ska få information om vad som var anledningen till att åtgärden behövde tillgripas och ge möjlighet för barnet eller den unge att tala om hur han eller hon uppfattar att åtgärden hade kunnat undvikas. Syftet ska vara att ge insikter för båda parter som innebär att de kan undvika att en liknande situation inte uppkommer igen samt identifiera alternativa handlingsstrategier.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen har inte utrett behovet av uppföljande samtal för den som är föremål för verkställighet enligt LSU och den som vårdas med stöd av LVM. Utredningen lämnar därför inte förslag till motsvarande bestämmelser i LSU och LVM.

#### 17.6.18 Underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg

**Utredningens förslag:** SiS ska rapportera beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, visitation av bostadsrum (rumsvisitation), vård vid läsbar enhet, provtagning för kontroll av berusningsmedel m.m., begränsningar av rätten att ta emot besök, begränsningar av rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, avskiljning i ett rum med öppen dörr, avskiljning i ett rum med låst dörr, och vård i enskildhet till IVO.

Syftet med rapporteringsskyldigheten ska vara att ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av åtgärderna, om nödvändigt vidta lämpliga åtgärder samt få en nationell överblick.

För den enskildes trygghet och för utveckling av verksamheten är det viktigt att tillsynen kan följa användningen av olika typer av tvångsåtgärder på de särskilda ungdomshemmen. Det är viktigt att uppmärksamma skillnader mellan de olika ungdomshemmen i användningen av skyddsåtgärder och vidta åtgärder för att få en



mer enhetlig tillämpning. Utredningen föreslår därför att SiS på aggregerad nivå, ska åläggas skyldighet att på det sätt IVO närmare anger rapportera användningen av

- kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning,
- visitation av bostadsrum (rumsvisitation),
- vård vid låsbar enhet,
- provtagning för kontroll av berusningsmedel m.m.,
- begränsningar av rätten att ta emot besök,
- begränsningar av rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster,
- avskiljning i ett rum med öppen dörr,
- avskiljning i ett rum med låst dörr, och
- vård i enskildhet.

Som en jämförelse kan t.ex. nämnas att det av 20 § LPT framgår att vårdgivaren har en underrättelseskyldighet om beslut om avskiljning. Av förarbetena framgår att bestämmelsen syftar till att informera ansvarig tillsynsmyndighet om den tvångsansvändning som förekommer inom vården.<sup>61</sup> Det har för den enskildes trygghet och för utvecklingen av vården ansetts speciellt viktigt att IVO fortlöpande kan följa och studera användningen av olika tvångsåtgärder.

Syftet med rapporteringsskyldigheten ska vara att ge tillsynsmyndigheten underlag för att bättre kunna följa användningen av åtgärderna, om nödvändigt vidta lämpliga åtgärder i egenskap av tillsynsmyndighet samt få en nationell överblick. Det kan vara av särskilt intresse för IVO att utreda varför vissa institutioner använder mer av dessa åtgärder än andra och vilka faktorer som kan inverka på en förändring av användningen. En ökad medvetenhet om hur dessa tvångsåtgärder används kan leda till en mer restriktiv användning av sådana åtgärder.

---

<sup>61</sup> Prop. 1990/91:58 s. 151.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen har inte utrett behovet av att rapportera användningen av tvångsåtgärder enligt LSU och LVM. Utredningen lämnar därför inte förslag till motsvarande bestämmelser i LSU och LVM.

### 17.6.19 Kvarhålla en person som vårdas enligt LVU på sjukhus

**Utredningens förslag:** Motsvarande bestämmelse som 24 § tredje stycket LVM ska införas i LVU. Bestämmelsen innebär att verksamhetschefen för den sjukhusenhet där barnet eller den unge vistas ska se till att socialnämnden eller SiS genast underrättas, om barnet eller den unge önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset.

Verksamhetschefen ska besluta att barnet eller den unge ska hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att han eller hon kan föras över till ett ungdomshem.

Polismyndigheten ska på begäran av verksamhetschefen vara skyldig att lämna biträde för att föra patienten till ett särskilt ungdomshem.

Det förekommer att barn och ungdomar som vårdas med stöd av 3 § LVU initialt har behov av avgiftning. Det kan därför vara nödvändigt att låta vården inledas på sjukhus. Även under vårdtiden kan barnet eller den unge vara i behov av sjukhusvård. Sjukvårdspersonalen har i dag inte någon möjlighet att hindra den som vårdas enligt LVU vid ett särskilt ungdomshem från att avvika vid sjukhusvård.

Enligt 24 § tredje stycket LVM ska verksamhetschefen för den sjukhusenhet där missbrukaren vistas se till att socialnämnden eller SiS genast underrättas, om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Verksamhetschefen ska vidare besluta att missbrukaren ska hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem. I förarbetena till bestämmelsen påpekas att det inte är fråga om att hålla kvar patienten för behandling utan endast en åtgärd för att trygga att patienten inte avviker från LVM-vården.

Verksamhetschefens rätt att hindra missbrukaren från att lämna sjukhuset har därmed inte ansetts utgöra något avsteg från principen om självbestämmande och frivillighet inom hälso- och sjukvården. Att låta patienten vårdas på sjukhuset under bevakning av personal från LVM-hemmet har i förarbetena förkastats, bl.a. med motiveringen att det skulle vara mer ingripande för patienten, riskera att störa övrigt vårdarbete på avdelningen och kräva ökade resurser. När det gäller dömda som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård finns en bestämmelse som stadgar att den som behöver sjukvård utanför det särskilda ungdomshemmet ska stå under bevakning, om det finns anledning till det (19 § LSU).

SiS har i en skrivelse till regeringen föreslagit att en motsvarande bestämmelse som den som finns i 24 § tredje stycket LVM bör införas när det gäller ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det oacceptabelt att ett barn eller en ungdom riskerar att inte få tillgång till sjukhusvård på grund av risken för att han eller hon avviker därifrån. Utredningen föreslår därför att LVU kompletteras med en bestämmelse som innebär att verksamhetschefen för den sjukhusenhet där barnet eller den unge vistas ska se till att socialnämnden eller SiS genast underrättas, om barnet eller den unge önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Verksamhetschefen ska vidare vara skyldig att besluta att barnet eller den unge ska hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att han eller hon kan föras över till ett ungdomshem. Utredningen vill i sammanhanget erinra om att inga behandlingsinsatser eller åtgärder får vidtas i strid med barnets eller den unges uttryckliga vilja under den tid som han eller hon hålls kvar och hindras att lämna sjukhuset.

Enligt 45 § LVM är polismyndigheten på begäran av verksamhetschefen skyldig att lämna biträde för att föra patienten till ett LVM-hem. Utredningen föreslår att en motsvarande bestämmelse om biträde för att föra patienten till ett särskilt ungdomshem införs i den nya LVU.

Av 24 § LVM framgår att om den enskilde behöver sjukhusvård under vårdtiden, ska han eller hon ges tillfälle till sådan vård. Någon motsvarande bestämmelse finns inte i LVU. Utredningen föreslår att den ovan föreslagna bestämmelsen i klargörande syfte inleds med att om barnet eller den unge behöver sjukhusvård under vårdtiden ska han eller hon ges tillfälle till sådan vård.

## Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Som framgår ovan finns det redan bestämmelser i 19 § LSU och 24 § tredje stycket LVM som reglerar frågan om kvarhållande av patienter som är föremål för vård enligt LSU eller LVM.

### 17.6.20 Rätt att överklaga skyddsåtgärderna

**Utredningens förslag:** Rätten att överklaga skyddsåtgärderna ska utökas så att även beslut om kroppsvisitation, ytlig kroppsbesiktning, vård vid låsbar enhet, skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov samt övervakning av brev och andra försändelser får överklagas till förvaltningsrätten.

Dessutom ska de nya skyddsåtgärderna visitation av bostadsrum och avskiljning med öppen dörr få överklagas till förvaltningsrätten.

Enligt 42 § första stycket LVU får SiS beslut överklagas hos förvaltningsrätten, om beslutet

- innebär inskränkningar i särskilt fall av rätten för den som vistas i hemmet att föra telefonsamtal eller ta emot besök,
- gäller vård i enskildhet,
- gäller hållas i avskildhet, eller
- avser förstörande eller försäljning av egendom.

Övriga beslut får inte överklagas, dvs. beslut om vård vid låsbar enhet,

- förbud mot berusningsmedel m.m. och omhändertagande av egendom,
- kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning,
- skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov, samt
- övervakning av brev och andra försändelser.

Det är utredningens uppdrag att stärka rättssäkerheten för barnet eller den unge. En väsentlig del av rättssäkerhetsbegreppet är kontrollen av att reglerna iakttas. Det sker främst genom tillsyn, partsinsyn, insyn genom offentlighetsprincipen samt rätten till överprövning, normalt hos domstol.

Enligt utredningen är det ett grundläggande krav att beslut om inskränkningar i fri- och rättigheter ska kunna prövas av en högre instans. Även om det kan anföras att en möjlighet att överklaga vissa av skyddsåtgärderna inte gör någon skillnad för den enskilda individen eftersom beslutet redan är verkställt, så har överklagandet ett värde i form av kontroll och vägledning. Det kan vidare tilläggas att samtliga tvångsåtgärder enligt LSU får överklagas till förvaltningsrätten.

Utredningen föreslår således att även beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, vård vid låsbar enhet, skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov samt övervakning av brev och andra försändelser ska få överklagas till förvaltningsrätten. Dessutom ska de nya skyddsåtgärderna visitation av bostadsrum och avskiljning med öppen dörr få överklagas till förvaltningsrätten.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Som framgår ovan kan samtliga kontroll- och tvångsåtgärder enligt LSU överklagas till förvaltningsrätten. Utredningen har inte utrett behovet av en utökning av rätten att överklaga beslut om tvångsåtgärder enligt LVM. Utredningen lämnar därför inte förslag till en motsvarande utvidgning av 44 § LVM.

#### 17.6.21 Rätt till offentligt biträde

<p><b>Utredningens förslag:</b> Barnet eller den unge ska ha rätt till offentligt biträde vid överklagande av beslut om skyddsåtgärder.</p>
---

Barn under 15 år är inte behöriga att själva överklaga beslut om de särskilda befogenheterna. Om barnet är under 15 år så är det den unges vårdnadshavare som har talerätt i dessa mål. Enligt SiS bör

därför institutioner som har ungdomar under 15 år i sin vård utarbeta rutiner som säkerställer att vårdnadshavare utan dröjsmål delges beslut som får överklagas enligt 42 § LVU.

SiS erfarenhet är att vårdnadshavaren inte alltid finns tillgänglig för de barn som vårdas vid de särskilda ungdomshemmen och de saknar därför många gånger den insyn som krävs för att kunna tillvarata barnets intressen. Den möjlighet som barn under 15 år har att få ett beslut om de särskilda befogenheterna prövat av domstol är enligt SiS därmed mycket begränsad.

Som ett led i utredningens målsättning att stärka barnets rätt i samband med tvångsvård, föreslår därför utredningen att barnet eller den unge ska ha rätt till offentligt biträde vid överklagande av beslut om skyddsåtgärder.

### Motsvarande ändringar i LSU och LVM

Utredningen bedömer inte att det finns samma behov av offentligt biträde vid överklagande av beslut om tvångsåtgärder enligt LVM. Utredningen har inte utrett behovet av offentligt biträde vid överklagande av beslut om tvångsåtgärder enligt LSU. Utredningen lämnar därför inte förslag till motsvarande ändringar i LSU och LVM.

#### 17.6.22 Systematiskt kvalitetsarbete för att minska behovet av skyddsåtgärder

**Utredningens förslag:** Det ska införas en ny bestämmelse som innebär att SiS kvalitetssäkringsarbete särskilt ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av skyddsåtgärder.

I departementspromemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28) lämnas en rad förslag för att stärka patientsäkerheten och rättssäkerheten för den som vårdas med stöd av LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). För att understryka vikten av ett fortgående arbete med att minska användningen av tvångsåtgärder inom ramen för tvångsvården föreslås att det i respektive tvångslag ska införas en kompletterande bestämmelse som tydliggör att det kvalitets-säkringsarbete som vårdgivare är ålagda enligt hälso- och sjuk-

vårdslagen (1982:763, HSL) ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Utredningen anser att en motsvarande koppling mellan det systematiska förbättringsarbetets innehåll och minskning av tvångsåtgärder även bör införas inom socialtjänstens tvångsvård. Som redovisas i kapitel 5 ska kvaliteten i verksamhet inom socialtjänsten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd definieras även den verksamhet som SiS bedriver som socialtjänst. Utredningen föreslår därför att det ska införas en bestämmelse i den nya LVU om att det kvalitetssäkringsarbete som avses i 3 kap. 3 § SoL särskilt ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av skyddsåtgärder.

### **Motsvarande ändringar i LSU och LVM**

Utredningen har inte utrett behovet av motsvarande bestämmelser i LSU och LVM.

# 18 Utslussning och stöd efter avslutad placering

## 18.1 Uppdraget

Vårdens upphörande vid avslutad placering uppmärksammas i direktiven utifrån behovet av samverkan när barn och unga ska avsluta sin tid på institution. Under vårdtiden kan olika former av vård och behandling ha förekommit som också kan behöva fortsätta efter institutionstiden för att ge långsiktiga effekter. Samverkan mellan berörda aktörer, såsom föräldrar, skola, institution och socialtjänst är i dessa fall av avgörande vikt. Utredningen ska pröva behovet av åtgärder för att utveckla samverkan inför upphörande av vård på institution.

Utredningen har, utifrån uppdraget, valt att i detta kapitel behandla frågor om utslussning och stöd efter avslutad placering för unga i övergången till vuxenlivet. Allmänna frågor om socialnämndens beslutsunderlag och planering behandlas i kapitel 9 medan övergripande frågor om samverkan tas upp i kapitel 15.

## 18.2 Utgångspunkter

### 18.2.1 Stöd och hjälp efter avslutad placering – en avgörande del av det samlade stödet

Forskning har visat att stöd och hjälp till barn och unga efter en avslutad placering har stor betydelse för att vården ska leda till goda resultat. Främst är det situationen för unga som lämnar institutionsvård som har uppmärksammats. De behöver få möjlighet att tackla utmaningarna i övergångsfasen mellan placering och självständig vuxentillvaro gradvis under en längre tid, men förväntas i stället stå



på egna ben snabbare än jämnåriga ungdomar. Vad som avgör hur det går har samband med kvaliteten på den vård ungdomarna har fått, hur övergången från vården ser ut och vilket stöd de får efter att de lämnat vården.<sup>1</sup>

Enligt en kunskapsöversikt som Bo Vinnerljung och Tore Andreassen skrivit för Forte förefaller utebliven behandling efter institutionsvården vara ett av de största hindren för att de resultat som uppnåtts under vården ska bestå. Betydelsen av en förändrad hemmiljö har dokumenterats i många undersökningar. För ungdomar med emotionella problem är det som händer efter institutionsvistelsen viktigast för att resultaten ska bli positiva.<sup>2</sup>

Enligt en annan kunskapsöversikt, utgiven av Nordens Välfärdscenter, visar så gott som all internationell forskning att det går bättre på kort och lång sikt för barn i fosterhem som får eftervård, jämfört med de som inte får det. Det finns dock bara ett fåtal utvärderingar som har genomförts på ett sådant sätt att det går att fastställa orsakssamband. I dagsläget beskrivs eftervårdsprogram därför som "lovande" men inte som "evidensbaserade" i internationella systematiska kunskapsöversikter.<sup>3</sup>

För svensk del har forskare konstaterat att eftervårdstanken är närvarande i ungdomsvården. Insatserna kan dock variera mellan en sporadisk stödkontakt med socialsekreterare till omfattande öppenvårdsinsatser och olika boendeformer.<sup>4</sup> Det finns inte några etablerade program för ungdomar som lämnar samhällsvården i Sverige motsvarande de som finns i andra länder. Området anses inte heller ha fått mycket uppmärksamhet.<sup>5</sup>

Ett sätt att beskriva de utmaningar som ligger i väl fungerande stöd och hjälp efter avslutad placering är att utgå från situationen för unga vuxna som varit placerade i social dygnsvård. I kapitel 15 refererades resultat från forskning och andra studier som visar att barn och unga som varit placerade i dygnsvård har större risk än jämnåriga för ohälsa och flera andra problem efter att placeringen avslutats. Utöver det är det också känt att barn och unga som

---

<sup>1</sup> Stein M (2006).

<sup>2</sup> Forte (2015) s. 5.

<sup>3</sup> Nordens Välfärdscenter (2015) s. 20.

<sup>4</sup> Andersson Vogel M (2012) s. 18.

<sup>5</sup> Höjer I & Sjöblom Y (2010) s. 118–127.

tidigare varit placerade vid 25 års ålder i större utsträckning saknar aktivitet och har fått ekonomiskt bistånd.

Av de 25-åringar som år 2010 hade varit utan aktivitet som förvärvsarbete eller studier under de närmast föregående två åren hade 5 procent tidigare varit placerade i HVB eller i familjehem inom barn- och ungdomsvården. Under perioden 2000–2010 ökade antalet tidigare placerade 25-åringar i den situationen med nästan 90 procent. När det gäller ekonomiskt bistånd hade 12 procent av de unga vuxna i åldrarna 18–24 som fick bistånd under 2011 tidigare varit placerade i familjehem och 11 procent i HVB. Bland de som fick långvarigt ekonomiskt bistånd 2011 – det vill säga ekonomiskt bistånd minst tio månader under ett kalenderår – hade ungefär en tredjedel varit placerade i familjehem som barn och unga och en ungefär lika stor andel i HVB.<sup>6</sup>

Ett annat sätt att närma sig utmaningarna är att utgå från vad ungdomar som lämnat samhällsvården säger om sina erfarenheter och farhågor. I Sverige har ungdomar som intervjuats uttryckt en stor oro för hur de ska hantera frågor som ekonomi, arbete och möjlighet att ordna bostad efter samhällsvårdens upphörande. De har också uttryckt oro för att bli isolerade och utan emotionellt och praktiskt stöd, eftersom de sällan har familj och nätverk att återvända till som kan ge dem nödvändigt stöd.<sup>7</sup>

### 18.2.2 Tidigare utredningar

Behovet av väl fungerande stöd och hjälp efter avslutad placering har betonats vid flera tillfällen under det senaste decenniet.

Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén ansåg att det är ett stort problem för det enskilda barnet när eftervården inte fungerar. I värsta fall kan en omfattande behandlingsinsats omintetgöras. Med en väl fungerande eftervård eller utslussning skulle antalet barn och unga som återplaceras för vård kunna minska. Det finns, enligt kommittén, flera grupper som kan ha ett särskilt behov av långsiktigt stöd. Ett exempel är ungdomar som vuxit upp i familjehem och fått sin största känslomässiga anknytning där, samtidigt

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsen (2013f) s. 17 ff.

<sup>7</sup> Höjer I & Sjöblom Y (2009).

som de förlorat kontakten med sina anhöriga. Dessa ungdomar kan under en relativt lång period ha behov av stöd i form av boende och personligt eller ekonomiskt stöd.<sup>8</sup>

Efter förslag från Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén förtydligades socialnämndens skyldighet att i sin omsorg om barn och ungdom tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört (5 kap. 1 § SoL, se nedan).

Senare har Barnskyddsutredningen konstaterat att det särskilda stödet till samhällsvårdade barn och unga ofta upphör i samband med att de slutar gymnasiet enligt den praxis som har utvecklats. Utredningen ansåg att samhället bör se till att ungdomar i samhällsvård får samma stöd som ungdomar i allmänhet får av sina föräldrar när de är på väg ut i vuxenlivet. Socialtjänsten bör ha ansvar för att det i god tid före utskrivningsfasen görs upp en långsiktig planering över det stöd som kan behövas och som utgår från ungdomens specifika behov. Utredningen ansåg vidare att det finns skäl att överväga införandet av en uttalad skyldighet för placeringskommunen att ansvara för eftervård fram till 23 års ålder. Det ansågs också angeläget att tydliggöra vad stödet ska omfatta och vilken kommun som ska vara ansvarig. Att ansvaret är tydligt berör inte minst de ungdomar som inte själva efterfrågar stöd och där det kan behövas information och ett visst motivationsarbete.<sup>9</sup>

Upprättelseutredningen konstaterade att upplevelserna hos de som tidigare varit placerade inte alltid handlar om vanvård utan också om den ensamhet och ofta bristfälliga rustning inför vuxenlivet som många unga vuxna måste brottas med, efter att ha tillbringat stora delar av sin uppväxt i familjehem och på institution. Även där samhällsvården har fungerat bra är ungdomar som lämnar samhällsvården och går ut i vuxenlivet ofta ensammar och mer utlämnade, jämfört med andra ungdomar. Upprättelseutredningen lyfte fram behovet av stöd till föreningar som vänder sig till ungdomar och unga vuxna som är eller har varit placerade.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> SOU 2005:81 s. 240 och 317 f.

<sup>9</sup> SOU 2009:68 s. 91 f.

<sup>10</sup> SOU 2011:9 s. 182 f.

### 18.2.3 Samordning och samverkan

Utredningens bedömningar och förslag om samverkan kring placerade barn och unga i kapitel 15 är av betydelse också för den samverkan som kan behövas vid utslussning och om stöd och hjälp efter avslutad placering. Det gäller inte minst förslaget om överenskommelser mellan landsting och kommuner om samverkan om placerade barn. Som framgår av kapitel 15 bör överenskommelserna också omfatta samverkan vid planeringen inför avslutandet av en placering, t.ex. om stöd och vård vid psykisk ohälsa hos de barn och unga som lämnar samhällsvården.

Samordnad individuell plan är också ett viktigt verktyg för att säkerställa ett samlat stöd när en placering avslutas och efter att den har avslutats.

Pågående utvecklingsarbete refereras också i kapitel 15, bl.a. det uppdrag som regeringen gett Statens institutionsstyrelse (SiS) och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) att utveckla och pröva en modell för obruten skolgång och stärkt skolförankring för de ungdomar som vårdas i ett statligt ungdomshem. Projektet ska slutredovisas senast den 1 april 2016.<sup>11</sup>

### 18.2.4 Begrepp och termer

En vanlig term i dessa sammanhang är ”eftervård”. Utredningen har dock valt att i sina beskrivningar, överväganden och förslag tala om stöd och hjälp efter avslutad placering. Sådant stöd och sådan hjälp kan planeras inom ramen för samhällsvården, men stödet och hjälpen behöver också bestå av andra insatser och kontakter. I detta kapitel används termen ”eftervård” i referat av texter där den används. I övrigt används benämningen ”stöd och hjälp efter avslutad placering”.

---

<sup>11</sup> S2012/4969/FST.

## 18.3 Förberedelse inför vårdens upphörande och successiv utslussning

### 18.3.1 Socialnämndens ansvar

Enligt 21 § LVU ska socialnämnden noga förbereda den unges återförening med den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne. Det finns ingen bestämmelse som på motsvarande sätt särskilt berör förberedelserna inför upphörande av en SoL-placering.

Vid en placering i familjehem eller HVB ska en särskilt utsedd socialsekreterare ansvara för kontakten med barnet eller den unge (6 kap. 7 c § SoL). I ansvaret ligger bl.a. att ha huvudansvaret för att placeringen fungerar enligt vårdplan och genomförandeplan.<sup>12</sup> Genom reglerna om genomförandeplan finns en fungerande struktur för att planera och följa upp insatser under vårdens genomförande i dialog med barnet, föräldrarna, personal eller familjehemsföräldrar. Genomförandeplanen är ett lämpligt redskap även för förberedelserna inför vårdens upphörande och förutsätter samverkan med andra huvudmän och verksamheter.<sup>13</sup> Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör genomförandeplanen i god tid innan vården upphör kompletteras med uppgifter om hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter placeringen i familjehem eller HVB.<sup>14</sup>

### 18.3.2 Stödmaterial inom ramen för BBIC

Socialstyrelsen har, inom ramen för handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC), tagit fram ett stödmaterial för arbetet med unga som ska lämna HVB eller familjehem. Materialet kallas ”På väg” och syftar till att uppmärksamma behovet av insatser och förbättra stödet när ungdomar lämnar vården för att leva ett eget vuxenliv. Det består av enkäter, fördjupningsmaterial och formulär. Enkäterna (till den unge, föräldrar, personal vid HVB och familjehemsföräldrar) är en form av screening för att bedöma om den unge behöver insatser. Om så är fallet kan den unge ansöka om stöd och då blir det aktuellt att

---

<sup>12</sup> Prop. 2012/13:10 s. 79.

<sup>13</sup> 11 kap. 3 § andra och tredje styckena SoL. 5 kap. 1 a § andra stycket SoF och 7 kap. 2 och 3 §§ SOSFS 2012:11.

<sup>14</sup> 8 kap. SOSFS 2012:11.

använda de särskilt anpassade formulär som finns för denna grupp avseende utredning, genomförandeplan respektive uppföljning av pågående insatser. Det betonas att arbetet ska påbörjas i god tid och att erbjudande om hjälp kan behöva upprepas eftersom många ungdomar vill klara sig utan socialtjänstens hjälp.<sup>15</sup>

### **18.3.3 Placering med stöd av LVU i det egna hemmet**

I utslussningsskedet kan det också bli aktuellt att använda möjligheten till en placering med stöd av LVU i det egna hemmet.

Vård med stöd av LVU ska alltid inledas utanför den unges eget hem. Enligt 11 § andra stycket LVU får socialnämnden därefter medge att den unge vistas i sitt eget hem, om detta kan antas vara bäst ägnat att främja vården av honom eller henne. Så länge beslutet gäller kan den unge återigen flyttas från sitt hem, om det visar sig nödvändigt. Hur länge vård i det egna hemmet kan pågå har inte behandlats i förarbetena. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd måste den tid som LVU i hemmet kan pågå vara en bedömningsfråga i varje enskilt fall, med beaktande av bl.a. barnets ålder, den tid barnet varit omhändertaget och förhållandena i det egna hemmet. Vården i det egna hemmet bör dock inte fortgå mer än någon kortare tid.<sup>16</sup>

Den 1 november 2013 var 300 barn och unga placerade i det egna hemmet, vilket innebär 5 procent av de LVU-placerade. Ungefär 65 procent av dessa var 13 år eller äldre.<sup>17</sup>

## **18.4 Stöd och hjälp efter avslutad placering – regler och tillämpning**

### **18.4.1 Ansvar för stöd och hjälp**

Enligt 5 kap. 1 § SoL har socialnämnden en skyldighet att i sin omsorg om barn och ungdom tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det

---

<sup>15</sup> Information på Socialstyrelsens webbplats ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

<sup>16</sup> SOSFS 1997:15 s. 62 f.

<sup>17</sup> Socialstyrelsen (2014c) tabell 12 och 15.

egna hemmet upphört. Enligt förarbetena kan en väl planerad och fungerande eftervård minska antalet barn och unga som behöver placeras för vård upprepade gånger och underlätta unga människors etablering i samhället. Regeringen bedömde att arbetet med hur barn och unga får stöd inför, under och efter utslussning och uppföljning behöver utvecklas i Sverige. Hänvisning gjordes till Danmark och England där det finns program för utslussning och uppföljning.

Bestämmelsen gäller oavsett om placeringen varit kort- eller långvarig och oavsett om barnet eller den unge återförenas med föräldrarna eller flyttar till eget boende. Den preciserar inte vad stödet kan omfatta eller hur länge ungdomar som lämnar samhällsvården kan påräkna samhällets stöd. I förarbetena hänvisas till att LVU kan ges till unga som inte fyllt 21 år. Det sägs också att ungdomstiden numera ofta sträcker sig en tid förbi myndighetsåldern och att berörda ungdomar under en relativt lång period efter att skolgången har avslutats kan ha behov av stöd i form av boende och personligt eller ekonomiskt stöd.<sup>18</sup>

I detta sammanhang kan också nämnas kommunernas aktivitetsansvar enligt 29 kap. 9 § skollagen. Aktivitetsansvaret (som ersätter det tidigare informationsansvaret) gäller från och med den 1 januari 2015 för ungdomar under 20 år som inte genomfört eller har fullföljt utbildning på nationella program i gymnasieskola, gymnasiesärskola eller motsvarande utbildning. Aktivitetsansvaret innebär att kommunen ska hålla sig informerad om vilka ungdomar som omfattas av ansvaret. Kommunen ska även erbjuda dessa ungdomar lämpliga individuella åtgärder. Åtgärderna ska i första hand syfta till att motivera den enskilde att påbörja eller återuppta en utbildning.

#### **18.4.2 Socialstyrelsens allmänna råd och vägledning**

I samband med införandet av bestämmelsen om stöd och hjälp efter avslutad vård fick Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta stöd för socialtjänstens arbete med barn och unga efter avslutad placering. Socialstyrelsen har bl.a. utfärdat allmänna råd när det gäller stöd och hjälp efter avslutad vård. Enligt dessa bör socialnämnden vid

---

<sup>18</sup> Prop. 2006/07:129 s. 51.

bedömningen av ett barns eller en ung persons behov av stöd och hjälp efter avslutad vård beakta behovet av fortsatt kontakt med hemmet där han eller hon har varit placerad. Barnets eller den unges behov av personligt stöd bör uppmärksammas och tillgodoses. Om en ung person efter placeringen ska ha eget boende bör nämnden tillgodose hans eller hennes behov av stöd och hjälp med frågor om ekonomi och med att ordna bostad, studier eller arbete.<sup>19</sup>

Även i andra sammanhang har Socialstyrelsen berört frågor om hjälp och stöd efter avslutad placering. En översikt av denna vägledning ges nedan.

### Ålder och ansvarig kommun

Enligt Socialstyrelsen får socialnämndens ansvar för stöd och hjälp enligt bestämmelsen i 5 kap. 1 § SoL, med hänvisning till förarbeten och föräldrabalken, anses omfatta i vart fall barn och unga i åldersgruppen 0–20 år.<sup>20</sup> Även efter att den unge fyllt 20 år finns dock en skyldighet att vid behov bistå med stöd och hjälp. För unga som varit placerade enligt 3 § LVU till och med 20 års ålder är det särskilt viktigt att tiden efter placeringen förbereds väl och att det finns en möjlighet till fortsatt stöd. Även ensamkommande barn och unga med kort tid i Sverige kan, enligt Socialstyrelsen, vara en grupp i behov av extra mycket stöd och hjälp även efter att de fyllt 20 år.<sup>21</sup>

Socialstyrelsen har, med hänvisning till förarbetena, tolkat bestämmelsen i 5 kap. 1 § SoL så att skyldigheten initialt riktar sig till placeringskommunen. Det är emellertid inte givet hur länge placeringskommunen ska behålla ansvaret. Om barnet eller den unge efter avslutad placering bor i en annan kommun än placeringskommunen och ärendet inte flyttas över är det oklart hur länge placeringskommunens ansvar kvarstår.<sup>22</sup> Av rättspraxis följer att placeringskommunen har behörighet att vidta nödvändiga åtgärder så länge samma hjälpbehov kvarstår som föranledde placeringen.

---

<sup>19</sup> SOSFS 2012:11. Socialstyrelsen hänvisade till prop. 1979/80:1 s. 254 och 7 samt prop. 2006/07:129 s. 51.

<sup>20</sup> Socialstyrelsen hänvisade till 7 kap. 1 § föräldrabalken (FB), prop. 1979/80:1 s. 254 samt prop. 2006/07:129 s. 51.

<sup>21</sup> Socialstyrelsen (2009b) s. 12.

<sup>22</sup> Socialstyrelsen (2012d) s. 264.



Det fråntar dock inte ansvaret för den nya bosättningskommunen.<sup>23</sup> Socialstyrelsen har uttalat att om det framstår som oklart vilken kommun som ska ansvara för att fortsatta insatser kommer till stånd är det lämpligt att placeringskommunen och vistelsekommunen (bosättningskommunen) samråder i frågan. Sekretess råder dock mellan kommunerna.<sup>24</sup>

### Planering för att uppnå kontinuitet

Kontinuitet i den unges nära relationer och ett stödjande nätverk är betydelsefullt i ett livslångt perspektiv, enligt Socialstyrelsen. Ett arbete för att stärka den unges nätverk behöver därför påbörjas tidigt i placeringen. Vikten av kontinuitet när det gäller ansvarig socialsekreterare betonas också av myndigheten.<sup>25</sup>

En viktig utgångspunkt i arbetet med att tillgodose placerade barns behov av kontinuitet är att uppmärksamma barnens behov av fortsatt kontakt med personer som de har fått en anknytning till. Familjehemsplacerade barn bör få möjlighet att behålla kontakten med familjehemmet. Det kan många gånger vara lämpligt att familjehemmet finns kvar som kontaktfamilj för barnet. För ungdomar som fått en nära relation till behandlingspersonal på HVB kan behovet av fortsatt kontakt tillgodoses genom att någon i personalen formellt utses till att vara kontaktperson, såvida inte institutionen anlitas för en mer omfattande eftervårdsinsats. För att säkerställa kontinuitet vid behandling för unga med beteendeproblem kan det vara lämpligt att påbörja öppenvårdsinsatser under slutfasen av behandling på HVB. Insatserna bör utgå från samma grunder och principer som vården på HVB.<sup>26</sup>

Barn under 18 år flyttar vanligtvis efter avslutad vård hem till en eller båda föräldrarna och behovet av stöd måste bedömas individuellt. Socialstyrelsen pekar på faktorer av betydelse såsom barnets ålder, tiden i placering, kontakten med föräldrarna under placeringen, anknytningen till föräldrar och övrigt nätverk.<sup>27</sup> Föräldrarna kan

---

<sup>23</sup> RÅ 1989 ref. 50, RÅ 1997 ref. 53 och JO 1998/99 s. 51.

<sup>24</sup> Socialstyrelsen (2009b) s. 6.

<sup>25</sup> A.a. s. 7 ff.

<sup>26</sup> Socialstyrelsen (2012d) s. 265.

<sup>27</sup> Socialstyrelsen (2009b) s. 10 ff.

behöva stöd i att hantera vardagssituationer med barnet, och även barnet kan behöva stöd. Socialstyrelsen ger exempel på sådana insatser såsom familjeterapeutiska insatser, träning av samspelet mellan barn och föräldrar, råd- och stödkontakter eller programverksamhet riktad till föräldrar samt kontaktfamilj.<sup>28</sup>

### 18.4.3 Uppföljning efter avslutad vård

Som huvudprincip sker uppföljning efter avslutad vård i samförstånd. Det finns dock ett visst utrymme för att, enligt 11 kap. 4 c § SoL, kunna följa upp barn under 18 år oberoende av samtycke från vårdnadshavare och barn som fyllt 15 år. Socialnämnden får besluta om sådan uppföljning under förutsättning att barnet bedöms vara i behov av nämndens stöd och skydd men samtycke till sådan åtgärd saknas, och förhållandena inte motiverar beslut om tvångsvård.

Det ska fattas ett formellt beslut om uppföljning oberoende av samtycke, och uppföljningen får som längst pågå i två månader. Under uppföljningen ska socialtjänsten med viss regelbundenhet, beroende på barnets ålder och behov, ha kontakt med föräldrarna och barnet samt ha möjlighet att kunna ta de kontakter som behövs. Socialtjänsten kan också under denna tid samtala med barnet oberoende av vårdnadshavarens samtycke, under förutsättning att barnet själv samtycker till det. Förutom syftet att få information om barnets förhållanden bör uppföljningen också kunna innebära ett motivationsarbete, om socialtjänsten bedömer att det finns behov av öppna insatser eller av en ny placering.<sup>29</sup>

Uppföljning oberoende av vårdnadshavarens samtycke får pågå i som längst två månader. När förslaget om att införa en möjlighet till sådan uppföljning remissbehandlades ansåg flertalet remissinsatser att uppföljningstiden var för kort. Regeringen var dock inte beredd att föreslå längre tid innan bestämmelsen har följts upp.<sup>30</sup> En sådan uppföljning pågår för närvarande inom Socialstyrelsen och ska vara avslutad senast den 1 december 2015.

---

<sup>28</sup> Socialstyrelsen (2012d) s. 266.

<sup>29</sup> Prop. 2012/13:10 s. 87 f.

<sup>30</sup> A.a. s. 88.

Behovet av uppföljning efter avslutad vård gäller även återförenade familjer. JO har uttalat sig angående en socialtjänst som släppte kontakten med ett syskonpar och deras familj efter att barnen flyttat hem. Barnen hade varit placerade i fem år. JO ansåg att socialnämnden aktivt borde ha följt upp barnens förhållanden och att uppföljningen borde ha pågått till dess att det blivit klarlagt hur barnen anpassade sig och att det inte fanns skäl för några insatser från socialtjänstens sida.<sup>31</sup>

Socialstyrelsen har framhållit vikten av att socialnämnden avsätter tid för regelbundna uppföljningar av de insatser som ges efter avslutad placering. Det förekommer att ungdomar som fyllt 18 år vill klara sig på egen hand när vården har avslutats. Socialnämnden har en viktig uppgift att motivera den unge att ta emot stöd och hjälp och, om hjälpen avvisas inledningsvis, ta en förnyad kontakt efter en tid. Behov och önskemål kan variera över tid.<sup>32</sup>

### Tillämpning av bestämmelserna

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen följt upp hur reglerna om socialnämndens ansvar för stöd och hjälp efter avslutad vård tillämpas. Uppföljningen genomfördes genom en enkät till ett slumpmässigt urval av kommuner och stadsdelar. Erfarenheter inom de aktuella områdena från Socialstyrelsens dåvarande tillsyn vägdes in i redovisningen av uppdraget.

En majoritet av kommunerna uppgav att det är möjligt att uppfylla kravet om stöd och hjälp efter avslutad vård och därmed uppnå intentionerna med lagstiftningen. Flera kommuner påpekade att de sedan tidigare arbetat målmedvetet med erbjudanden om stöd och hjälp. Omvärldsfaktorer som bristande tillgång till bostäder och lämpligt arbete har dock stor betydelse för att kunna ge adekvat hjälp. Några kommuner påpekade att om den unge är placerad långt från hemorten så kan det finnas svårigheter att utforma eftervården. I vissa fall avböjer ungdomar erbjudanden om hjälp efter en placering. Andra svårigheter som redovisades var

---

<sup>31</sup> JO 1998/99 s. 251 ff.

<sup>32</sup> Socialstyrelsen (2009b) s. 14 och Socialstyrelsen (2012d) s. 267.

situationer då man inte kommer överens med familjen om insatser efter en LVU-placering.

Observationer i tillsynen tyder, enligt Socialstyrelsen, på att det finns brister i högre utsträckning då det gäller att ge barn och unga stöd och hjälp efter avslutad placering än vad kommunernas socialtjänst uppgav i enkäten. Det fanns dock inga undersökningar inom ramen för tillsynsarbetet som mer specifikt beskrev dessa brister i kvalitet och innehåll eller omfattningen av dessa brister.<sup>33</sup>

Något nationellt utvecklingsarbete för att främja tillämpningen av bestämmelsen och ta fram modeller och exempel på hur kommunerna kan arbeta efter den har inte genomförts i Sverige.

## 18.5 Forskning om stöd och hjälp efter avslutad placering

### 18.5.1 Internationell forskning

Internationell forskning om stöd och hjälp efter avslutad placering handlar framför allt om ungdomar som inte återvänder till ursprungsfamiljen utan går ut i ett vuxenliv. Den mesta forskningen är brittisk och amerikansk. Dels finns det finns *leaving care*-studier som behandlar ungdomar i övergångsfasen mellan placering och självständig vuxentillvaro, dels studier om eftervårdsinsatser och deras kvalitet och effekter. Forskningen visar att de samhällsvårdade ungdomarna utgör en heterogen grupp med varierande livshistoria och behov. Många klarar sig bra i vuxenlivet, men som grupp har de jämfört med genomsnittsbefolkningen i högre grad problem med psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet och tonårsgraviditet.<sup>34</sup>

I främst brittisk forskning finns belägg för att eftervård bör ses som en integrerad och strategiskt viktig del av en placeringsprocess som ofta inte får den uppmärksamhet som den bör få från myndigheternas sida.<sup>35</sup> Under de senaste årtiondena har emellertid eftervården uppmärksamrats alltmer i många länder, såväl från politiker och media som från praktiker och forskare. I Norge, Australien,

---

<sup>33</sup> Socialstyrelsen (2011b) s. 8 och s. 23 f.

<sup>34</sup> Bakketeig E & Backe Hansen E (red. 2008).

<sup>35</sup> Egelund T & Hestbaek A D (2003) s. 228 ff.

Storbritannien och USA har denna process delvis framtvingsats av intresseorganisationer för barnavårdsklienter.<sup>36</sup>

När det gäller eftervårdens kvalitet och effekter är forskningen mer splittrad och resultaten mindre entydiga.<sup>37</sup> Det finns ändå en relativt stor enighet kring vad som krävs för att insatserna ska fungera. De ska vara multidimensionella och arbetet bör riktas mot ett antal viktiga områden som hjälp med boende, ekonomi, skola eller arbete samt emotionellt och praktiskt stöd i vardagen. En god eftervård bör planeras så tidigt som möjligt och utsträckas så långt som möjligt i tiden. Inriktningen bör vara att bidra till stabilitet och kontinuitet, kartlägga och bygga upp ett stöd kring ungdomarna, utrusta dem med nödvändiga färdigheter och se till att de medverkar i utformningen av sin egen livssituation. Ansvarsfördelningen bör vara så tydlig som möjligt. Samarbetet mellan relevanta instanser är viktigt. Specialiserade program där ungdomarna får tillgång till en *key-worker* – en kontaktperson eller samordnare – har visat sig vara ett bra sätt att åstadkomma samordnade eftervårdsinsatser.<sup>38</sup>

Norsk, dansk och finsk forskning om eftervård refereras nedan i avsnittet om stöd och hjälp efter avslutad placering i övriga Norden.

### 18.5.2 Unga om övergången från samhällsvård till vuxenliv i Sverige

Det finns bara begränsad kunskap i Sverige om vad unga personer själva anser har varit betydelsefullt för övergången till självständigt vuxenliv. Ett par intervjustudier ger dock viktig information om detta. Resultaten visar att individuella variationer, risk- och skyddsfaktorer, skolerfarenheter, stöd från nätverk, familj och samhälle är viktiga faktorer för en gynnsam övergång från vård till självständigt liv.

---

<sup>36</sup> Bakketeig E & Backe-Hansen E (red. 2008) s. 44.

<sup>37</sup> A.a. s. 34.

<sup>38</sup> A.a. s. 57 f och s. 66.

## Intervjustudie med 16 ungdomar

I en studie har Ingrid Höjer och Yvonne Sjöblom intervjuat 16 personer i åldern 18–22 år i syfte att undersöka hur ungdomar uppfattar övergången från samhällsvård till ett självständigt liv. Ungdomarna intervjuades vid två tillfällen med ett och ett halvt till två års mellanrum. Vid den första intervjun hade åtta ungdomar lämnat eller stod i begrepp att lämna vård i familjehem, och åtta hade lämnat vård i HVB. Intervjuer gjordes även med socialsekreterare, familjehemsföräldrar, institutionspersonal och biologiska föräldrar för att få en uppfattning om vilket stöd som erbjuds i ungdomarnas nätverk med professionella och privatpersoner.

Höjers och Sjöbloms slutsats av resultaten är att de ungdomar som bäst klarar övergången från vård till vuxenliv är de som har en god och stabil relation till någon vuxen, exempelvis en familjehemsförälder, kontaktperson, pojk- eller flickvännens familj eller i något fall biologisk förälder. Den otydlighet som finns kring uppdraget som familjehemsförälder efter det att en placering avslutats är problematisk och behöver diskuteras. Det föreföll, enligt Höjer och Sjöblom, som om det finns en outtalad förväntan från socialtjänsten att familjehemsföräldrar ska ge fortsatt stöd och inta en föräldraroll även efter placeringens slut.

Vidare är skolan en viktig skyddsfaktor. För de intervjuade ungdomarna innebar en förändring från negativt till positivt resultat i skolan en verklig vändpunkt. Studien påvisade dock även hinder för dem att ta sig vidare i utbildningssystemet.

Höjer och Sjöblom anser att det ansvar som samhället tar på sig i och med en placering bör utsträckas i tid, struktureras, tydliggöras och anpassas efter de förändrade förutsättningar som den förlängda ungdomstiden innebär. Ungdomarnas utsagor visar att kontinuerliga och förtroendefulla relationer till socialtjänstens personal är betydelsefulla. Socialtjänsten har dock i många fall inte lyckats med att skapa denna kontinuitet i relationen. Höjer och Sjöblom drar slutsatsen att ungdomarna förutsätts ha samma möjligheter att klara övergången till vuxenlivet som jämnåriga utan erfarenhet av att ha varit placerad. Det

innebär att de tidigare placerade ungdomarna inte får tillgång till adekvata resurser och riskerar att marginaliseras.<sup>39</sup>

### **YIPPEE – intervjuer med 33 ungdomar med fokus på utbildningssituationen**

Inom ramen för ett projekt i fem europeiska länder (Young People from a Public Care Background and their Pathways to Education, YIPPEE) har ytterligare en grupp unga som lämnat svensk samhällsvård intervjuats. I det fallet rör det sig om 33 ungdomar i åldern 18–21 år. Fokus i undersökningen låg på de ungas utbildningssituation, men även andra områden berördes.

Bland svaren har forskarna Helena Johansson, Ingrid Höjer och Margreth Hill urskilt några viktiga teman för de intervjuade. Det gäller dels svårigheter under uppväxten, som upplevelser av dysfunktionella familjer, maktlöshet och bristande kontinuitet med många flyttningar och skolbyten. Två teman gäller mer direkt situationen efter avslutad placering: undvikande av risker och strävan efter ett bättre liv. Många av de intervjuade berättade om att de velat undvika studielån. Även om de hade en uttalad vilja att studera så vågade de inte göra det av rädsla att inte kunna finansiera en utbildning. I intervjusvaren framträdde också en stark vilja bland de unga att skapa ett bättre liv. Flera av dem hade bestämt sig för att lyckas bättre än sina föräldrar och syskon. Utbildning var en viktig del av deras livsplaner.<sup>40</sup>

Forskarna pekar på några centrala slutsatser från studien. Det handlar, som ofta framhålls i studier av barn och unga i samhällsvården, om att tidigt och konsekvent inse vikten av utbildning. I det ingår att hjälpa barnen och de unga till en positiv lärandeidentitet. Andra slutsatser handlar om att ta ungdomarnas fattigdom och brist på ekonomiska resurser på allvar, att främja deras delaktighet i beslut och planering som rör dem och att se till att det finns goda möjligheter till vuxenutbildning för dem.

Formerna för avslutande av samhällsvård lyfts också fram som ett centralt förbättringsområde av Johansson, Höjer och Hill. De ser stora problem med att unga lämnar samhällsvården innan de är

---

<sup>39</sup> Höjer I & Sjöblom Y (2009, 2010, 2011).

<sup>40</sup> Johansson, H, Höjer I & Hill M (2011) s. 159 ff.

redo för det och rekommenderar att samhällets ansvar för vård ska kunna bestå upp till åtminstone 23 års ålder. Särskilda eftervårds-team, som i Storbritannien, skulle kunna ge unga som lämnar samhällsvården råd och stöd under övergången till vuxentillvaron. Tillgång till en kompetent kontaktperson kan också vara ett sätt att kompensera unga för deras brist på stöd från föräldrar, bl.a. på vägen mot högre utbildning.<sup>41</sup>

### **18.5.3 Professionellas perspektiv på övergången från samhällsvård till vuxenliv**

Höjer och Sjöblom har telefonintervjuat 111 chefer inom socialtjänsten i Stockholms och Västra Götalands län om deras syn på ungdomar som lämnar vården. Cheferna var medvetna om att de unga saknade stöd från familj och nätverk. De hade uppfattningen att ungdomarna tyckte det var viktigast att få boende, arbete och försörjning ordnat. Samtidigt trodde de att ungdomarna hade en önskan att klara sig själva och vara som "alla andra". 70 procent av de intervjuade cheferna ansåg att socialtjänsten inte borde ha ett förlängt ansvar eftersom det finns en risk att ungdomarna då blir beroende av den.

Tre fjärdedelar av de intervjuade cheferna uppgav att den egna kommunen saknar rutiner kring eftervård. Många kommuner är små och har få placeringar som avslutas under ett år. De har därför svårigheter att organisera sin eftervård. Endast 11 procent av kommunerna som berördes av studien hade särskilda tjänster riktade mot ungdomar som lämnar vården och knappt 20 procent av cheferna uppgav att kommunen köper privata stödsatser som eftervård. Cheferna utgick i många fall från att familjehemsföräldrar ska fortsätta att ta ansvar efter placeringens upphörande utan att de har ett formellt uppdrag eller ekonomisk ersättning. Mera samarbete mellan olika aktörer efterlystes eftersom övergångsfasen är komplex.

Höjer och Sjöblom ansåg att resultatet av studien var motsägelsefullt. Cheferna uppgav sig se ungdomarnas behov och socialtjänstens ansvar, men menade samtidigt att ungdomarna är som

---

<sup>41</sup> A.a. s. 167.



”alla andra”. Författarna drog slutsatsen att det finns en omedvetenhet hos professionella inom socialtjänsten om dessa ungdomars sårbara position i förhållande till den förlängda ungdomstiden och i förhållande till den svenska välfärdsmodellen. Ungdomarna får svagt stöd både från biologiska föräldrar och socialtjänst och blir därmed sårbara i dubbel bemärkelse. Vidare skapar det familjeorienterade perspektivet i barn- och ungdomsvården en oklar ansvarsfördelning mellan föräldrar och socialtjänst när ungdomar lämnar en placering.<sup>42</sup>

#### 18.5.4 Stöd efter avslutad placering som en integrerad del av vården

Relativt få studier har gjorts av stöd och hjälp för unga med allvarliga beteendeproblem, exempelvis unga personer inom SiS ansvarsområde. Inte sällan handlar stödet och hjälpen för denna grupp om att skrivas ut till en annan placeringsform, exempelvis till ett familjehem.<sup>43</sup>

Tore Andreassens internationella kunskapsöversikt om institutionsbehandling av unga med stora beteendestörningar har fått stort genomslag i Norden. Han konstaterade att institutionsbehandling för ungdomar i allmänhet leder till ganska dåliga resultat och till och med kan vara negativ. Det finns dock behandlingsmodeller som är effektiva och framgångsrika. Förutom att institutionsplacering bör förbehållas ungdomar med ett beteende som kräver de tydliga ramarna på en institution bör tiden på institution vara så kort som möjligt. Vid längre vistelser ökar risken för negativ beteendutveckling till följd av smittoeffekter från andra ungdomar eller till följd av dåligt organiserad behandling. Generellt antyder forskningen en optimal behandlingstid på ungefär ett halvår, vilket innebär att ungdomarna inte bör färdigbehandlas på institution. Andreassen pekar på att eftervården fungerar bäst om den är individuellt anpassad och behåller insatser inom samma områden som under institutionsbehandlingen (individ, familj, skola och kamrater).<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Höjer I & Sjöblom Y (2011).

<sup>43</sup> Lundström T (2012) s. 13 ff.

<sup>44</sup> Andreassen T (2003) s. 348 ff.

Även om det inte finns specialiserade eftervårdsprogram i Sverige går det att hitta exempel på modeller och projekt som ligger i linje med ovan nämnda forskningsöversikt. Dessa modeller lägger fokus på att länka samman olika sekvenser av vården såsom institutionsvård, eftervård, insatser inom skolan och eventuell hjälp till familjen. I dag är vårdlandskapet fragmenterat och en mängd olika aktörer kan ansvara för skilda delar av hanteringen och behandlingen av ungdomar i behov av samhällets insatser. Centralt för ”vårdkedjetanken” blir därför samverkan mellan olika (professionella) parter.<sup>45</sup>

## MultifunC

MultifunC är ett forsknings- och utvecklingsprojekt som baseras på Tore Andreassens kunskapsöversikt. Modellen innebär institutionsbehandling med en integrerad eftervårdsdel där samma personal arbetar med ungdomen och ungdomens familj efter utflyttning från institutionen. Metoden började implementeras 2005 både i Norge och i Sverige. En implementeringsstudie pågick 2006–2010 och en effektstudie startade 2010. Huvudresultatet i den svenska studien efter tolv månader är att MultifunC lyckats med målet att få tillbaka ungdomarna i sin hemmiljö.<sup>46</sup>

## MTFC

MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care) kan ses som ett alternativ till institutionsplacering för ungdomar med antisocialt och kriminellt beteende. Insatsen är manualbaserad och kan beskrivas som en kombination av specialiserad familjehemsplacering, individualterapi och familjeterapi. Ett behandlingsteam arbetar med familjehemsföräldrarna, den unge, den biologiska familjen och med skolan för att den unge ska kunna flytta hem. Familjehemsföräldrarna utbildas och ges handledning av samordnaren och har även möjlighet till rådgivning dygnet runt. Pia Kyhle Westermarck har i en effektstudie dragit slutsatsen att programmet kan vara ett lovande

---

<sup>45</sup> Andersson Vogel M (2012) s. 12 ff.

<sup>46</sup> Socialstyrelsen (2014g).

alternativ till traditionell dygnsvård.<sup>47</sup> I en annan svensk studie, där MTFC också jämfördes med sedvanlig behandling, sågs inga skillnader i resultat mellan grupperna.<sup>48</sup>

Det kan tilläggas att utredningen i sitt delbetänkande har föreslagit en ny placeringsform, behandling i familj, som har likheter med MTFC men som inte är begränsad till just det programmet.<sup>49</sup>

## MVG-projektet inom SiS

På uppdrag av regeringen har ett projekt genomförts inom SiS med förstärkt vårdkedja (Mot Våld och Gång, MVG). Projektet, som pågick under två och halvt år, omfattade ungdomar från 15 kommuner och innebar bl.a. en subvention på dygnsavgiften till SiS. En central del i projektet var särskilda samordnare som hade till uppgift att utgöra en länk mellan ungdomen, deras familjer och inblandade myndigheter. Utvärderingar av projektet visade att samordnarnas arbete fick en administrativ inriktning och att de ungdomar som projektet syftade till att hjälpa kom i skymundan. Ungdomarnas situation var klart förbättrad inom flera områden ett år efter utskrivning jämfört med när de skrevs in. Trots detta rör det sig om en fortsatt starkt problemtyngd grupp. I båda grupperna hade omkring 60 procent av ungdomarna blivit lagförda två år efter utskrivning och drygt 40 procent återkommit i SiS-vård inom ett år.<sup>50</sup>

Effektutvärderingen av projektet blev utgångspunkt för en avhandling av Maria Vogel Andersson som fokuserar på vilken betydelse kön, klass och etnisk bakgrund har för ungdomarnas problematik och för den hjälp de fått. Andersson Vogels slutsats är att SiS-institutionerna är anpassade för utåtagerande kriminella pojkar. Efter utskrivningen får ungdomarna sällan riktad hjälp. Enligt Andersson Vogel gäller det i synnerhet flickor med allvarlig psykisk ohälsa.<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup> Kyhle Westermark P (2009).

<sup>48</sup> Hansson K & Olsson M (2012).

<sup>49</sup> SOU 2014:3 s. 265 ff.

<sup>50</sup> SiS (2009) och SiS (2012d) s. 4 f.

<sup>51</sup> Andersson Vogel M (2012) s. 185 ff.

## 18.6 Stöd och hjälp efter avslutad placering i övriga Norden

Bestämmelser om stöd och hjälp efter avslutad placering finns i flera länder. I detta avsnitt uppmärksammas de regler som gäller i Norge, Danmark och Finland samt studier som gjorts av hur stödet och hjälpen fungerar där. Även utanför Norden finns liknande bestämmelser, bl.a. i Storbritannien. I flera länder finns det också särskilda program för att ge stöd till unga som lämnar vården.<sup>52</sup>

### 18.6.1 Norge

I barnevernloven finns en bestämmelse (bvl. § 1–3) om att frivilliga insatser som har påbörjats innan barnet fyllt 18 år kan fortsätta eller ersättas av andra insatser fram tills den unge har fyllt 23 år. Upphörande av insatser och avslag på ansökan om insats efter att den unge fyllt 18 år ska bedömas med hänsyn till barnets bästa.<sup>53</sup> Enligt förarbetena kan insatser återupptas även om ungdomen under en kortare period före eller efter 18-årsdagen har avböjt insatser.<sup>54</sup> Alla slags insatser kan bli aktuella såsom placering i familjehem, på institution och andra hjälpåtgärder.<sup>55</sup> Det finns också regler om uppföljning och eftervård efter påföljd för unga lagöverträdare.

I Norge måste som huvudprincip insatser till unga som fyllt 18 år vara frivilliga. Undantag kan förekomma enligt § 4–24 bvl. när det gäller ungdomar med allvarliga beteendeproblem, inom de tidsbegränsningar som beslutas av fylkesnämnden.

Vid en ”omsorgövertagelse” ska barnevernet i god tid innan barnet fyller 18 år ta ställning till om placeringen ska fortsätta eller andra insatser ska ges (bvl. § 4–15). Om den unge samtycker ska barnevernet utarbeta en plan för framtida insatser, som senare kan revideras.

---

<sup>52</sup> SOU 2009:68, s. 476 f och Johansson H, Höjer I & Hill M (2011) s. 8 ff.

<sup>53</sup> Se även Rundskriv om tiltak etter barnevernloven for ungdom over 18 år Q-13/2011 ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)).

<sup>54</sup> Ot. prp. nr. 44 (1991-1992) Om lov om barneverntjenester (barnevernloven).

<sup>55</sup> Ot. prp. nr. 61 (1997-1998) Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester.

Hjälpåtgärder enligt barnevernloven (bvl.) till barn under 18 år och barnfamiljer kan förekomma både för att förhindra placering och som eftervård. Vissa hjälpåtgärder kan sättas in oberoende av samtycke. Exempelvis kan fylkesnämnden besluta om föräldrastödande insatser under sex månader, utan barnets samtycke, när insatserna är ett led i att slussa ut den unge från tvångsplacering på en institution (bvl. § 4–4 fjärde stycket).

### Analys och uppföljning av eftervården i Norge

Det norska forskningsorganet NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) har genomfört den mest omfattande nordiska analysen av eftervårdsinsatser och deras betydelse. Enligt de kvantitativa analyserna i studien har andelen som får eftervårdsinsatser i Norge ökat. Emellertid halveras antalet för varje år efter fyllda 18 år. De vanligaste insatserna är ekonomiskt stöd, fortsatt placering i fosterhem, hjälp med bostad och stödperson. Rapporten visar på stora variationer i barnevernets eftervårdsarbete bl.a. beroende på kommunens storlek och förutsättningar att utveckla sin kompetens. Den vanligaste orsaken till att unga får eftervård är att de själva önskar det och har behov av det. Att den unge avvisar insatser är det vanligaste skälet till att eftervårdsinsatser inte kommer till stånd. De kvalitativa analyserna i studien visade positiva effekter för ungdomar som fått någon form av eftervård. Enligt rapporten krävs dock forskning som kan belysa i hur hög grad det beror på insatserna i sig eller är en följd av att särskilt motiverade ungdomar selekteras till insatserna. De unga framför att eftervårdsinsatsen står och faller med att den motsvarar deras behov och önskar delaktighet på jämställd nivå i planeringen av eftervården. Det kan tilläggas att många norska institutioner arbetar målinriktat med eftervård, men det är främst de stora och privata institutionerna som arbetar med ungdomar äldre än 18.<sup>56</sup>

Under perioden 2006–2009 har ett antal eftervårdsprojekt pågått i kommunerna med statlig finansiering. Enligt en utvärdering från NOVA går en viktig skiljelinje mellan kommuner som satsat på generella insatser och kommuner som prioriterat mer specifika,

---

<sup>56</sup> Bakketeig E & Backe-Hansen E (red. 2008).

individuella insatser för en utvald grupp av ungdomar. De individuellt inriktade insatserna har visat sig vara mest framgångsrika, särskilt insatser i form av en mentor som följer den unge i vardagen. Mentorn bör, enligt utvärderingsrapporten, vara lösningsinriktad och flexibel och ha ansvar för maximalt fyra till fem ungdomar. NOVA rekommenderar ytterligare satsning på individuella insatser utifrån en individuell plan som följs upp fortlöpande.<sup>57</sup>

### 18.6.2 Danmark

I § 76 serviceloven finns en bestämmelse om möjlighet till eftervård för unga vuxna i åldern 18–22 år. En förutsättning är att stödet i form av eftervård är av väsentlig betydelse för den unge och kan bidra till en positiv utveckling. Den som är placerad fram till 18 år kan beviljas fortsatt placering, kontaktperson, utslussningsprogram eller andra stödinsatser. Stödet ska vara individuellt anpassat och kan också bestå av exempelvis psykologsamtal, nätverks- och samtalsgrupp eller att mötesplatser för tidigare placerade anordnas. En relativt vanlig eftervårdsinsats för ungdomar i åldern 18–22 år är placering i eget boende i kombination med särskilt stöd.<sup>58</sup> Om det finns ett fortsatt behov av insatser efter 23 år kan dessa ges i enlighet med de regler som gäller för bistånd till vuxna.

Om den unge var tvångsplacerad direkt i anslutning till 18-årsdagen eller var dömd till vård har han eller hon rätt till en kontaktperson, oavsett om socialtjänsten anser att det finns behov eller inte. Både den unge och kommunen kan vid behov på nytt aktualisera frågan om eftervård fram till dess den unge är 23 år. Socialtjänsten kan ha gett avslag eller den unge kan ha avvisat erbjudande om hjälp och senare ändrat sig. Eftervården kan också ha avslutats, men behov uppstått på nytt.<sup>59</sup>

En handlingsplan ska, enligt § 140 stycke 3 serviceloven, upprättas för alla placerade ungdomar som fyllt 16 år som en förberedelse för vuxenlivet. Den ska innehålla konkreta mål för tiden före och efter 18 år. Enligt § 68 serviceloven stycke 12 ska socialtjänsten senast sex månader innan den unge fyller 18 år ta ställning

---

<sup>57</sup> NOVA (2010).

<sup>58</sup> SOU 2014:3 s. 246 ff.

<sup>59</sup> Servicestyrelsen (2011).

till om det finns behov av eftervård och i så fall vilka typer av insatser som kan bli aktuella. Beslut om eftervård ska dokumenteras och kan överklagas. Som underlag för beslutet ska socialtjänsten tillsammans med den unge utarbeta en reviderad handlingsplan.

Behovet av eftervårdsinsatser bedöms av placeringskommunen, men ges av den kommun där den unge är bosatt. Många unga byter kommun i 18-årsåldern och det finns ett stort behov av koordinering.<sup>60</sup> Om en ung person i åldern 18–22 år, som har varit placerad fram till fyllda 18 år, byter kommun ska den tidigare ansvariga kommunen, med samtycke från föräldrarna och den unge, skicka över den reviderade handlingsplanen till den nya vistelsekommunen (§ 68 serviceloven stycke 13). Den nya vistelsekommunen ska inom 30 dagar efter mottagandet av handlingsplanen fatta ett (nytt) beslut om eftervård och utarbeta en ny handlingsplan.

### Uppföljning av eftervården i Danmark

I Danmark har flera nationella satsningar genomförts för att förbättra eftervården för unga över 18 år. Inom ramen för regeringens handlingsprogram "Lige muligheder – Efterværn" pågick under perioden 2009–2012 en försöksverksamhet i tio kommuner, där alla som avslutade en placering erbjöds eftervård. Enligt rapporten från Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI) har resultat uppnåtts inom tre områden, nämligen att ungdomarna i högre grad kommit i gång med utbildning, fått ett mer stabilt boende och byggt upp eller utvecklat sitt sociala nätverk. Ungdomarna värdesätter, enligt rapporten, framför allt relationen till en professionell vuxen, som ger praktiskt stöd och fungerar som "container" när det gäller den unges problem. I relation till övriga ungdomar i projektet upplevde ungdomarna en trygghet genom deras likartade situation. Kontakten med övriga ungdomar kan, enligt rapporten, bidra till social förankring och individuell utveckling. Arbetet i de tio kommunerna visade att det finns stort behov av flexibla

---

<sup>60</sup> Muntlig information vid möte med danska Socialstyrelsen i augusti 2013.

eftervårdslösningar. Tidig kontakt och uppsökande verksamhet i förhållande till dem som har avvisat insatser ansågs också viktigt.<sup>61</sup>

SFI publicerade år 2012 en kunskaps- och erfarenhetssammanställning om eftervård. Ungefär 30 procent av de placerade som fyller 18 år varje år får enligt rapporten eftervård i Danmark. Antalet eftervårdsinsatser sjunker kraftigt från 19 år men tendensen (2007–2010) går mot längre eftervårdsperioder. I hälften av fallen innebar eftervården fortsatt placering efter 18 år, i omkring en tredjedel en fast kontaktperson, och i omkring en femtedel någon form av utslussningsprogram. En individuell lösning med personlig rådgivare förekom i 5–8 procent av fallen. Skillnaderna mellan kommunerna är stor när det gäller hur många ungdomar som får eftervårdsinsatser.<sup>62</sup> Två typer av eftervårdsinsatser har särskilt stor betydelse utifrån danska förhållanden: nätverk med andra tidigare placerade genom gruppbaseade insatser och personlig relation till en vuxen. Enligt rapporten passar dock inte gruppbaseade insatser alla ungdomar och hur insatsen kontaktperson fungerar är mycket personberoende.<sup>63</sup>

Under perioden 2011–2015 har ytterligare en satsning från regeringens sida pågått för att förstärka eftervården för unga som lämnar vården. Satsningen omfattar tio typer av insatser. Exempel på insatser är en samarbetsmodell för att öka ungdomarnas möjligheter till utbildning och sysselsättning, stöd via frivilligorganisationer, försök med värdfamiljer och stöd till lokalsamhället för att stärka placerade ungdomars möjligheter att få och behålla praktik och arbete.<sup>64</sup>

### 18.6.3 Finland

Enligt den finska barnskyddslagen (12 kap. § 75) har kommunen skyldighet att ordna eftervård sedan tvångsvård utom hemmet (enligt § 40) har upphört. Det gäller även efter frivillig placering enligt § 37 om denna varat minst ett halvt år och enbart berört

---

<sup>61</sup> Jakobsen T B m.fl. (2010).

<sup>62</sup> Mølholt A-K m.fl. (2012) s. 62 ff.

<sup>63</sup> A.a. s. 192 ff.

<sup>64</sup> Information om efterværnspakken hos Socialstyrelsen i Danmark; ([www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/eftervaern](http://www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/eftervaern)).



barnet. Kommunens skyldighet att svara för eftervård upphör fem år efter att placeringen avslutats eller när den unge fyllt 21 år. Eftervården ska omfatta stöd till barnet eller den unge samt föräldrarna och vårdnadshavarna. När eftervården avslutas ska en plan vid behov upprättas tillsammans med den unge, av vilken det ska framgå de tjänster och stödåtgärder som den unge fortsättningsvis har tillgång till.

Enligt lagens förarbeten är syftet med eftervården att stödja barnet eller den unge på samma sätt som föräldrar vanligen stöder och hjälper sina barn som håller på att bli vuxna och självständiga.<sup>65</sup>

### Uppföljning av eftervården i Finland

Enligt resultaten av en enkätundersökning bland finska kommuner år 2010 var eftervårdstjänsterna den del av barnskyddet som var mest begränsade, både när det gällde olika typer av tjänster och tillgången till dem. Kommunerna har genom sin öppenvård tillgång till tjänster som skulle kunna användas inom eftervården, men bedömer att det inte alltid är möjligt att ge ett tillräckligt intensivt stöd till barn, unga och deras familjer. Tillgången till bl.a. bostäder för självständigt boende inom eftervården och stödpersoner för barn och unga bedömdes vara mindre god medan tillgången till ekonomiskt stöd till barns och ungas fritidsaktiviteter var bättre.<sup>66</sup>

Den finska riksdagens revisionsutskott behandlade barnskyddsfrågor i ett betänkande från 2012. Utskottet konstaterade att utvecklingen av eftervården hamnat i skuggan av öppenvården och vården utanför hemmet. Utskottet konstaterade att ungdomar inte heller alltid förbereds på ett självständigt liv när de vårdas utanför hemmet, trots tanken att vård utanför hemmet systematiskt ska följas av eftervård.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Finska regeringens proposition till Riksdagen med förslag till barnskyddslag och vissa lagar som har samband med den RP 252/2006 ([www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)) s. 39 f.

<sup>66</sup> Information hos Finlands Kommunförbund, ([www.kommunerna.net/sv](http://www.kommunerna.net/sv)). Enkäten omfattade Finlands fastlandskommuner, av vilka något mindre än hälften svarade.

<sup>67</sup> Revisionsutskottets betänkande 9/2012 rd, Statens revisionsverks berättelse om sin verksamhet till 2012 års riksdag ([www.eduskunta.fi](http://www.eduskunta.fi)) s. 4 f.

#### 18.6.4 Nordens barn – ett projekt hos Nordens välfärdscenter

Stöd och hjälp efter placering har varit ett fokusområde i projektet ”Nordens barn – Fokus på barn i fosterhem” som Nordens Välfärdscenter har drivit under de senaste åren. Projektet har syftat till minskad risk för marginalisering av familjehemsbarn genom kunskap om och exempel på goda insatser som kan förbättra barnens situation.

Inom projektet har en översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar tagits fram. Där konstateras att placerade barn i Danmark, Finland och Norge har lagreglerad rätt till samhälleligt stöd efter utskrivning. Motsvarande lagstiftning saknas i Sverige, enligt Nordens Välfärdscenter som också säger att eftervården är en påtagligt lågprioriterad fråga på lokal nivå här i landet. Av kunskapsöversikten framgår vidare att nordiska forskare enhetligt har dragit slutsatsen att eftervård bör utformas efter varje barns individuella behov. Det står delvis i kontrast mot de eftervårdsprogram som har utvecklats i USA och en del andra länder. Vikten av att eftervård planeras systematiskt och sätts i verket direkt efter att barnet formellt lämnar sin placering framhålls utifrån internationell forskning. Kunskapsöversikten mynnar ut i tre rekommendationer om det fortsatta arbetet med stöd och hjälp efter avslutad placering:

- Kartlägg behov av och tillgång till stöd, tillsammans med varje barn som lämnar fosterhemsvården i de äldre tonåren.
- Planera individuellt stöd systematiskt och i god tid, tillsammans med ungdomen.
- Erbjud alla barn som lämnar samhällsvården i de äldre tonåren ett samtal om barnets historia, utifrån aktmaterial, socialarbetarens egen kunskap och barnets minnen.<sup>68</sup>

I samarbete med frivillig- och intresseorganisationer i Norden har Nordens Välfärdscenter också låtit ungdomar som bott i fosterhem själva berätta vilket stöd de anser att de behöver när de ska flytta till eget boende. En samling med 15 ungdomar har genomförts. Dessa ungdomar gav följande rekommendationer:

---

<sup>68</sup> Nordens Välfärdscenter (2015) s. 21.

- Skapa bättre möjligheter för barn som bor i fosterhem att lyckas i skolan. Fokusera även på den sociala situationen.
- Förbered ungdomar bättre innan de flyttar ut från fosterhemmet.
- Skapa större ekonomisk trygghet för ungdomar som lämnar fosterbarnsvården i de äldre tonåren.
- Låt ungdomar som lämnar fosterbarnsvården göra det successivt. De som önskar skall få behålla sin fosterfamilj som kontaktfamilj.
- Ge ungdomar som lämnat fosterbarnsvården rätt till ett personligt stöd i form av kontaktperson, boendestöd eller liknande.
- Säkerställ att ungdomar som lämnat fosterbarnsvården har ordnad sysselsättning i form av studier eller arbete.
- Låt oss vara mer än bara ett ärende, lyssna på oss och tro på oss, vi kan!<sup>69</sup>

## 18.7 Utredningens överväganden och förslag

### 18.7.1 Inledande överväganden

Utslussning och stöd efter avslutad placering kan ha avgörande betydelse för att barn och unga i samhällsvård ska få goda förutsättningar inom centrala livsområden som utbildning, arbete och boende. En förutsättning för det är en god och väl fungerande planering av utslussning, stöd och hjälp.

För yngre barn kan utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering förebygga återplacering och bidra till stabilitet under uppväxten.

För unga som befinner sig i övergången till vuxenlivet kan utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering underlätta etableringen i samhället. Studier visar att de som varit placerade kan komma att ta steget ut i vuxenlivet under en betydligt mer komprimerad övergångsfas än andra och med begränsat och

---

<sup>69</sup> Nordens Vårdscenter (2015a) s. 17.

villkorat stöd från familj och nätverk. Trots det är ungdomarnas utsatta position inte alltid erkänd vare sig hos tjänstemän eller hos politiker.

Förutsättningarna för utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering varierar beroende på om placeringen har gjorts i familjehem eller HVB. Ett familjehem kan fortsätta att ha stor betydelse för den som varit placerad där även sedan vården avslutats, vilket bör beaktas i planeringen. Ett HVB kan aktivt arbeta med utslussning och förberedelser för tiden efter placeringen. Exempelvis kan nämnas att SiS får utföra uppdrag åt kommuner och landsting som inkluderar utslussning och eftervård och arbetar på olika sätt med sådana uppgifter.<sup>70</sup>

Som framgått är socialnämnden enligt 5 kap. 1 § SoL skyldig att tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört. Ansvar för omfattet alla barn och unga som, oberoende av ålder, har varit placerade i familjehem eller HVB. Mycket tyder dock på att utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering är områden som behöver utvecklas i den svenska barn- och ungdomsvården.

I flera andra länder har stöd och hjälp efter avslutad placering uppmärksamats genom särskilda utvecklingsinsatser med statlig finansiering. I Sverige har intresset för sådana insatser varit anmärkningsvärt litet och utredningen bedömer att det är hög tid att ett sådant arbete kommer i gång. Det finns inte heller någon samlad bild av hur utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering fungerar i landet. Enligt Socialstyrelsens uppföljning av hur kravet på stöd och hjälp efter avslutad vård tillämpas anser en majoritet av kommunerna att det är möjligt att uppfylla kravet. Det fanns dock observationer från tillsynen som tyder på att bristerna var större än vad kommunerna uppgav. Forskningen inom området pekar också på brister. Inte minst har barn och unga som avslutat en placering, eller står inför att göra det, berättat om sina känslor av ensamhet, oro och problem med att ordna praktiska saker som deras jämnåriga får hjälp av sina föräldrar att lösa.

För en fortsatt utveckling av väl fungerande former för utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering måste erfarenheter och synpunkter från barn och unga som lämnat samhällsvården

---

<sup>70</sup> 3 § förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

eller är på väg att göra det tas till vara. Barn och unga med erfarenhet av att vara placerade kan också vara ett viktigt stöd för andra som lämnar samhällsvården.

Erfarenheter från andra nordiska länder visar dessutom att frivilligorganisationer kan spela en viktig roll för tidigare placerade barn och unga under deras övergång till vuxenlivet.

### 18.7.2 Utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering ska planeras

**Utredningens bedömning:** Reglerna om genomförandeplan ger en god struktur för planering, uppföljning och samverkan under vården, men de behöver kompletteras när det gäller förberedelser för tiden efter att en placering i familjehem eller HVB avslutats.

**Utredningens förslag:** Genom ett tillägg i 5 kap. 1 a § andra stycket SoF införs krav på att genomförandeplanen ska beskriva hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter det att en placering i ett familjehem eller HVB har avslutats.

Utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering bör planeras i god tid. I vården vid HVB bör dessa frågor i så hög grad som möjligt vara en integrerad del. Även familjehemsföräldrarnas roll i utslussning och för stöd och hjälp efter avslutad placering kan behöva tydliggöras i god tid. Planeringen görs inom ramen för de verktyg som lagen ger, det vill säga vårdplan, genomförandeplan och i vissa fall samordnad individuell plan. Inom BBIC finns också ett stödmaterial för planeringen.

En placering i det egna hemmet under en begränsad tid kan vara en del av utslussningen från vård utanför hemmet. Denna möjlighet finns redan i dag i 11 § andra stycket LVU och ingår i den nya LVU som utredningen föreslår. En sådan lösning innebär att placeringen fortsätter och socialnämndens ansvarar för vården tills placeringen avslutas. Placeringen i det egna hemmet kan när som helst avbrytas och ersättas med en placering på t.ex. HVB.

Stöd och hjälp efter avslutad placering bygger på samtycke från barnet, den unge eller vårdnadshavaren. Om den unge, som fyllt 18 år, avvisar hjälp bör om möjligt en överenskommelse göras om

kontakt för uppföljning och återkommande erbjudanden. Efter avslutad placering finns det dock vissa möjligheter till uppföljning efter avslutad vård oberoende av samtycke enligt 11 kap. 4 b § SoL. Efter avslutad placering med stöd av LVU ska det, enligt utredningens förslag i kapitel 6, vara möjligt att i vissa fall besluta om öppna insatser utan samtycke. Det gäller kontakt med en särskilt kvalificerad kontaktperson och behandling i öppna former inom socialtjänsten för barn och unga som varit placerade med stöd av LVU.

Genom reglerna om genomförandeplan finns det en fungerande struktur för att planera och följa upp insatser under vårdens genomförande i dialog med barnet, föräldrarna, personal vid HVB eller familjehemsföräldrar. En genomförandeplan ska alltid enligt 11 kap. 3 § andra stycket SoL upprättas vid vård i HVB och familjehem. Syftet med genomförandeplanen är att bidra till att vården planeras, bedrivs målinriktat och följs upp. Att såväl barnet eller den unge som vårdnadshavaren uppmuntras till att vara aktiva i planeringen är en viktig utgångspunkt för genomförandet av det som planeras.<sup>71</sup> Genomförandeplanen bör enligt Socialstyrelsens allmänna råd också upprättas, följas upp och revideras i nära samarbete med familjehemmet eller hemmet för vård eller boende.<sup>72</sup>

Även för samverkan är genomförandeplanen viktig. Av planen ska det framgå vilka åtgärder som planeras för att barnet eller den unge bl.a. ska få lämplig utbildning i förskola eller skola samt sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda.<sup>73</sup> Det behövs t.ex. ett nära samarbete mellan socialnämnden och HVB, som ska konkretisera behandlingsinnehållet i förhållande till bl.a. barnets eller den unges förutsättningar under tiden efter avslutad placering.

Enligt en uppföljning som Socialstyrelsen gjort har kravet på genomförandeplaner fått ett stort genomslag, vilket bekräftas av observationer från tillsynen. Utredningen konstaterar dock att det finns en kvarstående oklarhet om planeringen av utslussning och stöd och hjälp efter avslutad placering. Dessa områden nämns inte direkt i 5 kap. 1 a § andra stycket socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) eller i 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11, där det

---

<sup>71</sup> Prop. 2006/07:129 s. 49.

<sup>72</sup> Allmänna råd till 7 kap. 2 § SOSFS 2012:11.

<sup>73</sup> 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11.

framgår vad en genomförandeplan ska innehålla. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör genomförandeplanen dock i god tid innan vården upphör kompletteras med uppgifter om hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter att placeringen i familjehem eller hem för vård eller boende har avslutats.<sup>74</sup>

Utredningen bedömer att kraven på genomförandeplanens innehåll behöver kompletteras när det gäller förberedelser för tiden efter att en placering i familjehem eller HVB avslutats. Genom en sådan komplettering blir det tydligare att planeringen inför vårdens avslutande ska vara en del av den samlade planeringen och att den också ska omfatta åtgärder och insatser som andra huvudmän än socialnämnden ansvarar för.

Utredningen föreslår därför ett tillägg till 5 kap. 1 a § andra stycket SoF med krav på att genomförandeplanen ska beskriva hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter det att en placering i ett familjehem eller HVB har avslutats.

### 18.7.3 Tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering

**Utredningens bedömning:** Det behöver bli tydligare för barn och unga vilket stöd och vilken hjälp som de kan förvänta sig efter avslutad placering. Ökad tydlighet kan också underlätta utveckling, uppföljning och tillsyn av arbetet med stöd och hjälp efter avslutad placering. Ansvar för stödet och hjälpen till unga som lämnar samhällsvården för en övergång till självständig vuxentillvaro behöver förtydligas särskilt.

**Utredningens förslag:** Socialnämndens ansvar att i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört ska regleras i en ny bestämmelse i SoL. Den nya bestämmelsen ska omfatta det nuvarande kravet i 5 kap. 1 § SoL på stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört samt två nya stycken.

<sup>74</sup> Allmänna råd till 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11.

I det första nya stycket förtydligas att socialnämndens stöd och hjälp bör inriktas på personligt stöd och fortsatt kontakt med hemmet där barnet eller den unge har varit placerad.

I det andra nya stycket förtydligas att socialnämndens stöd och hjälp bör inriktas på frågor om ekonomi, boende, studier eller arbete om den som fått vård och fostran utanför det egna hemmet ska flytta till en egen bostad efter placeringen. Socialnämndens ansvar enligt det andra nya stycket gäller tills den enskilde fyller 22 år.

### **Förtydligad inriktning på stöd och hjälp till dem som lämnar samhällsvården för eget boende**

Behoven av stöd och hjälp efter avslutad placering varierar mellan barn och unga som lämnar samhällsvården. En del av arbetet med att tillgodose placerade barns och ungas behov av kontinuitet är att uppmärksamma deras behov av fortsatt kontakt med personer som de har fått en anknytning till.

Familjehemsplacerade barn och unga som vill behålla kontakten med sitt tidigare familjehem behöver få möjlighet till det. I sådana fall kan det vara lämpligt att familjehemmet finns kvar som kontaktfamilj för barnet eller den unge. För unga som fått en nära relation till behandlingspersonal på HVB kan behovet av fortsatt kontakt i stället tillgodoses genom att någon i personalgruppen förordnas som kontaktperson. Nämnden kan också köpa insatser för stöd och hjälp efter avslutad placering från institutionen. För att säkerställa kontinuitet vid behandling för unga med beteendeproblem kan det vara lämpligt att påbörja öppenvårdsinsatser under slutfasen av behandling på HVB. Öppenvård kan behöva ges med varierande omfattning utifrån individuella behov. Efter att placeringen upphört kan det, som framgår ovan, i vissa fall också vara möjligt att besluta om öppna insatser utan den unges samtycke med stöd av den nya LVU.

Unga som lämnar samhällsvården för ett självständigt liv kan ha samma behov som barn och unga som går tillbaka till sin tidigare familj. Men de har ofta även behov av annat stöd och annan hjälp i övergångsfasen mellan placering och vuxentillvaro. Ungdomar som varit placerade i familjehem och på institution kan ofta inte räkna med



samma stöd från sina föräldrar som andra ungdomar får. Enligt tillgänglig kunskap bör stöd och hjälp för unga som lämnar samhällsvården för ett självständigt liv omfatta flera olika livsområden efter deras individuella behov och omständigheter. Det gäller särskilt boende, utbildning, sysselsättning, ekonomi, praktiskt och emotionellt stöd. Önskemål om ett sådant brett och individuellt anpassat stöd har också framförts av unga som lämnat samhällsvården eller är på väg att göra det och som utredningen träffat under arbetets gång.

De nuvarande kraven på socialnämnden att tillgodose behov av stöd och hjälp efter avslutad placering är allmänt hållna och anger inga särskilda områden för stödet och hjälpen. Det möjliggör en god anpassning efter individuella behov hos barn och unga. De allmänt hållna kraven medför dock att det blir oklart för barn och unga vilket stöd och vilken hjälp som de kan förvänta sig. Även för socialnämnden kan det vara oklart vad den förväntas göra och hur den ska göra andra aktörer som HVB, familjehemsföräldrar, skola och hälso- och sjukvård delaktiga i stödet och hjälpen.

Utredningen vill särskilt framhålla socialnämndens ansvar att tillgodose de särskilda behov av stöd och hjälp som unga ofta har i övergången från samhällsvård till en självständig vuxentillvaro. Det handlar om att främja och stärka de ungas egna vilja och förmåga att klara de utmaningar som de möter, inte om att skapa nya vårdformer för de unga. Det finns starkt stöd i forskningen för att väl planerat och väl fungerande stöd och hjälp i övergången från samhällsvård till vuxenliv kan ha avgörande betydelse för de långsiktiga resultaten av samhällsvården. Även om nuvarande bestämmelse om ansvaret för stöd och hjälp efter avslutad placering också omfattar unga som ska ha en egen bostad kan det uppstå oklarhet om vad ansvaret innebär i praktiken. Ansvaret behöver också utgå från delvis andra omständigheter än stöd och hjälp till yngre barn och unga som återvänder till föräldrahemmet.

Forskning inom området visar att vissa former av stöd och hjälp är särskilt angelägna att uppmärksamma och tillgodose efter avslutad placering. Det handlar om personligt stöd och, om en ung person efter placeringen ska ha eget boende, hans eller hennes behov av stöd och hjälp med frågor om ekonomi och med att ordna bostad, studier eller arbete.

Utredningen bedömer att en precisering i lagstiftningen av stödets och hjälpens inriktning på dessa behov skulle tydliggöra socialnämndens ansvar utan att innebära några nya krav utöver de som redan gäller. För barn och unga som lämnar den sociala dygnsvården skulle det bli lättare att veta vilket stöd och vilken hjälp de kan förvänta sig. För socialnämnden skulle en precisering i lagstiftningen innebära tydligare förutsättningar för planeringen av det egna arbetet, inklusive samverkan med andra aktörer. Krav på inriktningen på stöd och hjälp efter avslutad placering skulle också vara en tydligare utgångspunkt för utvecklingsinsatser, systematisk uppföljning och tillsyn.

Utredningen föreslår därför att socialnämndens ansvar att i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört ska regleras i en ny bestämmelse i SoL. Den nya bestämmelsen ska omfatta det nuvarande kravet i 5 kap. 1 § SoL på stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört samt två nya stycken. I det första nya stycket förtydligas att socialnämndens stöd och hjälp bör inriktas på fortsatt kontakt med hemmet där barnet eller den unge har varit placerad. Vidare bör den enskildes behov av personligt stöd uppmärksammas och tillgodoses. I det andra nya stycket förtydligas att socialnämndens stöd och hjälp bör inriktas på frågor om ekonomi, boende, studier eller arbete om den som fått vård och fostran utanför det egna hemmet ska flytta till en egen bostad efter placeringen.

Utredningen vill framhålla att avgränsningen i det andra nya stycket till dem som ska flytta till en egen bostad avser de som ska övergå till ett självständigt vuxenliv efter avslutad placering. Den syftar inte på någon särskild typ av bostad. Vidare ska behovet av stöd och hjälp inom de områden som anges i de båda nya styckena bedömas individuellt och kunna variera i omfattning mellan personer och över tid.

Utredningens förslag överensstämmer med innehållet i Socialstyrelsens allmänna råd om stöd och hjälp efter avslutad placering.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> SOSFS 2012:11.

## Det särskilda ansvaret för stöd och hjälp till dem som ska ha ett eget boende ska gälla tills de fyller 22 år

Hur länge en person behöver stöd och hjälp efter avslutad placering varierar efter individuella behov och önskemål. För unga som ska ha ett eget boende kan det dock behövas stöd och hjälp under en längre tid i övergångsfasen mellan placering och vuxentillvaro.

Det finns ingen tidsgräns för när socialnämndens särskilda ansvar enligt nuvarande 5 kap. 1 § SoL upphör för unga som avslutar en placering och ska ha ett eget boende. Enligt Socialstyrelsen får ansvaret, med hänvisning till förarbeten och föräldrabalken, anses omfatta i vart fall barn och unga i åldersgruppen 0–20 år.<sup>76</sup> I Norge och Danmark är motsvarande ansvar preciserat till att avse tiden upp till att den enskilde fyller 23 år med utgångspunkt i att placeringarna upphör vid 18 års ålder. I Finland upphör ansvaret när fem år har förflutit sedan placeringen har upphört eller den unge fyllt 21 år.

Frånvaron av tydlig åldersgräns i dagens bestämmelser om särskilt ansvar för stöd och hjälp efter avslutad placering medger en hög grad av individuell behovsbedömning och anpassning. Det finns ingen bortre gräns för stöd och hjälp efter exempelvis en placering som avslutats under tidig barndom eller i övergången till vuxenlivet. Samtidigt innebär frånvaron av tydlig åldersgräns oklarheter för barn och unga som varit placerade om socialnämndens ansvar. Det kan också vara oklart för andra aktörer vad som är socialnämndens ansvar.

Behovet av stöd och hjälp under övergången till vuxenlivet kan ses i förhållande till hur denna övergång generellt ser ut i Sverige i dag. Socialstyrelsen har konstaterat att den tid då ungdomar successivt tar allt mer ansvar och blir självförsörjande är utdragen. Unga får i allmänhet ekonomiskt, praktiskt och pedagogiskt stöd av sina närstående högt upp i åldrarna. Under övergångsfasen mellan ungdom och vuxenliv är det också vanligt att unga flyttar hemifrån en tid för att sedan flytta tillbaka till föräldrarna igen innan de slutligen flyttar hemifrån. Medianåldern för ungdomar generellt att flytta hemifrån är cirka 21 år och etableringsåldern, dvs. den ålder

---

<sup>76</sup> A.a.

då minst 75 procent i en årskull är sysselsatt, är 26 år för män och 28 år för kvinnor.<sup>77</sup>

Utredningen bedömer att det särskilda ansvaret för stöd och hjälp till dem som ska ha ett eget boende ska utgå från att placeringar med stöd av LVU i vissa fall kan pågå till dess att den unge fyller 21 år. En bortre gräns för socialnämndens ansvar måste fastställas på ett sådant sätt att även de som lämnar samhällsvården vid denna tidpunkt omfattas av åtminstone ett års ansvar för stöd och hjälp efter avslutad placering.

Utredningen har övervägt en reglering motsvarande det ansvar under fem år efter avslutad placering som finns i Finland och som bestämmelserna i Norge och Danmark i praktiken innebär. Eftersom vård utanför det egna hemmet med stöd av LVU kan pågå till dess att den unge fyller 21 år skulle ett en sådan förändring innebära ett ansvar för stöd och hjälp efter avslutad placering upp till 26 års ålder, vilket vore en alltför långtgående förändring. I övriga Norden upphör ansvaret också när den unge fyller 21 eller 23 år.

Utredningen föreslår därför att socialnämndens särskilda ansvar för stöd och hjälp med inriktning på frågor om ekonomi och med att ordna bostad, studier eller arbete efter avslutad placering ska gälla till dess att den som varit placerad fyller 22 år. Behovet av stöd och hjälp ska, som framgår ovan, bedömas individuellt.

#### 18.7.4 Systematiskt utvecklingsarbete för stöd och hjälp efter avslutad placering

**Utredningens bedömning:** Det finns goda möjligheter att utveckla arbetet med stöd och hjälp efter avslutad placering utifrån socialtjänstens öppenvård och andra insatser och resurser som redan finns. För ett framgångsrikt arbete med stöd och hjälp efter avslutad placering behövs dock ett systematiskt utvecklingsarbete för kunskap om vilka arbetsätt och metoder som ger goda resultat.

<sup>77</sup> SCB (2008) s. 11 och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (2013) s. 23.

**Utredningens förslag:** Regeringen bör avsätta särskilda medel för ett systematiskt utvecklingsarbete med målet att ta fram användbar kunskap om stöd och hjälp för en successiv övergång från placering till vuxentillvaro. Utvecklingsarbetet bör bl.a. omfatta en forskningsanknuten försöksverksamhet med kontaktpersoner. Huvuddelen av de särskilda medlen bör fördelas av Sveriges kommuner och Landsting (SKL) till de kommuner som deltar i utvecklingsarbetet. Utöver det bör SKL kunna nyttja en del av de särskilda medlen för samordning och uppföljning av utvecklingsarbetet.

Även om det finns ett starkt stöd för att stöd och hjälp efter avslutad placering är en viktig del av de samlade insatserna för barn och unga i samhällsvård så ger forskningen inte lika tydliga svar om vilka arbetssätt, metoder och program som ger goda resultat. Det finns dock erfarenheter från bl.a. de andra nordiska länderna som kan tas till vara och utvecklas vidare i förhållande till de olika områden som nämns ovan.

Tillgång till en kontaktperson har visat sig vara en sådan insats. Ett sådant personligt stöd hör också till den typ av stöd som unga efterfrågat efter avslutad placering. Insatsen kan genomföras och organiseras på olika sätt och med något varierande syften. Ett viktigt syfte är att åstadkomma samordnade insatser efter avslutad placering. I andra länder har det kunnat främjas genom specialiserade program med tillgång till en kontaktperson eller samordnare. I Norge har en mentor, dvs. en kontaktperson som är särskilt utbildad för uppgiften, för praktiskt och personligt stöd varit en framgångsrik lösning. Norska erfarenheter pekar på att mentorn bör vara lösningsinriktad och flexibel och ha ansvar för maximalt fyra till fem ungdomar. Även i Danmark är kontaktperson en av de eftervårdsinsatser som har särskilt stor betydelse, även om det är mycket personberoende hur insatsen fungerar.

Som framgått av detta kapitel finns det också andra former av stöd och hjälp efter avslutad placering i övriga nordiska länder och i andra delar av världen. Det handlar om särskilda eftervårdsplatser inom ramen för olika program eller särskilda lösningar för boende och stöd. Men det finns också exempel på stöd i dagligt liv i eget boende. Ett exempel på det är hjälp med att ta körkort i bl.a. USA,

där stödet syftar till att kompensera för den hjälp med övningskörning och avgifter som jämnåriga kan få av sina föräldrar m.m.<sup>78</sup>

Det finns goda möjligheter att utveckla arbetet utifrån socialtjänstens öppenvård och andra insatser och resurser som redan finns, inte minst tidigare familjehemsföräldrar och HVB. Att exempelvis erbjuda alla barn som lämnar samhällsvården i de äldre tonåren ett samtal om sin historia, utifrån aktmaterial, socialarbetarens egen kunskap och barnets minnen, bör kunna vara en del av den kontakt som barnets eller den unges socialsekreterare ska ha med barnet eller den unge fram till dess att vården avslutats.

För ett framgångsrikt arbete med stöd och hjälp efter avslutad placering behövs dock en systematisk utveckling av kunskap om vilka arbetssätt och metoder som ger goda resultat utifrån svenska förhållanden. Utredningen föreslår därför att regeringen avsätter särskilda medel för ett systematiskt utvecklingsarbete med målet att ta fram praktiskt användbar kunskap om stöd och hjälp för en successiv övergång från placering till vuxentillvaro. Syftet med arbetet ska vara att utveckla konkreta exempel på fungerande arbetssätt som kan spridas till övriga delar av landet. Utvecklingsarbetet ska därför genomföras så att resultat och erfarenheter kommuniceras under arbetets gång och vid avslutningen av arbetet. Vidare ska det finnas en plan för hur slutsatserna av uppföljningen och analysen kan användas av samtliga berörda huvudmän och verksamheter.

Utvecklingsarbetet bör omfatta en försöksverksamhet med bl.a. kontaktpersoner och en möjlighet att i anslutning till det pröva andra stödformer under tre år i ett tiotal kommuner med viss geografisk spridning. Försöksverksamheten ska följas upp med avseende på de enskildas erfarenheter, deras situation före, under och efter insats samt organisatoriska och ekonomiska förhållanden. Den ska vidare vara forskningsanknuten för att säkerställa systematik och metodik i genomförande och uppföljning. Uppföljning och analys ska avslutas senast ett år efter att försöksverksamheten avslutats.

---

<sup>78</sup> Bo Vinnerljung, "Barn i fosterhem", presentation Nordens Välfärdscenter Stockholm 23–24 mars 2015 ([www.nordicwelfare.se](http://www.nordicwelfare.se)). I Sverige har Gunvor Andersson föreslagit att alla barn och unga med erfarenhet av samhällsvård borde få en "voucher" på ett antal terapitimmar som de kan välja att använda t.ex. vid inträdet i vuxenlivet eller vid senare kriser i livet när det förflutna tränger sig på. Se Andersson G (2008) s. 127.

Insatsen kontaktperson bör prövas med inriktning på att främja samverkan kring den enskilde och utifrån den enskildes behov av en personlig kontakt efter avslutad placering. Kontaktpersonen ska kunna fungera som en coach eller mentor för den enskilde, och kunna vara anställd eller uppdragstagare. Frågor om kontaktpersonens kompetens och anknytning till socialnämnden bör uppmärksammas, likaså vilka motiverande insatser som kan behövas för att barn och unga som lämnar samhällsvården ska vilja ta del av stöd och hjälp genom exempelvis en kontaktperson.

Även andra möjliga sätt att stödja och hjälpa dem som lämnar samhällsvården för en övergång till självständig vuxentillvaro bör kunna omfattas av utvecklingsarbetet. Det kan handla om möjligheter att ge kompenserande stöd för sådant som deras jämnåriga får hjälp av sina föräldrar med i boendet eller det dagliga livet. Frågor om stöd för utbildning och sysselsättning behöver också beaktas. Inte minst inom dessa områden är det viktigt att utveckla samverkan mellan kommunen och andra aktörer inom t.ex. arbetsliv och föreningsliv.

Idéburna organisationer bör ingå i utvecklingsarbetet. De kan ha andra möjligheter än socialtjänsten att motivera och stödja dem som lämnat samhällsvården och avböjer kontakt med myndigheter.

Hur stöd och hjälp efter avslutad placering kan organiseras och genomföras i dialog med berörda barn och unga bör uppmärksammas i anslutning till såväl försöksverksamheten med kontaktpersoner som andra delar av utvecklingsarbetet.

Huvuddelen av de särskilda medlen bör, enligt utredningens förslag, fördelas av SKL till de kommuner som deltar i utvecklingsarbetet. Utöver det bör SKL kunna nyttja en del av de särskilda medlen för samordning och uppföljning av utvecklingsarbetet. Utredningen vill framhålla att de särskilda medlen inte ska användas för att finansiera sådant stöd som kommunerna ska vara skyldiga att ge utan reserveras för utvecklingsinsatser utöver detta stöd.

### 18.7.5 Stöd till organisering av barn och unga med erfarenhet av samhällsvård

**Utredningens bedömning:** Arvsfonden bör ta initiativ till en särskild satsning på stöd till personer som finns i samhällsvård eller som helt eller delvis vuxit upp i samhällsvård för att stödja deras möjligheter till organisering i föreningar, nätverk och andra former.

Utredningen har i de inledande övervägandena betonat vikten av att stöd och hjälp till barn och unga som lämnar samhällsvården utgår från deras erfarenheter och synpunkter. Barn och unga med erfarenhet av att vara placerad kan också vara ett viktigt stöd för andra som lämnar samhällsvården.

Upprättelseutredningen lyfte fram behovet av stöd till föreningar som vänder sig till ungdomar och unga vuxna som är eller har varit placerade. Det konstaterades att flera föreningar för familjehemsplacerade barn och unga har varit under uppbyggnad i Sverige, men har haft svårigheter att överleva. Det kan, enligt Upprättelseutredningen, bero på att de ungdomar som varit initiativtagare har saknat föreningsvana och nödvändigt vuxenstöd.<sup>79</sup>

Utredningen delar uppfattningen att det finns ett behov av att stödja olika former av organisering där barn och unga som lämnat samhällsvården kan ha kontakt med varandra, ge varandra stöd och bidra med erfarenheter och synpunkter på hur samhällets stöd och hjälp till dem utformas. Tidigare placerade behöver få möjlighet att möta andra med likartade upplevelser och få ett nätverk som kan bidra till att bryta den isolering som många drabbas av efter avslutad samhällsvård. De som har negativa erfarenheter av samhällsvården kan misstro eventuella stödinsatser från socialtjänst eller psykiatrisk vård.

Utredningen bedömer, mot den bakgrunden, att Arvsfonden bör ta initiativ till en särskild satsning på sådant stöd till personer som finns i samhällsvård eller som helt eller delvis vuxit upp i samhällsvård, i första hand för att stödja deras möjligheter till organisering i föreningar, nätverk och andra former.

---

<sup>79</sup> SOU 2011:9 s. 182 f.





# 19 Styrning med kunskap och systematisk uppföljning

## 19.1 Uppdraget

I utredningens uppdrag ingår att, i samband med översynen av LVU, belysa och analysera hur vårdens innehåll och kvalitet samt uppföljning kan utvecklas, t.ex. avseende placerade barns och ungas rätt till delaktighet, information, god utbildning och hälso- och sjukvård. Vidare ska utredningen bedöma behovet av åtgärder, förutom förändringar i lagstiftningen, som kan bidra till kvalitetsutveckling av den sociala barn- och ungdomsvården, särskilt avseende tvångsvården.

I detta kapitel behandlas generella frågor om styrning med kunskap och systematisk uppföljning. Innehåll och kvalitet i vård med stöd av LVU behandlas i kapitel 16.

## 19.2 Styrning med kunskap

Styrning med kunskap beskrivs ofta i förhållande till en evidensbaserad praktik. I detta sammanhang kan styrning med kunskap också ses som en förutsättning för att huvudmän, verksamheter och professioner ska kunna svara för att vården lever upp till lagens syfte och de krav som utredningen föreslår i kapitel 5.

Ett väl fungerande system för styrning med kunskap kräver samverkan mellan många aktörer på flera nivåer. Staten har en viktig roll för att främja detta och organisera den sin styrning med kunskap genom de föreskrifter och olika former av kunskapsstöd som statliga myndigheter tar fram. Statens roll och ansvar utgår från behoven hos de som behöver vård och omsorg, personalen i de

verksamheter som den enskilde möter samt hos huvudmän och verksamhetsansvariga.<sup>1</sup>

### 19.2.1 Utveckling av den statliga styrningen med kunskap

Under de senaste åren har den statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård setts över och en utveckling av strukturer och arbetsformer påbörjats. Regeringen genomför under 2015 ytterligare förändringar för att samordna, effektivisera och behovsanpassa den statliga styrningen med kunskap.

I en ny förordning regleras den statliga styrningen med kunskap. Där anges att den statliga styrningen med kunskap utgör ett stöd för huvudmän och professioner som har ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet. Styrningen med kunskap sker genom de icke-bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den ska vara samordnad, effektiv, anpassad till de behoven hos olika professioner och huvudmän samt bidra till en ökad jämställdhet.<sup>2</sup>

Vidare inrättas ett rådgivande organ för samverkan mellan nio statliga myndigheter inom området, Rådet för statlig styrning med kunskap. Representanter för huvudmännen ska erbjudas att delta i ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen.<sup>3</sup>

Socialstyrelsen ges rollen av att vara ett nav för den statliga styrningen med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppdraget till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) breddas till att även omfatta socialtjänstens område. Myndigheten för vårdanalys får ett utvidgat uppdrag som omfattar hela socialtjänstens område.<sup>4</sup>

Statlig styrning med kunskap pågår givetvis också inom skolan och andra områden av betydelse för barn och unga i samhällsvård.

---

<sup>1</sup> Ds 2014:9 s. 5 f och 51 ff samt prop. 2014/15:1 Utgiftsområde 9 s. 60 ff.

<sup>2</sup> 1–2 §§ förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>3</sup> 4 § förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>4</sup> Prop. 2014/15:1 Utgiftsområde 9 s. 60 ff och 2014/15/SoU1.

Termen används dock inte på samma sätt där, och dessa områden nämns inte i förslaget om utveckling av den statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

## 19.3 Systematisk uppföljning

### 19.3.1 Tre nivåer

Systematisk uppföljning av måluppfyllelse och andra krav i lagar och föreskrifter är en viktig del av den samlade styrningen med kunskap inom socialtjänsten. För en systematisk uppföljning behövs ett väl fungerande samspel mellan tre nivåer:

- *Individuell uppföljning*: På den individuella nivån får den professionelle stöd i att följa om den enskildes situation förändrats från den första kontakten till att den avslutats. Vidare går det att följa om insatser genomförts, slutförts eller om det finns ytterligare behov som behöver tillgodoses.
- *Verksamhetsuppföljning eller lokal uppföljning*: När uppgifter från systematisk uppföljning på individuell nivå sammanställs kan det ge kunskap om bl.a. den lokala verksamhetens målgrupper, vilka insatser som används och resultat av dessa insatser. Vidare är det möjligt att få kunskap om huruvida insatserna svarar mot de behov som finns, hur de enskilda uppfattar de insatser som de fått och om verksamheten lever upp till krav och förväntningar på den. Om en verksamhet systematiskt följer upp sina resultat får ledning och politiskt ansvariga större möjlighet att kontrollera hur väl en verksamhet arbetar mot de övergripande målen och med de planer, processer och aktiviteter som ingår i verksamhetens ledningssystem. Genom att verksamheten tydliggörs kan verksamhetens kvalitet utvecklas.
- *Nationell uppföljning*: Uppgifter som samlas in genom systematisk uppföljning på individuell nivå kan användas till regionala och nationella register. Det kan handla om nationella kvalitetsregister eller andra typer av register eller indikatorer. God datakvalitet, en enhetlig terminologi samt en systematisk och enhetlig dokumenta-

tion av dessa data möjliggör att individuppgifter automatiskt kan sammanställas och användas på nationell och regional nivå.<sup>5</sup>

I detta kapitel behandlas främst frågor om nationell uppföljning och om dess förhållande till verksamhetsuppföljning eller lokal uppföljning.

Lokal och nationell uppföljning är beroende av varandra. Det är genom dialog och samspel mellan dessa nivåer som ny kunskap för styrning tas fram. I arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utgått från en modell som beskriver förhållandet mellan den lokala och nationella nivån. I modellen samspelar lokal styrning och lokalt stöd med lokal uppföljning och utvärdering i ett förbättringsarbete som ger systematiserad kunskap. Den kunskapen omsätts sedan i en dialog med den nationella nivån. Där tas systematiserad kunskap fram genom nationella uppföljningar och utvärderingar som bygger vidare på och aggregerar lokala uppföljningar och utvärderingar.<sup>6</sup>

### 19.3.2 Ansvar, underlag och pågående arbete på nationell nivå

#### Socialstyrelsen

På nationell nivå har Socialstyrelsen flera uppföljningsuppgifter som berör LVU-området. Till dessa uppgifter hör, enligt 3 § 3 punkten förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen, att följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård och socialtjänst genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Vidare ska myndigheten bl.a. vaka över verksamheterna när det gäller kvalitet och säkerhet samt den enskildes rättigheter (8 § 1 punkten). Socialstyrelsen ska enligt samma bestämmelse också samordna de statliga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller barn och ungdom (8 § 2 punkten).

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsen (2014f) s. 10 ff. Systematisk uppföljning av detta slag ger inte kunskap om effekter av olika insatser, för det krävs vetenskapliga effektutvärderingar där det kontrolleras för om andra faktorer än insatsen har påverkat resultatet.

<sup>6</sup> Ds 2014:9 s. 53.

Socialstyrelsen är statistikansvarig myndighet för den officiella statistiken inom området individ- och familjeomsorg. Officiell statistik ska, enligt 3 § lagen (2001:99) om den officiella statistiken, finnas för allmän information, utredningsverksamhet och forskning. Enligt 2 § förordningen (2001:100) om den officiella statistiken är det den statistikansvariga myndigheten som beslutar om statistikens innehåll och omfattning inom sitt statistikområde, om inte något annat följer av ett särskilt beslut av regeringen. Socialstyrelsens statistik grundas på individuppgifter om heldygnsinsatser samt på aggregerade uppgifter om individuellt behovsprövade och beslutade öppenvårdsinsatser. Uppgifterna samlas in årligen från landets samtliga kommuner. De gäller insatser inom vården, inte enskilda metoder och arbetssätt vid t.ex. ett HVB.

Socialstyrelsen tar även fram öppna jämförelser om den sociala barn- och ungdomsvården i samverkan med SKL. Genom de öppna jämförelserna kan en kommun eller en stadsdel jämföra sin verksamhet med andra kommuner och stadsdelar utifrån ett antal indikatorer och bakgrundsmått. Jämförelserna kan också göras med läns- och riksgenomsnitt. En indikator är ett mått som används för att mäta och följa upp kvaliteten i verksamheternas strukturer och processer såväl som verksamheternas resultat. De öppna jämförelserna om den sociala barn- och ungdomsvården avser bl.a. handläggning, strukturerad samverkan mellan socialtjänsten och andra aktörer, handläggarnas kompetens och uppföljning av resultatet av insatser på verksamhetsnivå. De omfattar även indikatorer om hur kommunerna undersökt och använt föräldrars uppfattning om öppna insatser, familjehem och HVB, samlad plan för familjehemmens kompetensutveckling och manualbaserade insatser i öppenvård. Tillsammans med Skolverket har Socialstyrelsen tagit fram öppna jämförelser om placerade barns och ungas skolgång. De öppna jämförelserna avser inte metoder och arbetssätt inom HVB.

Under 2014 hade Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och förbättra Barns behov i centrum (BBIC). Den nya versionen ska ge den sociala barn- och ungdomsvården förutsättningar att stärka rättsäkerheten, öka delaktigheten för barn och unga, förenkla arbetet och bidra till systematisk uppföljning. Den som är ansvarig för en verksamhet ska ha ett ledningssystem för systematisk kvalitetsuppföljning. När det gäller systematisk uppföljning har Socialstyrelsen tagit fram variabler och mått på individnivå som kan

användas för individuell uppföljning, eller på gruppnivå för lokal verksamhetsuppföljning. På sikt ska statistiken även kunna användas för att följa upp arbetet på nationell nivå, exempelvis genom fler öppna jämförelser. Den nya versionen av BBIC, som system för systematisk uppföljning, förutsätter att fungerande IT-stöd utvecklas.<sup>7</sup>

Genom samkörningar av information om placerade barn och unga och de vårdregister som myndigheten ansvarar för kan Socialstyrelsen beskriva och analysera flera viktiga aspekter på placerade barns och ungas hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Det gäller bl.a. förekomst av diagnostiserad ohälsa och läkemedelsanvändning bland barn och unga på HVB. Även samkörningar med andra register är möjliga. Under 2000-talet har registerstudier varit ett av de viktigaste sätten att öka kunskapen om situationen för barn och unga i samhällets vård – både under vårdtiden och efter att vården avslutats.<sup>8</sup>

En viktig del av uppföljningen av den sociala barn- och ungdomsvården är att fånga upp barns och ungas egna upplevelser av och röster om vården. Socialstyrelsen har nu i uppdrag av regeringen att tillsammans med Barnombudsmannen (BO) utveckla och prova en modell för att lyssna på barn i familjehem som på sikt kan användas för uppföljningar av vården. Uppdraget ska avslutas senast den 1 december 2015.

I mars 2015 redovisade Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag om grunddata, indikatorer och uppföljningssystem för vården av barn och unga med psykisk ohälsa som även berör vården för placerade barn och unga.<sup>9</sup>

## Barnombudsmannen

BO har utvecklat ett webbaserat uppföljningssystem, Max 18, med statistik och information som gör det möjligt att följa hur barns levnadsvillkor utvecklas och hur barnets rättigheter tillgodoses i Sverige. Den förra regeringens mål för barnrättspolitikerna har inom

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsen (2015a) s. 22 ff.

<sup>8</sup> Socialstyrelsen(2010) s. 228 ff och Öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård 2014 ([www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga)).

<sup>9</sup> Socialstyrelsen (2015g).

ramen för uppföljningssystemet brutits ned i sex områden: ekonomi, hälsa, utbildning, trygghet, delaktighet samt stöd och skydd. Sammanlagt har hittills drygt femtio indikatorer tagits fram på dessa områden.

Inom området stöd och skydd finns bl.a. tre indikatorer som gäller barn i samhällsvård: barn i vård med placering utanför det egna hemmet, barn i institutionsvård längre än sex månader och återplacerade barn i HVB eller familjehem. Samtliga dessa indikatorer kan visas på nationell nivå och i tabeller där länen jämförs med varandra. Indikatorn barn i vård med placering utanför det egna hemmet kan också visas på kommunnivå. Samtliga uppgifter i Max 18 om barn i samhällsvård kommer från Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga.<sup>10</sup>

## Myndigheten för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys har till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Uppgiften anges i 1 § förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys. Vidare ska myndigheten följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt (2 § 1), kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet (3 § 1) och på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ (3 § 2).

Myndigheten för vårdanalys kommer under 2015 att få ett utvidgat uppdrag som omfattar hela socialtjänstens område. Myndigheten kommer också att byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. För att myndighetens arbete med uppföljning och utvärdering ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv ska vara oberoende av andra myndigheter kommer den att stå utanför det råd för styrning med kunskap som inrättas.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Max18, information på BO:s webbplats ([www.barnombudsmannen.se/max18/](http://www.barnombudsmannen.se/max18/)).

<sup>11</sup> Prop. 2014/15:1 Utgiftsområde 9 s. 66 och 74 f.



## Statens institutionsstyrelse

Ett mer avgränsat uppföljningsuppdrag har Statens institutionsstyrelse (SiS). Enligt 14 a § LVU ska SiS, såväl under som efter avslutad vård, följa upp verksamhet som bedrivs enligt lagen. Bestämmelsen kompletteras med regler i 2 § förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse. Där anges att myndigheten särskilt ska svara för bl.a. uppföljning av vårdresultat. SiS publicerar statistik i årliga rapporter om platser på särskilda ungdomshem, intagningar på särskilda ungdomshem, utskrivningar från särskilda ungdomshem och avvikelser från särskilda ungdomshem. Uppgifterna om intagningar omfattar även orsak enligt vad socialtjänsten angett i ansökan om plats för en ungdom på ett särskilt ungdomshem, främst om de olika kriterierna i 3 § LVU som inte Socialstyrelsens officiella statistik tar upp. Vidare har SiS uppgifter från inskrivnings- och utskrivningsintervjuer samt uppgifter om de särskilda befogenheterna, medarbetarnas kompetens och vårdavgifter.

## Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inga uppgifter som särskilt gäller uppföljning. Genom att, enligt 1 § 1 förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, svara för tillsyn inom bl.a. hälso- och sjukvård och socialtjänst, kan myndigheten ändå bidra med viktigt underlag för uppföljningar och urskilja förhållanden som behöver följas upp. Det gäller inte minst iakttagelser från frekvenstillsynen av HVB och de samtal som IVO då för med placerade barn och unga. IVO använder också en enkät som barn och unga på HVB kan fylla i. Svaren på den enkäten kan användas för kvantitativa beskrivningar och analyser på nationell nivå.

IVO administrerar HVB-registret som innehåller information om de HVB som är verksamma i landet. Arbetet med registret utgår från ett uppdrag i Socialstyrelsens regleringsbrev 2008 att upprätta och årligen revidera en förteckning över hem för vård eller boende. Utgångspunkten för sökning i registret har varit den kommunala socialsekreterarens behov, men registret kan även användas av länsstyrelser, allmänhet, journalister med flera. I HVB-registret kan man bl.a. söka bland parametrar som rör verksam-

hetens inriktning för HVB, typ av verksamhet för HVB, målgrupp (barn, ungdomar, vuxna m.m.), om ett HVB tar emot kvinnor/flickor och/eller män/pojkar, län och driftsform. HVB-registret innehåller ingen information om vilka ungdomar som vårdas på respektive institution.

Enligt 7 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) ska socialnämnden föra en förteckning över de barn som enligt nämndens beslut vistas i familjehem eller efter nämndens medgivande i något annat enskilt hem. Förteckningen ska föras på en särskild blankett. IVO får meddela föreskrifter om den särskilda blanketten. Socialnämnden ska senast den 31 januari varje år ge in en kopia av förteckningen till IVO.

## Andra statliga myndigheter

Domstolsverket ansvarar för den officiella statistiken om domstolarnas verksamhet, bl.a. LVU-mål. I denna målkategori går det att se avgjorda mål efter exempelvis innehållet på målens slutliga avgöranden och var målen avgjorts. Domstolsverkets statistik ger ingen information om olika typer av LVU-ärenden eller om parterna, såsom uppgifter om ålder, kön och medborgarskap.

Statistiska centralbyrån (SCB) ansvarar för officiell statistik om offentlig ekonomi, bl.a. Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting med uppgifter om HVB-vård för barn och unga, familjehemsvård för barn och unga samt öppna insatser för barn och unga (uppdelat på individuellt behovsprövade öppna insatser och andra öppna insatser). Räkenskapssammandraget skiljer inte mellan vård enligt SoL och vård enligt LVU.

Skolverket ska på nationell nivå följa upp och utvärdera skolväsendet. Skolverket ansvarar bl.a. för officiell statistik om förskola, skola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet. Statistiken omfattar uppgifter om betyg, resultat på nationella prov, elever och pedagogisk personal. Statistik från Skolverket har varit en viktig källa för flera studier som genomförts om skolresultat och skolsituation för barn och unga som är eller har varit i samhällsvård. Skolverket genomför även nationella och internationella studier om skolan.

### 19.3.3 Verksamhetsuppföljning – ansvar, underlag och pågående arbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9 (M och S)) anger grundläggande krav på verksamhetsuppföljning inom LVU-området liksom inom övriga delar av socialtjänsten samt inom hälso- och sjukvården. Föreskrifterna ska enligt 1 kap. 1 § tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i bl.a. sådan verksamhet som omfattas av 3 kap. 3 § tredje stycket SoL. I sådan verksamhet inkluderas även verksamhet som bedrivs enligt LVU.

I föreskrifternas 3 kap. finns regler om ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planeras, ledas, kontrolleras, följas upp, utvärderas och förbättras.

Enligt föreskrifternas 5 kap. 2 § ska egenkontroll göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Med egenkontroll avses enligt 2 kap. 1 § systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

I allmänna råd till regeln om egenkontroll rekommenderar Socialstyrelsen att egenkontrollen kan innefatta

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355),
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,

- analys av uppgifter från patientnämnder, och
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Utöver de uppgifter som kommunerna rapporterar till statliga myndigheter för officiell statistik, öppna jämförelser m.m. finns det uppgifter i deras ärendehanteringssystem som kan användas för lokal uppföljning. Utvecklingen av BBIC kan bidra till att sådana uppgifter lättare kan användas för uppföljning på lokal nivå och att de i vissa fall kan aggregeras på nationell nivå. Det pågår även andra utvecklingsarbeten inom området. Ett antal kommuner deltar i arbetet med Uppföljning av insatser för Barn och Unga (UBU) som drivs av NUSO (Nationella utvecklingsråd inom Sociala områden). UBU är en strukturerad intervjumetod för samtal mellan socialsekreterare, barn, unga och vårdnadshavare, där frågor om erfarenheter av vårdinsats ställs i samband med att insatsen avslutas. Utifrån svaren byggs en databas upp som möjliggör för socialtjänsten i olika kommuner att utbyta erfarenheter om kvaliteten hos exempelvis olika HVB.<sup>12</sup>

Nationella organisationer för huvudmän och verksamheter arbetar för att öka möjligheterna till lokal uppföljning och lokala jämförelser. SKL är engagerat i bl.a. utvecklingen av BBIC och i att förbättra kommunernas IT-stöd, vilket är en förutsättning för fortsatt arbete inom området. Svenska Vård har pekat på de möjligheter till uppföljning av HVB-vården som UBU ger.<sup>13</sup>

## **19.4 Tidigare förslag om förbättrade uppföljningsmöjligheter**

### **19.4.1 Generella förslag om socialtjänststatistik och verksamhetsregister**

Under senare år har Socialstyrelsen lämnat ett par förslag på förbättrad statistik om den sociala barn- och ungdomsvården. Dessa förslag avser inte direkt tvångsvården. Om de genomförs så förbättras dock

---

<sup>12</sup> Lindqvist E (2014) s. 9 och 71; Fredin M & Nilsson D (2015) och "Uppföljning för barn och unga" ([www.diosentic.com/produkter/dioevidence-ubu/](http://www.diosentic.com/produkter/dioevidence-ubu/)).

<sup>13</sup> "IT-stöd för BBIC", information på SKL:s webbplats ([www.skl.se](http://www.skl.se)) och Fredin M & Nilsson D (2015).

möjligheterna att beskriva och analysera den samlade barn- och ungdomsvård där tvångsvården ingår.

Det första förslaget gäller utveckling av den officiella statistiken för barn och unga inom socialtjänsten, särskilt öppenvården. Socialstyrelsen vill i ett första skede införa en ny variabel, ”skäl till insats”. Det kräver ett klargörande beträffande möjligheten att samla in känsliga personuppgifter i bilagan till förordningen (2001:100) om den officiella statistiken nödvändigt. De uppgifter som behöver samlas in om skäl till insats utgörs av känsliga personuppgifter om t.ex. ungdomars drogmissbruk, föräldrars omsorgs- svikt, ohälsa eller övergrepp mot barn. I ett senare skede kan det bli aktuellt att även samla in uppgifter om anmälningar och ansökningar samt skälen till dem.<sup>14</sup>

Socialstyrelsen har senare till regeringen lämnat ett förslag om statistik för att följa utvecklingen avseende anmälningar som rör barn och unga. Förslaget innebär att regelverket för insamling av statistiska uppgifter, förordningen (1981:1370) om skyldigheter för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter, ändras så att kommunerna blir skyldiga att lämna vissa aggregerade data till Socialstyrelsen. Uppgifterna föreslås avse antal anmälningar, antal unika individer som anmäls, de anmälda individernas ålder och kön, kategorier av uppgiftslämnare, orsaker till anmälan och antal inledda utredningar. Inhämtandet av uppgifter föreslås ske i samband med den årliga insamlingen av uppgifter till den officiella statistiken om individinsatser inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. På sikt skulle uppgifterna kunna ingå i den officiella statistiken.<sup>15</sup>

I båda dessa fall har Socialstyrelsen betonat vikten av att utvecklingsarbetet samordnas med arbetet med BBIC.

Socialstyrelsen har under 2015 också föreslagit att ett nationellt verksamhetsregister ska inrättas. Ett sådant register är, enligt myndigheten, en förutsättning för att det i framtiden ska vara möjligt att på ett tillförlitligt och effektivt sätt kunna inhämta uppgifter och redovisa öppna jämförelser på verksamhetsnivå. Socialstyrelsen anser att de olika verksamhetsregister som i dag finns hos IVO och SCB inte motsvarar myndighetens behov. Registret behöver beskriva alla utförare av socialtjänst och hemsjukvård, vara

---

<sup>14</sup> Socialstyrelsen (2009a) s. 10 ff.

<sup>15</sup> Socialstyrelsen (2012) s. 34 ff.

strukturerat utifrån hur verksamheterna är organiserade och kontinuerligt uppdateras. Kommuner och andra utförarens uppgiftslämnarbörda skulle också minska avsevärt med ett gemensamt register.<sup>16</sup>

När det gäller den nuvarande folkbokföringen har Socialstyrelsen pekat på de problem som följer av att barn som föds av asylsökande och papperslösa inte kan identifieras genom person- eller samordningsnummer. För dessa barn och unga kan det begränsa möjligheterna att få sina rättigheter erkända och uppfyllda enligt barnkonventionen.<sup>17</sup> För den befintliga statistiken om socialtjänstens insatser innebär det också problem att beskriva omfattningen av bl.a. insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården och vilka som berörs av dem.

#### 19.4.2 Familjehemsvård

Möjligheterna att beskriva familjehemsvården för barn och unga är mycket små, trots att vården är omfattande och har stor betydelse för många barns och ungas uppväxtförhållanden under kortare eller längre tid. Det förs ingen statistik över hur många familjehem det finns i Sverige. I början av 2000-talet gjordes en grov uppskattning av Familjehemmens Riksförbund att det fanns 8 000 aktiva familjehem. Det finns emellertid en bestämmelse om insamling av uppgifter om bl.a. familjehem. Enligt 7 kap. 1 § SoF ska socialnämnden föra en förteckning över de barn som, enligt nämndens beslut, vistas i familjehem eller efter nämndens medgivande i något annat enskilt hem. Socialnämnden ska senast den 31 januari varje år ge in en kopia av förteckningen till IVO. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter med anledning av denna skyldighet, som innehåller en blankett som ska användas. På denna blankett ska, förutom barnets namn och personnummer även familjehemsföräldrarnas namn anges och i vilken kommun hemmet är beläget m.fl. uppgifter lämnas.<sup>18</sup>

I samband med ett regeringsuppdrag om gränsdragningen mellan olika placeringsformer för barn och unga har Socialstyrelsen efterfrågat uppgifter via dessa förteckningar. I redovisningen av

---

<sup>16</sup> Socialstyrelsen (2015e) s. 20.

<sup>17</sup> Socialstyrelsen (2010) s. 7, 14 och 286.

<sup>18</sup> SOU 2014:3 s. 221.

uppdraget konstaterade Socialstyrelsen att det inte gått att få in uppgifter från mer än 62 procent av kommunerna, trots påminnelser. Socialstyrelsen föreslog mot den bakgrunden att frågan om ett nationellt familjehems- och jourhemsregister ska utredas. Socialstyrelsen anser att det finns ett behov av att kunna följa utvecklingen kontinuerligt, t.ex. beträffande antalet familje- och jourhem i landet, hur många barn och unga som finns i större sådana hem, lagrum för beslut, vistelsetider, utvecklingen av konsulentstöd verksamhet m.m. Införandet av ett register skulle innebära en utvidgning och utveckling av arbetet med förteckningarna över familjehemsplacerade barn.

Insamlandet av uppgifter till registret kan, enligt Socialstyrelsens bedömning, ske i samband med och med samma teknik som vid den årliga inrapporteringen om insatser för barn och unga inom socialtjänsten. Därigenom kommer insamlandet av uppgifter om familje- och jourhem in i ett naturligt sammanhang.

Utöver de uppgifter som redan ska lämnas genom förteckningarna skulle en utvidgad insamling kunna omfatta uppgifter om t.ex.

- familjehems- och jourhemsföräldrar med personnummer,
- ungdomar 18–20 år placerade i familjehem,
- information om placerade barn och ungdomar är syskon,
- barn och ungdomar i jourhem,
- konsulentstödda familjehem, och
- ensamkommande asylsökande barn och ungdomar.

Socialstyrelsen bedömer att ett familje- och jourhemsregister av detta slag skulle kunna användas som underlag för tillsyn, utredningar, forskning och annan kunskapsutveckling inom området barn- och ungdomsvård. En utredning bör väga användningsområden och nyttan av ett register mot frågor om uppgiftslämnarbörda och kostnader. Etiska överväganden måste göras rörande ett nationellt register över familje- och jourhemsföräldrar och definitioner av begrepp m.m. måste ses över. Vidare måste gällande regelverk anpassas till en utvidgad insamling och inrättandet av ett

sådant register. Ytterligare en fråga är vilken myndighet som ska ansvara för insamling och registret i övrigt.<sup>19</sup>

### 19.4.3 HVB

I kapitel 16 beskrivs ett antal problem inom institutionsvården som gör det svårt att följa upp och bedöma vårdens innehåll och kvalitet, inte minst i förhållande till kostnaderna för den. National-ekonomen Erik Lindqvist har i en rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) föreslagit ett heltäckande register för dygnsvården. Ett sådant register skulle bl.a. kunna användas för förbättrade kvalitetsmätningar hos olika HVB och övervakning av utvecklingen avseende vårdtider. I förlängningen skulle registret kunna bidra till utvecklingen mot en mer evidensbaserad socialtjänst.

Den information om vård i HVB som samlas in i dag är utspridd på flera olika register och aktörer. Lindqvist hävdar att värdet av den information som i dag samlas in skulle bli större om den sammanställdes i ett enda nationellt register. Konkret skulle ett sådant register kunna åstadkommas genom att en sammanslagning av IVO:s HVB-register och Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Detta samlade register kan sedan kompletteras med mer detaljerad information om ungdomarnas bakgrund, samt med erfarenheter av avslutade placeringar från kommunernas ärendehanteringssystem.<sup>20</sup>

Utifrån ett uppföljnings- och forskningsperspektiv är det extra värdefullt att kunna koppla specifika aspekter av kvalitet till ungdomarnas utfall senare i livet, anser Lindqvist. Det kräver dock – förutom data om utfall och detaljerade frågor om kvalitet – också information om ungdomarnas bakgrund. Registret skulle även göra det möjligt att genomföra en rad olika studier om dygnsvården, som i dag inte är möjliga eftersom kostnaden för datainsamling är alltför hög utifrån. Det gäller inom bl.a. dessa frågeområden: Vad är effekten av olika insatser? Påverkar privata HVB vårdtiden? Vilka typer av ungdomar bör (och bör inte) placeras på samma

---

<sup>19</sup> Socialstyrelsen (2013e) s. 25 f.

<sup>20</sup> Lindqvist (2014) s. 73 ff.



institution vid samma tillfälle? Vilka faktorer på institutionsnivå (personalens antal och utbildning, inriktning på vården, etc.) är förknippade med bättre utfall för ungdomarna efter avslutad vård?<sup>21</sup>

Ett par möjliga risker med ett nationellt kvalitetsregister diskuteras i Lindqvists rapport.

Den första risken utgörs av det faktum att registret skulle innehålla känslig information, vilket kan komma att kränka de placerade ungdomarnas integritet, särskilt när vården ges utan samtycke. Personuppgifterna i registret skulle dock omfattas av sedvanlig sekretess och bara vara tillgängliga för en mycket liten grupp tjänstemän.

Den andra risken är att användning av uppgifter från registret kan ha oönskade konsekvenser på marknads funktionssätt. Ett exempel är att HVB kan sträva efter att undvika placeringar av ungdomar som man misstänker kan resultera i dåliga utvärderingar. Ett sätt att minska denna risk är att ta hänsyn till ungdomarnas problem vid placeringstillfället när man sammanställer uppgifter om socialtjänsternas upplevda kvalitet.<sup>22</sup>

#### 19.4.4 Samband med forskning och utveckling

Bo Vinnerljung och Tore Andreassen har tagit upp flera frågor som även berör systematisk uppföljning i en kunskapsöversikt om barn och unga i samhällsvård som de skrivit för Forte. Flera av de kunskapsluckor och forskningsbehov som de nämner berör systematisk uppföljning. De pekar på behovet av fler uppföljningar och utvärderingar av hur institutionsvården för barn och unga fungerar. I ett första skede behövs det försök med före- och eftermätningar med standardiserade instrument, konstaterar de. I ett andra skede kan det vara aktuellt med experimentella studier av vanliga behandlingsmetoder.

Vidare bedömer Vinnerljung och Andressen att det behövs kartläggningar av psykisk ohälsa med diagnostiska instrument för att förbättra prioriteringsunderlaget samt praktisknära försök där

---

<sup>21</sup> A.a. s. 80 ff.

<sup>22</sup> A.a. s. 73–79 och 91.

socialtjänsten tillförs medicinsk eller pedagogisk kompetens. Det skriver att det också vore värdefullt att i andra regioner göra om en sydsvensk studie om förekomst av somatisk ohälsa bland placerade barn och unga. Det skulle ge ett fastare underlag för en nationellt användbar modell för hälsokontroll och hälsobevakning.<sup>23</sup>

## 19.5 Utredningens överväganden och förslag

### 19.5.1 Inledande överväganden

En väl fungerande styrning med kunskap och former för systematisk uppföljning är avgörande för att mål och krav för samhällsvården av barn och unga ska kunna uppfyllas. Styrning med kunskap och systematisk uppföljning berör praktiskt taget alla frågor som behandlas i detta betänkande och alla aktörer som har någon del av ansvaret för dessa frågor. Ytterst handlar det om att barnrättsperspektivet ska få genomslag i det dagliga arbetet med samhällsvård för barn och unga.

Enligt artikel 25 i barnkonventionen erkänner konventionsstaterna rätten för ett barn som omhändertagits av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa till regelbunden översyn av den behandling som barnet får och alla andra omständigheter rörande barnets omhändertagande. Denna rätt avser uppföljning på individnivå, men kräver enligt utredningens bedömning att det också i övrigt finns en systematisk uppföljning av samhällets skydd och vård för barn och unga. Vidare kräver denna rätt att barns och ungas egna erfarenheter och synpunkter tas till vara i denna uppföljning på alla nivåer.

Vid allt lagstiftningsarbete är regleringens inverkan och genomslag i praktiken en grundläggande fråga. Det gäller även för implementeringen av ett barnrättsperspektiv. Som framgår av Titti Matssons artikel i bilaga 3 har forskning inom barnrätten visat tydliga och oroande signaler om att lagstiftningsåtgärder för barn ofta inte får den effekt som varit avsedd. För en reell förändring i praktiken krävs en ömsesidig utveckling av lagreglering och annat

---

<sup>23</sup> Forte (2015) s. 8.

författningsstöd, en kunnig och kompetent verksamhet med resurser och stöd att förverkliga regelverket i praktiken samt utvecklade rutiner för uppföljning, återkoppling och tillsyn för att kvalitetssäkra verksamheten utifrån bl.a. ett barnrättsligt perspektiv.

Såväl styrning med kunskap som systematisk uppföljning förutsätter arbete på flera nivåer. Staten har i båda fallen en viktig roll för att främja, stödja och bidra till effektiva strukturer för arbetet utifrån behov och förutsättningar hos huvudmän, verksamheter och professioner. Staten har också en särskild uppgift när det gäller att bedöma måluppfyllelsen och överväga om det behövs ytterligare åtgärder för att förbättra den.

Vård med stöd av LVU är en del av det samlade arbetet för barn och unga i samhällsvård, och av den sociala barn- och ungdomsvården i stort. Det fortsatta arbetet med styrning med kunskap och systematisk uppföljning inom LVU-området behöver också ses som delar av de insatser som görs i övrigt inom dessa områden. Det finns dock starka skäl att synliggöra den vård som bedrivs med tvång och säkerställa att den utgår från mänskliga fri- och rättigheter, är etiskt försvarbar och bedrivs med bästa tillgängliga kunskap. Goda och tillförlitliga beskrivningar av hur denna vård fungerar behövs som underlag för fortsatt utveckling av den.

### 19.5.2 Statlig styrning med kunskap

**Utredningens bedömning:** SiS bör bli en resurs i den statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i frågor som gäller institutionsvård för barn och unga. Det nationella utvecklingscentrumet för familjehemsvård som utredningen tidigare föreslagit bör också ses som en resurs i den statliga styrningen med kunskap i frågor om familjehemsvård.

Den statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård är under utveckling. Det ökar möjligheterna till en väl fungerande styrning med kunskap också inom de områden som utredningen behandlar. Regeringen har också pekat på att de förändringar som genomförs under 2015 utgår från att sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst måste betonas för att möta patienters och brukares sammansatta behov, vilket i hög grad

gäller för barn och unga i samhällsvård. Utredningen vill dock framhålla betydelsen av att barnrättsperspektivet beaktas i alla delar av den statliga styrningen med kunskap som gäller insatser för barn. Styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver också kompletteras med former för samverkan med de statliga myndigheterna inom skolområdet när det gäller vård och andra insatser för barn och unga.

Regeringens förslag till utvecklad styrning med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård omfattar inte uttryckligen SiS, trots att den myndigheten har en särskild uppgift att bedriva och stödja forskning och utveckling inom sitt område. SiS arbetar redan med att göra resultaten av detta arbete tillgängligt för andra aktörer. Utredningen bedömer att det ändå finns skäl att betona SiS som en resurs för styrningen med kunskap, inte minst i förhållande till andra aktörer inom institutionsvården. Socialstyrelsen bör som nav för den statliga styrningen med kunskap uppmärksamma att SiS kan behöva inkluderas i frågor som gäller institutionsvård för barn och unga.

Det nationella utvecklingscentrumet för familjehemsvård som utredningen föreslog i sitt delbetänkande (SOU 2014:3) bör också ses som en resurs i de delar av den statliga styrningen med kunskap som berör familjehemsvård.

Utredningen föreslår i detta betänkande flera uppdrag om förbättrat kunskapsstöd till huvudmän, verksamheter och professioner. Utöver det finns det generella aspekter på den fortsatta styrningen med kunskap som är särskilt angelägna i förhållande till de frågor som utredningen behandlar. Det gäller bl.a. kompetensen inom institutionsvården, inte minst vid kommunalt och enskilt drivna HVB, vilket innebär att företrädare för dessa verksamheter bör vara viktiga att involvera i styrningen med kunskap. Alla aktörer som möter barn och unga i samhällsvård behöver också kunskap om olika former av psykiska funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa hos barn och unga. Särskilt viktigt är det i institutionsvården som tar emot barn och unga med beteendeproblem. Inte minst inom det området har SiS viktig kunskap som behöver tas till vara inom den samlade institutionsvården.

### 19.5.3 System för uppföljning

**Utredningens förslag:** Myndigheten för vårdanalys ska ges i uppdrag att utarbeta ett förslag till ett system för uppföljning av vård i familjehem och HVB. Systemet ska göra det möjligt att följa måloppfyllelsen i vård med stöd av LVU, men avse samhällsvården i stort för barn och unga. Barns och ungas erfarenheter av vården ska fångas upp i systemet och vara en viktig utgångspunkt för beskrivningar och analyser. I uppdraget bör ingå att bedöma hur dagens underlag kan användas på ett systematiskt och samordnat sätt, vilka kompletteringar som behövs och vilka regeländringar som detta kan kräva.

Förutsättningarna för att följa upp vården för placerade barn och unga är i dag mycket varierande. På nationell nivå har flera myndigheter ansvar och pågående arbeten som berör uppföljning inom området, men det saknas systematik och samordning.

Dessa frågor berörs bara delvis av den utveckling som nu pågår av den statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Viktiga aktörer som SiS, BO och de statliga myndigheterna inom skolområdet har inte någon tydlig roll i den utvecklingen. Regeringen har också bedömt att Myndigheten för vårdanalys ska ha en oberoende ställning i förhållande till rådet för styrning med kunskap. Myndigheten ska dock få ett breddat uppdrag och ansvara för uppföljning på nationell nivå ur ett brukar- och patientperspektiv inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

De mål och krav som utredningen föreslår i den nya LVU behöver kopplas till ett system för uppföljning av tillämpning och måloppfyllelse. Målen behöver därför göras mät- och uppföljningsbara genom indikatorer som kan följas genom statistik och annan information om vården, dess förutsättningar och dess resultat. Men det kräver också att kvalitativ information från bl.a. samtal med barn och unga kan användas som underlag för en samlad bedömning. Ett system för uppföljning av vård med stöd av LVU måste dessutom utformas som en del av ett större uppföljningssystem av samhällsvården för barn och unga och ta till vara bl.a. den information som blir tillgänglig genom öppna jämförelser och den utveckling av BBIC som nu pågår.

Tillgången till underlag för uppföljning är i dag ytterst varierande. Medan det finns en relativt god tillgång till statistik om beslutade placeringar är det svårare att följa familjehems- och institutionsvården över tid samt flöden mellan olika institutioner och exempelvis hälso- och sjukvården. Det är i vissa delar också svårt att urskilja vård enligt LVU i förhållande till social barn- och ungdomsvård enligt SoL, det gäller såväl verksamheten vid HVB som kommunernas utgifter för insatser enligt LVU. Viktiga steg har tagits för att tala med placerade barn och unga, men det är inte tydligt hur deras erfarenheter och synpunkter ska användas för att följa och utveckla vården.

Utredningen föreslår att Myndigheten för vårdanalys (som kommer att byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) får i uppdrag att utarbeta ett förslag till ett system för uppföljning av vård i familjehem och HVB. Myndigheten kommer som nämnts att vara oberoende i förhållande till de myndigheter som ansvarar för den statliga styrningen med kunskap och ska utgå från ett brukar- och patientperspektiv.

Systemet ska göra det möjligt att följa måluppfyllelsen i vård med stöd av LVU, men avse samhällsvården i stort för barn och unga. Barns och ungas erfarenheter av vården ska fångas upp i systemet och vara en viktig utgångspunkt för beskrivningar och analyser. I uppdraget bör ingå att bedöma hur dagens underlag kan användas på ett systematiskt och samordnat sätt, vilka kompletteringar som behövs och vilka regeländringar som detta kan kräva. I förhållande till LVU är det viktigt att prioritera barnrättsperspektivets genomslag för likvärdighet, rättssäkerhet, barns och ungas delaktighet i vården och tillgången till olika välfärdsresurser för placerade barn och unga.

Andra frågor som särskilt bör kunna följas upp gäller samverkan om hälsa och utbildning, trygghet och stabilitet för barn som placeras tidigt eller under lång tid, innehåll och kvalitet i vården och långsiktiga resultat av vården. Det är också viktigt att organisatoriska och ekonomiska förändringar av betydelse för innehåll och kvalitet uppmärksammas. Det gäller t.ex. inom familjehemsområdet, där utredningen ser tecken på alltmer kortsiktiga åtaganden inom familjehemsvården och framväxten av en ”familjehemsmarknad” med ekonomiska drivkrafter. Med ett system för uppföljning bör det vara möjligt att beskriva utvecklingen och analysera vad den

betyder för kvalitet och trygghet för barn som behöver en långsiktig placering. Ett system för uppföljning bör också ge underlag för bedömningar av vilken roll som HVB i olika regi spelar för barn och unga med olika behov och beskriva hur flödena mellan HVB i olika regi och med olika inriktning ser ut.

I uppdraget bör vidare ingå att beskriva hur systemet ska ge huvudmän, verksamheter och professioner tillgång till information som de kan använda för att utveckla och förbättra det egna arbetet. Möjligheterna att ge barn och unga återkoppling från systemet bör också analyseras inom ramen för uppdraget.

Det bör dessutom ingå i uppdraget att föreslå ansvarsfördelning för det fortsatta arbetet med uppföljningssystemet.

Uppdraget bör genomföras i samverkan med berörda statliga myndigheter som bl.a. Socialstyrelsen, IVO, BO och SiS samt andra berörda aktörer som SKL, företrädare för verksamheter, professioner och forskare inom området. Det är viktigt att även myndigheter inom skolområdet deltar i arbetet. Barn och unga med egna erfarenheter av samhällsvård ska så långt som det är möjligt delta i arbetet med uppdraget.

#### 19.5.4 Förbättrat underlag för styrning med kunskap och uppföljning

**Utredningens bedömning:** IVO behöver se över och utveckla arbetet med tillståndsgivning och tillsyn om utredningens förslag till en ny LVU genomförs. En fortsatt systematisering av det som framkommer vid IVO:s samtal med placerade barn och unga är angelägen.

Det är angeläget att regeringen går vidare med Socialstyrelsens förslag om en utredning av förutsättningarna för ett familjehemsregister.

Regeringen bör initiera ett fortsatt och systematiskt arbete för att lyssna på barn och unga i familjehem utifrån resultat och slutsatser från Socialstyrelsens och BO:s pågående uppdrag inom det området.

## Utveckling av tillsyn och tillståndsgivning

Om utredningens förslag om nya krav inom den vård som ges med stöd av LVU genomförs, behöver IVO se över och utveckla möjligheterna att arbeta med dessa nya regler vid tillståndsgivning och tillsyn. Det ligger inom ramen för IVO:s uppdrag att göra detta och det ska därför inte behövas något särskilt uppdrag till myndigheten. En utveckling av formerna för tillståndsgivning och tillsyn vid vård med stöd av LVU kan ge ytterligare underlag för styrning med kunskap och systematisk uppföljning.

Det ligger också inom ramen för IVO:s uppdrag att fortsätta arbetet med att systematisera erfarenheter och synpunkter som framkommer vid samtal med barn och unga vid inspektioner av HVB och vid de samtal och brev som kommer till myndigheten från placerade barn och unga. Det bör t.ex. bli aktuellt att särskilt belysa erfarenheter och synpunkter från barn och unga som vårdas med någon form av tvång.

## Förbättrad statistik och utveckling av register

De förslag som Socialstyrelsen lämnat till regeringen om förbättrad statistik om den sociala barn- och ungdomsvården kan förbättra förutsättningarna för styrning med kunskap och uppföljning. Ur utredningens perspektiv är särskilt förslaget om en utredning om förutsättningarna för ett familjehemsregister viktigt. Det förs ingen statistik över hur många familjehem det finns i Sverige. Trots regeln i 7 kap. 1 § SoF om att socialnämnden ska föra en förteckning över de barn som, enligt nämndens beslut, vistas bl.a. i familjehem har det visat sig vara svårt att få in sådana uppgifter från kommunerna. I praktiken gör det att möjligheterna att följa och analysera utvecklingen av antalet familjehem och den vård som ges där är mycket begränsad. Mot bakgrund av den centrala roll som familjehemsvården spelar i samhällsvården för barn och unga är detta inte acceptabelt.

Även möjligheterna att utveckla registren inom institutionsvården är viktiga att uppmärksamma. Utredningen konstaterar att den frågan ansluter till direktiven för den särskilde utredare som på regeringens uppdrag ska utreda förutsättningarna för ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärds-



tjänster. Den utredaren ska bl.a. analysera och föreslå vilken statistik och annan information som bör finnas tillgänglig för att kunna följa upp andelen aktörer med vinstsyfte respektive idéburna aktörer inom välfärdsområdet, inklusive HVB.<sup>24</sup>

### **Fortsatt arbete för att lyssna på barn i familjehem**

Socialstyrelsen och BO arbetar med ett regeringsuppdrag om en modell för att lyssna på barn i familjehem. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2015. Utredningen bedömer att regeringen, utifrån de resultat och slutsatser som det pågående uppdraget leder till, bör initiera ett fortsatt arbete för att lyssna på barn och unga i familjehem. Barn och unga som är placerade i HVB erbjuds samtal med IVO:s inspektörer inom ramen för frekvenstillsynen av institutionsvården. Något motsvarande arbete för att regelbundet samla in erfarenheter och synpunkter från barn och unga i familjehem finns inte. Denna grupp barn och unga måste också komma till tals på ett systematiskt sätt i uppföljningar på lokal och nationell nivå.

---

<sup>24</sup> Dir. 2015:22 s. 21.

## 20 Konsekvenser av förslagen

### 20.1 Uppdraget

Enligt direktiven ska utredningen redovisa konsekvenserna av sina förslag om de påverkar kostnader eller intäkter för staten, landsting, kommuner, företag eller andra enskilda. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting ska utredningen föreslå en finansiering. Om betänkandet innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagets kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges.

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av utredningens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska dessa konsekvenser och de särskilda avvägningar som lett till förslagen särskilt redovisas.

Vidare ska utredningen göra en barnkonsekvensanalys, och dess arbete ska präglas av ett jämställdhetsperspektiv.

Av 15 a § kommittéförordningen (1998:1474) framgår att konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

### 20.2 Förutsättningar för konsekvensanalyser

#### 20.2.1 Kommittéförordningen

Enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för kostnader och intäkter för staten, kommuner, landsting, företag eller andra

enskilda. En beräkning av eventuella konsekvenser samt, i förekommande fall, förslag till finansiering ska också redovisas i betänkandet.

Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska dessa redovisas. Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också redovisas.

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler ska föreskrifternas konsekvenser redovisas i en konsekvensutredning i enlighet med bestämmelserna i 6 och 7 §§ förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning.

## 20.2.2 Finansieringsprincipen

Vid beredning av förslag som har ekonomiska konsekvenser för kommuner och landsting ska en bedömning göras av de kommunalekonomiska effekterna och om den kommunala finansieringsprincipen ska tillämpas. Finansieringsprincipen har godkänts av riksdagen och tillämpas sedan 1993.<sup>1</sup> Enligt riksdagsbeslut 1994 har vissa preciseringar gjorts av tillämpningen.<sup>2</sup>

Kommuner och landsting bör inte åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Om statsmakterna fattar beslut som gör att den kommunala verksamheten kan bedrivas billigare bör statsmakterna på motsvarande sätt minska de statliga bidragen. Finansieringsprincipen ska tillämpas för hela kommunsektorn. Principen omfattar enbart statligt beslutade åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten. Principen gäller när riksdag, regering eller myndighet fattar bindande beslut om ändrade regler för verksamhet. Som huvudregel gäller att principen inte omfattar frivillig verksamhet.

---

<sup>1</sup> Prop. 1991/92:150 del II avsnitt 4.4.2.

<sup>2</sup> Prop. 1993/94:150 bilaga 7 avsnitt 2.5.1.

Principen omfattar inte statliga beslut om åtgärder som inte tar direkt sikte på, men som ändå får direkta ekonomiska effekter för kommunsektorn. Effekterna av sådana åtgärder ska däremot beaktas vid bedömningen som görs av det skattefinansierade utrymmet i samband med fastställandet av statsbidragsramen.

Finansieringsprincipen tillämpas vid följande situationer:

- Nya uppgifter, som inte tidigare har tillhandahållits av kommunsektorn, görs obligatoriska (t.ex. överföring av uppgifter från staten till kommunerna).
- Frivilliga uppgifter blir obligatoriska för kommunerna och landstingen.
- Det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller regelverket som styr kommunernas och landstingens verksamhet avregleras.
- Ändrade ambitionsnivåer för befintliga kommunala uppgifter, vilket kan innebära både ökade och minskade ambitionsnivåer. En minskad ambitionsnivå innebär en minskning av statens bidrag till kommunsektorn och vice versa.
- Regeländringar som påverkar kommunernas möjligheter att ta ut avgifter eller påverkar kommunernas möjligheter till andra inkomster.

I de fall en uppgift som tidigare varit frivillig görs obligatorisk ska utgångspunkten vid finansieringsprincipens tillämpning vara att hela regleringen ska ske "från botten", dvs. regleringen bör avse hela kostnaden, således även den del av verksamheten som tidigare har tillhandahållits av kommunerna på frivillig basis. En bedömning kan emellertid göras från fall till fall om kommunernas befintliga kostnader helt eller delvis ska avräknas kompensationen från staten. Slutligen är detta en förhandlingsfråga mellan staten och företrädare för kommunerna respektive landstingen.

I följande fall tillämpas inte finansieringsprincipen:

- Förändringar avseende direkta skatter som påverkar det kommunala skatteunderlaget t.ex. förändringar i grundavdraget.
- Förändringar avseende indirekta skatter, t.ex. arbetsgivaravgifter och mervärdesskatt.

- Förändringar i exempelvis transfereringssystemen som ger effekter på det kommunala skatteunderlaget eller de kommunala utgifterna.
- Kommunsektorn får förändrade kostnader till följd av demografiska eller tekniska förändringar.
- Kommunsektorn får förändrade kostnader som är orsakade av den allmänna pris- och löneutvecklingen.
- Förändringar görs som åsamkar kommuner och landsting ökade kostnader på samma sätt som andra arbetsgivare, t.ex. ändrade karensregler i sjukförsäkringen.
- Förändringar görs i statlig verksamhet som får indirekta effekter på kommunerna t.ex. ökad eller minskad utbildningsvolym i arbetsmarknadsutbildning eller högskola.

Hänsyn tas dock till effekterna av ovanstående förändringar vid bedömningen av nivån på statens bidrag till kommunerna och landstingen utifrån det samhällsekonomiska utrymmet och den kommunala ekonomin. Därför måste sådana effekter beräknas för samtliga förslag.<sup>3</sup>

### 20.3 Konsekvenser för barn och unga

**Utredningens bedömning:** Den nya LVU stärker, tillsammans med vissa andra författningsändringar, barnrättsperspektivet i samhällets insatser för barn och unga. Det gäller både rätten till skydd och vård i vissa situationer och rätten till god vård när ett beslut om insats är fattat. Samhällets åtagande för stöd och hjälp efter en placering förtydligas också i utredningens samlade förslag. Utöver författningsändringarna bidrar utredningens förslag om nationellt kunskapsstöd och fortsatt kunskapsutveckling till att barn och unga tillförsäkras skydd och att vården förbättras.

<sup>3</sup> Finansdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, gemensamt informationsmaterial om finansieringsprincipen ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) och <http://skl.se/>).

Utredningens huvuduppgift är att stärka barnrättsperspektivet i tvångsvården för barn och unga och i vissa andra delar av den övriga sociala barn- och ungdomsvården.

I sitt arbete har utredningen beaktat huvudprinciperna i barnkonventionen och flera sakartiklar i konventionen. Artikel 3 om barnets bästa har varit vägledande i alla delar av arbetet.

Utredningen har lagt stor vikt vid barns och ungas erfarenheter och synpunkter på de insatser som uppdraget avser. Flera studier av detta har ingått i utredningens underlag. Utredningen har också haft direkt kontakt med flera barn och unga med egen erfarenhet av att vara placerad med stöd av LVU.

### **20.3.1 Stärkt barnrättsperspektiv med ökad trygghet och säkerhet för barn och unga**

Utredningens förslag innebär en samlad reform av tvångsvården för barn och unga och av vissa andra delar av den sociala barn- och ungdomsvården.

Huvudförslaget är en ny lag om tvångsvård för barn och unga, i betänkandet kallad den nya LVU. En mer sammanhängande och tydligare disponerad lag underlättar för barn och unga i denna vård att förstå vilka regler som gäller, vilka rättigheter de har och vad de kan förvänta sig av insatserna. Den kunskapen är nödvändig för att barn och unga ska vara aktörer med egna rättigheter inom tvångsvården.

För att samhället ska kunna tillförsäkra barn och unga skydd och vård i vissa situationer där detta annars inte är möjligt med deras eller deras vårdnadshavares samtycke måste tvångsvården vara legitim och utföras med höga krav på rättssäkerhet och kvalitet. Det samlade förslaget till ny LVU innebär att dessa krav blir tydligare också för de som ska tillämpa lagen och ge insatser med stöd av den. Därmed stärks barns och ungas rätt till skydd och vård på likvärdiga villkor i hela landet.

En central del av barnrättsperspektivet är barns och ungas rätt till information och att komma till tals. Utredningen föreslår att bestämmelserna om detta i den nya LVU samlas så att det blir lättare för barn och unga att få kunskap om dem och ställa krav på delaktighet. Bestämmelserna ska också kompletteras med regler om att informationen så långt möjligt ska anpassas till den enskildes

ålder, mognad, erfarenhet och andra individuella förutsättningar och att den som lämnat informationen ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet och betydelsen av det (avsnitt 5.8.5). De föreslagna reglerna stärker varje barns och ung persons rätt till delaktighet i de insatser som de ges.

Utredningens förslag till ny LVU tydliggör också samhällets ansvar under tiden som vård utanför det egna hemmet ges med stöd av lagen och i samband med att vården avslutas. Tydligare krav på bl.a. kvalitet och kontinuitet i vården samt samverkan mellan huvudmän bedöms stärka placerade barns och ungas möjligheter till utveckling, god hälsa och utbildning. Även detta måste, enligt utredningens bedömning, vara grundläggande för att inslag av tvång i insatser med stöd av den nya LVU ska vara legitima.

Sammantaget bedömer utredningen att den nya LVU, tillsammans med vissa andra författningsändringar, stärker barnrättsperspektivet när det gäller rätten till skydd och vård i situationer där samtycke från vårdnadshavaren eller den unge saknas. Utredningen bedömer vidare att den nya LVU stärker rätten till god vård för barn och unga när ett beslut om insats enligt lagen är fattat.

På några punkter föreslår utredningen förändringar som bedöms bidra till förbättringar också för barn och unga som är eller har varit placerade med stöd av SoL. Det gäller bl.a. förslagen om erbjudanden om hälsoundersökningar till barn och unga i anslutning till en placering och om stöd och hjälp efter avslutad placering (se nedan). I dessa fall anser utredningen att det inte finns skäl att ha olika förutsättningar för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet beroende på om det sker med eller utan samtycke.

För att den nya LVU ska tillämpas på ett sådant sätt att barnrättsperspektivet får betydelse för varje barn och varje ung person som behöver skydd och vård krävs nationellt kunskapsstöd, fortsatt kunskapsutveckling och systematisk uppföljning på alla nivåer. Utredningen lämnar flera förslag inom dessa områden som bedöms bidra till att säkerställa barns och ungas rätt till skydd och vård.

## 20.3.2 Tillgång till skydd och vård

### Beslut om skydd och vård

Flera av utredningens förslag bedöms leda till säkrare tillgång till insatser för barn och unga i situationer där samtycke saknas från deras vårdnadshavare.

Utredningen föreslår nya möjligheter för socialnämnden att besluta om kontaktperson för barn under 15 år utan vårdnadshavares samtycke vid brister i hemmiljön (avsnitt 6.7.3) och om vård utanför det egna hemmet för barn som har fyllt 16 år även utan vårdnadshavarens samtycke (avsnitt 11.6.2). Båda dessa förslag innebär att barns vilja ges större betydelse för beslut om insatser än hittills i utsatta situationer. Förslagen är i linje med en ny syn på barn och barnets ökade beslutskompetens i takt med stigande ålder och mognad. Det senare förslaget syftar även till att ge ungdomar som är i pågående vård möjlighet att fortsätta vården ännu en tid, vilket kan öka förutsättningarna för en positiv utveckling och minska risken för återplacering.

Utredningen föreslår att det ska bli möjligt för socialnämnden att besluta om öppna insatser utan samtycke till följd av den unges beteende vid upphörande av en placering för att hindra beteendeproblem som kan föranleda en ny placering (avsnitt 6.7.2). Vidare lämnas förslag som syftar till att förtydliga att barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder inte ska uteslutas från skydd och vård enligt LVU, vilket nu kan hända till följd av den rätts-tillämpning som utvecklats. Förslaget innebär en modifiering av rekvisitet annat socialt nedbrytande beteende så att det framgår att det rekvisitet avser beteendet i sig självt (avsnitt 7.11.3). Därutöver föreslås att det ska bli tydligare att missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel ska höra till de beteenden som kan föranleda insatser med stöd av LVU (avsnitt 7.11.4). De nu nämnda förslagen syftar till förstärka skyddet och vården för barn och unga som till följd av eget beteende kan behöva insatser med stöd av LVU.

Vid omedelbart omhändertagande bedömer utredningen att rättssäkerheten för barn och unga stärks genom krav på en tydligare utformning av socialnämndens beslut (avsnitt 8.11.2), förtydligande av nämndens befogenheter under verkställigheten av vården



(avsnitt 8.11.3) och en regel om att rättens slutliga beslut om vård ska gälla omedelbart (avsnitt 8.11.7).

Vidare bedöms tillgången till skydd och vård för barn och unga förbättras i de situationer där ett interimistiskt beslut om omhändertagande får fattas enligt den s.k. Bryssel II-förordningen även om förutsättningarna för omedelbart omhändertagande enligt dagens LVU inte är uppfyllda (avsnitt 8.11.8).

## Utredning och rättslig process

Utredningen föreslår vissa förändringar som gäller socialnämndens underlag för beslut om skydd och vård. Förändringarna bedöms bidra till en helhetssyn på barnets eller den unges situation, vilket bör leda till att de samlade behoven av stöd från socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan bättre tillgodoses. Ett av förslagen innebär att Socialstyrelsen får i uppdrag att, i samverkan med Skolverket, stärka det tvärprofessionella arbetet när det gäller utredning och placering av barn och unga (avsnitt 9.16.3). Vidare föreslås att landstingen, på begäran av socialnämnden, ska erbjuda barn och unga en hälsoundersökning i anslutning till att vård i familjehem eller HVB inleds (avsnitt 9.16.6).

När det gäller den rättsliga processen vid ansökan och beslut om insatser med stöd av den nya LVU bedöms barnets ställning stärkas genom rätt till offentligt biträde i mål om begränsning av umgänge, särskilda lämplighetskrav på det offentliga biträdet och tydligare uppdrag för det offentliga biträdet att ta till vara barnets eller den unges rätt (avsnitt 10.4.3–10.4.5). Vidare föreslås att rätten vid behov ska höra lämplig sakkunnig vid den muntliga förhandlingen, t.ex. expert inom barn- och ungdomspsykiatri eller barnmedicin. Sakkunskap kan också behövas i en specifik fråga, exempelvis hedersrelaterat våld och förtryck (avsnitt 10.4.7).

### 20.3.3 God vård när beslut om vård är fattat

#### En trygg, säker och ändamålsenlig vård

Utredningens förslag till ny LVU omfattar en samlad beskrivning av vad barn och unga ska kunna förvänta sig av olika insatser. Därmed blir det lättare för dem att få kunskap om detta och att ställa krav på insatserna. Den samlade kravbildens ökar också möjligheterna att genom tillsyn, uppföljning och utvärdering fortlöpande följa att insatser med stöd av LVU motsvarar kraven och vilka brister som eventuellt finns.

Av den nya LVU framgår att vården ska vara av god kvalitet och särskilt vara trygg, säker, ändamålsenlig och präglas av kontinuitet. Den ska ges med omtanke och bygga på respekt för barnets eller den unges människovärde och integritet samt med aktning för barnets eller den unges person och egenart. Vården ska bedrivas i samverkan med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av den nya LVU ska också ges möjlighet till en fritid som är anpassad till deras ålder och intressen, ha rätt till samhörighet med anhöriga och andra närstående samt rätt till kontakt med hemmiljön (avsnitt 5.8.3). Socialnämndens ansvar för att barn som vårdas utanför det egna hemmet ges möjlighet till umgänge med syskon och andra närstående föreslås också framgå av den nya LVU (avsnitt 5.8.4).

Det föreslagna kravet på överenskommelser om samverkan mellan kommuner och landsting om barn och unga som vårdas utanför hemmet syftar till att ge säkrare tillgång till samlade insatser från socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt skolan efter barnens och de ungas behov (avsnitt 15.8.2). Det gäller bl.a. samverkan om behov som framkommer vid de hälsoundersökningar som landstingen ska erbjuda barn och unga i samband med en placering (avsnitt 9.16.6).

Möjligheterna till ett väl fungerande vardagsliv för placerade barn och unga bedöms öka genom tydligare regler om bestämmanderätten över dem under tid som vård med stöd av LVU pågår (avsnitt 14.11.2–14.11.3).

För barn och unga på HVB bedömer utredningen att rätts-säkerheten stärks genom en ny bestämmelse om vad ordningsregler får avse (avsnitt 14.11.5). De barn och unga som är placerade på Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem bedöms

få en stärkt rättssäkerhet när det gäller de skyddsåtgärder som bara får vidtas där. Utredningens förslag innebär samlade och tydligare regler om dessa skyddsåtgärder (avsnitt 17.6.3–17.6.17) samt utökad rätt för barnet eller den unge att överklaga skyddsåtgärder och dessutom rätt till offentligt biträde vid överklagande (avsnitt 17.6.20–17.6.21). Ett krav på systematiskt kvalitetsarbete inom SiS för att minska behovet av skyddsåtgärder föreslås också ingå i den nya LVU (avsnitt 17.6.22).

Utöver regeländringarna bedömer utredningen att de uppdrag om kunskapsstöd och kunskapsutveckling som föreslås kommer att öka förutsättningarna för att olika insatser motsvarar kraven i den nya LVU. Bland annat föreslås Socialstyrelsen få i uppdrag att vägleda huvudmän, verksamheter och professioner om ansvar vid psykisk ohälsa hos placerade barn och unga (avsnitt 15.8.3) och att ta fram kunskapsstöd om gränssättande åtgärder på andra HVB än SiS särskilda ungdomshem (avsnitt 14.11.4).

Utredningen föreslår två utredningsuppdrag som gäller innehåll och kvalitet i institutionsvård. Det handlar dels om kompetens hos föreståndare och personal vid HVB (avsnitt 16.8.2), dels om en ny och integrerad vårdform för barn och unga som behöver en mer specialiserad och samlad vård (avsnitt 16.8.4). Förslagen bör på sikt förbättra förutsättningarna för en god vård i HVB.

### **Stabil och trygg vård genom stöd till föräldrar**

Utredningen anser att en stärkt rättssäkerhet och ökat stöd till föräldrar vars barn är omhändertagna till följd av miljön i hemmet kan ha stor betydelse ur ett barnperspektiv. Det kan innebära att föräldrarna fortsätter att finnas kvar i barnens liv och kan bidra till att göra vården stabilare och tryggare.

Utredningen föreslår flera åtgärder som bedöms leda till positiva förändringar för barn, unga och deras föräldrar.

Barnets vårdnadshavare ska, så långt det är möjligt och lämpligt, hållas underrättade om vården av barnet och ges möjlighet att vara delaktiga i genomförandet av vården (avsnitt 12.9.2). Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd som kan bidra till mer rättssäkra och kunskapsbaserade bedömningar rörande omfattningen och utformningen av umgänget mellan barn som har

omhändertagits med stöd av LVU och deras föräldrar (avsnitt 12.9.4).

Vidare ska socialnämnden aktivt erbjuda vårdnadshavarna stöd när ett barn vårdas enligt nuvarande 2 § LVU. Stödet ska bidra till att de blir delaktiga i vården av barnet och utvecklas i sitt föräldraskap (avsnitt 12.9.5). Socialstyrelsen föreslås också få i uppdrag att stödja implementeringen av den nya bestämmelsen om stöd till vårdnadshavare (avsnitt 12.9.6).

### Stabilitet och trygghet för långvarigt placerade barn

För barn som är eller bedöms bli långvarigt placerade till följd av brister i hemmiljön bedöms förslagen i avsnitt 13.18.3–13.18.6 sammantaget leda till en ökad trygghet och stabilitet. Utredningen föreslår att

- en vårdplan som avser barn även ska beskriva vilka förändringar som krävs för att barnet ska kunna återvända hem och vilket stöd nämnden kan erbjuda för att det ska vara möjligt,
- en vårdplan som avser barn ska omprövas senast när barnet varit placerat i två år och särskilt avse barnets långsiktiga boende,
- kravet på övervägande av vården ersätts med en rapporteringskyldighet till nämnden om hur barnets behov tillgodoses, hur vårdnadshavarnas förhållanden utvecklar sig och, om vården bör fortsätta, hur den bör inriktas och utformas,
- en bestämmelse förs in i den nya lagen om att en begäran från en vårdnadshavare om att vård enligt nuvarande 2 § LVU ska upphöra inte behöver prövas av socialnämnden om frågan om vård har prövats av nämnden eller rätten de senaste tolv månaderna, och
- att en bestämmelse förs in i den nya lagen om att barnets bästa ska vara avgörande vid prövning av om vård enligt nuvarande 2 § LVU ska upphöra. Vid bedömningen ska det fästas särskilt avseende vid barnets inställning, om barnet sedan låg ålder eller under lång tid vårdats i familjehemmet, barnets umgänge med och relation till vårdnadshavarna samt om barnet har en nära

relation till familjehemsföräldrarna och en god förankring i sin aktuella sociala miljö.

Vidare föreslås i avsnitt 13.18.8 att de skäl som ska ligga till grund för socialnämndens ansökan om vårdnadsöverflyttning till familjehemsföräldrar ska förtydligas. Vid bedömningen av om nämnden ska ansöka om vårdnadsöverflyttning ska särskilt beaktas barnets och familjehemsföräldrarnas inställning till en vårdnadsöverflyttning, barnets relation till familjehemsföräldrarna och deras förmåga att tillgodose barnets behov av en trygg och god uppväxt, samt familjehemsföräldrarnas inställning till och förmåga att tillgodose barnets behov av kontakt med föräldrar och andra närstående.

### **20.3.4 Långsiktigt samhällsåtagande efter en placering**

Utredningen anser att utslussning från vård utanför det egna hemmet samt stöd och hjälp efter avslutad placering är viktiga delar av samhällets åtagande för placerade barn och unga. Dessa delar behöver stärkas och utvecklas. För att barn och unga som varit placerade måste detta åtagande vara långsiktigt och bl.a. underlätta övergången till självständigt vuxenliv för unga som avslutar en placering.

Genom förslag om krav på planering innan en placering avslutas bedöms utslussningen och tillgången till ändamålsenligt stöd efter avslutad placering förbättras (avsnitt 18.7.2). Tydliggörande av inriktningen på stöd och hjälp efter avslutad placering som socialnämnden ska svara för bedöms också underlätta för barn och unga att få det stöd och den hjälp som de behöver. Det handlar dels om behov av personligt stöd och fortsatt kontakt med hemmet där barnet eller den unge varit placerad, dels om hjälp med ekonomi, boende, studier och arbete för unga som ska ha en egen bostad. Ett klagörande av nämndens ansvar för stöd och hjälp fram till 22 års ålder för de som ska övergå till ett självständigt vuxenliv bedöms också bidra till mer ett långsiktigt stöd efter avslutad placering (avsnitt 18.7.3).

Samhällets insatser efter avslutad placering bör komma att bättre motsvara behoven genom resultat och erfarenheter från det utvecklingsarbete som utredningen föreslår (avsnitt 18.7.4).

### 20.3.5 Ett system för uppföljning

Den nya LVU och de andra författningsförslagen förutsätter, som nämnts, insatser för implementering och kunskapsutveckling inom flera områden. Om sådana insatser inte genomförs finns det risker för att barnrättsperspektivet inte förverkligas fullt vid tillämpningen av de nya bestämmelserna. Utredningen lämnar därför flera förslag som rör dessa frågor.

Utöver detta bedömer utredningen att det på sikt blir lättare att löpande identifiera behov av ytterligare åtgärder genom det system för uppföljning av samhällsvården som Myndigheten för vårdanalys föreslås få i uppdrag att ta fram (avsnitt 19.5.3). Därmed ökar förutsättningarna för ett långsiktigt och systematiskt arbete för att säkerställa skydd och god vård för barn och unga och ytterligare stärka barnrättsperspektivet i vården.

## 20.4 Jämställdhet

**Utredningens bedömning:** Erbjudanden om hälsoundersökningar till barn och unga i samband med placering kan bidra till att hälsoproblem hos både flickor och pojkar kartläggs på likvärdiga villkor. Förslagen om innehåll och kvalitet i vård vid HVB bör på sikt leda till förbättrat stöd för bl.a. flickor med psykisk ohälsa. Sammantaget bidrar förslagen om socialnämndens beslutsunderlag, samverkan under en placering och innehållet i institutionsvården till att barn och unga som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck tillförsäkras skydd och en god vård.

Utredningen anser att ett stärkt barnrättsperspektiv inom tvångsvården innebär ett starkare fokus på barns och ungas individuella rättigheter och behov, vilket innefattar förhållanden som kan vara olika bland flickor och pojkar.

Utredningen har kunnat konstatera att det finns forskning och andra studier som indikerar att främst den institutionsvård som ges med stöd av dagens LVU i mindre utsträckning tillgodoser behov hos flickor än hos pojkar. Det gäller särskilt för flickor med psykisk ohälsa. I den nya LVU införs krav på att vården bl.a. ska vara trygg, säker och ändamålsenlig (avsnitt 5.8.3). Utredningen bedömer att det innebär ett tydliggörande av att institutionsvården måste utgå från behoven hos enskilda barn och unga och systematiskt arbeta för att identifiera och tillgodose de särskilda behov som exempelvis flickor med psykisk ohälsa kan ha.

Utredningens förslag om erbjudanden om hälsoundersökningar till barn och unga i samband med placering kan bidra till att hälsoproblem hos både flickor och pojkar kartläggs på likvärdiga villkor (avsnitt 9.16.6). Resultaten av hälsoundersökningarna bör leda till förbättrat underlag för socialnämndens planering av vården och till kontakter med berörda delar av hälso- och sjukvården. De överenskommelser som kommuner och landsting föreslås bli skyldiga att ingå om samarbete kring barn och unga som vårdas utanför hemmet bör ge stöd för att exempelvis psykiatrisk vård blir tillgänglig i den utsträckning som behövs efter individuella behov hos såväl flickor som pojkar (avsnitt 15.8.2).

På sikt bedöms de föreslagna utredningsuppdragen till Socialstyrelsen om kompetens på HVB och om specialisering och differentiering inom institutionsvården ha stor betydelse för ökad jämställdhet i vård med stöd av den nya LVU (avsnitt 16.8.2 och 16.8.4). Utredningarna förväntas leda till fram till analyser och förslag som kan säkerställa en ändamålsenlig vård efter flickors och pojkars behov. Även förslaget om ett uppdrag till Myndigheten för vårdanalys att utarbeta ett förslag till system för uppföljning av vården förväntas leda till ökade möjligheter att bedöma måluppfyllelsen för flickor och pojkar samt att identifiera hinder för en jämställd samhällsvård (avsnitt 19.5.3).

En grupp som nämns i utredningens direktiv är flickor och pojkar som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck. Utredningen behandlar situationen för dessa flickor och pojkar i kapitlet om förutsättningar för vård utanför det egna hemmet och innehåll och kvalitet i institutionsvården, men lämnar inga förslag om ändrad lagstiftning som direkt gäller gruppen. I stället bedöms de förslag som gäller socialnämndens utredning av behov av skydd och

vård, samverkan under en placering samt institutionsvårdens innehåll och kvalitet sammantaget bidra till att barn och unga som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck tillförsäkras skydd och en god vård.

## 20.5 Ekonomiska konsekvenser

I det följande lämnas en redovisning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag.

### 20.5.1 Samhällsekonomiska konsekvenser

**Utredningens bedömning:** Ett starkt stöd och skydd till barn och unga i tvångsvård och annan samhällsvård kan leda till bättre framtidsutsikter för dem när det gäller hälsa, utbildning, personlig utveckling och yrkesliv. På sikt är detta också gynnsamt för samhällsekonomin. Flera av de föreslagna åtgärderna syftar till att undvika en ökning av nuvarande problem, vilket skulle kräva ytterligare kostsamma samhällsinsatser. Sammantaget torde dessa förbättringar på sikt leda till minskade kostnader för kommunerna och staten.

Syftet med tydligare och mer detaljerade bestämmelser om tvångsvård och annan samhällsvård för barn och unga är att uppnå ett starkt stöd och skydd till barn och unga med stora behov av detta. Uppnås syftet kan vinsterna för samhället bli stora genom att placerade barn och unga får goda möjligheter att utvecklas väl och bidra till samhällets utveckling och välfärd. Det är, som framgår av detta betänkande, väl belagt inom forskningen att barn och unga som varit placerade i samhällsvård senare i livet har överrisker för bland annat fysisk och psykisk ohälsa och problem med sysselsättning och försörjning.

De förslag som utredningen bedömer har störst ekonomiska konsekvenser för kommuner och landsting avser erbjudanden om hälsoundersökningar till barn och unga i samband med placering, stöd och hjälp till de som avslutar en placering i samhällsvård för barn och unga samt stöd till föräldrar vars barn placeras med stöd av LVU. Utredningens förslag ska ses som förtydligande och



kompletteringar av gällande regler inom dessa områden, som är centrala för att barn och unga i behov av tvångsvård och annan samhällsvård ska få ett samlat och långsiktigt stöd. Det är i sin tur en ofta avgörande faktor för att förebygga många av de risker och problem som nu är väl belagda bland de som vårdats i familjehem eller HVB som barn och unga.

Flera av de föreslagna åtgärderna syftar också till att undvika att befintliga problem ökar, vilket skulle kräva ytterligare kostsamma samhällsinsatser inom exempelvis socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Förutom de nämnda förslagen om stöd och hjälp efter avslutad placering samt stöd till föräldrar gäller det bl.a. förslag om förbättrad samverkan kring placerade barns hälsa

Många risker och problem i samband med placeringar av barn och unga är kända från forskning och myndighetsrapporter. Underlaget för att bedöma samhällsekonomiska effekter av olika insatser är dock bristfälligt och utredningen har inte kunnat göra tillräckligt säkra beräkningar av vad förslagen skulle innebära i det avseendet.

Ett stärkt stöd och skydd till barn och unga i tvångsvård och annan samhällsvård torde dock, enligt utredningens uppfattning, på sikt leda till bättre framtidsförutsättningar för barn och unga. Som en följd av detta skulle även kostnaderna för kommunerna och staten minska.

## 20.5.2 Ekonomiska konsekvenser för staten

**Utredningens bedömning:** Om förslagen genomförs beräknas staten få nya temporära kostnader under en period på fyra år med 32 miljoner kronor det första året, 26,5 miljoner kronor det andra året, 13 miljoner kronor det tredje året och 2 miljoner kronor det fjärde året. Kostnaderna avser uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys, särskilda medel för lokalt utvecklingsarbete samt stöd till implementeringen av den nya lagstiftningen.

Staten beräknas också få nya permanenta kostnader på 5 miljoner kronor per år för sin egen verksamhet. Kostnaderna följer av förslagen om rätt till offentligt biträde i mål om umgängesbegränsningar och hemlighållande av vistelseort samt rätt att överklaga de särskilda befogenheterna.

Utredningens förslag har olika ekonomiska konsekvenser för staten. Vid sidan av kostnader för uppdrag till statliga myndigheter handlar det om särskilda medel för lokalt utvecklingsarbete och om kompensation till kommuner och landsting för vissa nya uppgifter och ambitionshöjningar inom vissa områden.

I detta avsnitt behandlas de uppdrag till statliga myndigheter som, enligt utredningens bedömning, kräver särskild finansiering samt de särskilda medel som föreslås för lokalt utvecklingsarbete. Inom ett område kan utredningens förslag leda till minskade kostnader för staten. Det gäller förslaget om ändrade regler för hemtagningsbegäran i avsnitt 13.18.5 som kan innebära lägre utgifter för domstolarna. Det saknas dock underlag för att beräkna detta. Sannolikt rör det sig om en relativt liten kostnadsminskning.

### **Ett samlat uppdrag om kunskap och kvalitet till Socialstyrelsen**

Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen ett samlat uppdrag om kunskap och kvalitet i samhällsvård för barn och unga. Vid sidan av de författningsändringar som utredningen föreslår behövs flera insatser för att främja en god vård genom ökad tillgång till kunskap inom olika områden. Det handlar om kunskapsstöd till huvudmän, verksamheter och professioner, men i några fall även om utredningar inom områden där regeringens beslutsunderlag behöver förbättras.

Socialstyrelsen har som regeringens expertmyndighet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård en nyckelroll när det gäller kunskap och kvalitet i samhällsvård för barn och unga, vilket ytterligare understryks av att myndigheten ska vara ett nav i den fortsatta statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Dessa delar ingår i det samlade uppdraget till Socialstyrelsen:

- *Informationsspridning m.m. i syfte att stärka tvärprofessionellt arbete vid utredning och placering (avsnitt 9.16.3).* Denna del av uppdraget beräknas ta ett år att genomföra till en kostnad av 1 miljon kronor för personalkostnader och vissa informations- och kommunikationsinsatser för bearbetningar och presentationer av befintligt material.

- *Kunskapsstöd för säkrare bedömningar i fråga om umgänge (avsnitt 12.9.4)*. Denna del av uppdraget beräknas ta två år att genomföra till en kostnad av 2 miljoner kronor det första året för personalkostnader och expertunderlag samt 2 miljoner det andra året för personalkostnader och informations- och kommunikationsinsatser för att göra kunskapsstödet känt och använt.
- *Nationellt stöd för implementering av ny bestämmelse i LVU om stöd till föräldrar vars barn är omhändertagna (avsnitt 12.9.6)*. Denna del av uppdraget beräknas ta två år att genomföra till en kostnad av 2,5 miljoner kronor det första året för personalkostnader och expertunderlag samt 2,5 miljoner kronor det andra året för personalkostnader och informations- och kommunikationsinsatser.
- *Kunskapsstöd och utbildning om gränssättande åtgärder (avsnitt 14.11.4)*. Denna del av uppdraget beräknas ta två år att genomföra till en kostnad av 1,5 miljoner kronor det första året för personalkostnader och expertunderlag samt 3 miljoner kronor det andra året för personalkostnader och informations- och utbildningsinsatser för att kunskapsstödet ska få avsedd effekt.
- *Vägledning om ansvar för vård vid psykisk ohälsa (avsnitt 15.8.3)*. Denna del av uppdraget beräknas ta två år att genomföra till en kostnad av 2 miljoner kronor det första året för personalkostnader och expertunderlag samt 2 miljoner kronor det andra året för personalkostnader och informations- och kommunikationsinsatser för att göra vägledningen känd och använd.
- *Utredning om kompetens hos föreståndare och personal i institutionsvård (avsnitt 16.8.2)*. Denna del av uppdraget beräknas ta ett och ett halvt år att genomföra till en kostnad av 1,5 miljoner kronor det första året för personalkostnader och expertunderlag för kartläggningar av utbildningar m.m. samt 0,5 miljon kronor det halva andra året för personalkostnader.
- *Utredning om integrerad vårdform och utveckling av specialiserad och differentierad institutionsvård (avsnitt 16.8.4)*. Denna del av uppdraget beräknas ta två år att genomföra till en kostnad av 1,5 miljoner kronor respektive år för personalkostnader och expertunderlag.

Sammantaget beräknas kostnaderna för det samlade uppdraget till Socialstyrelsen uppgå till 12 miljoner kronor det första året och 11,5 miljoner kronor det andra året.

### **Rätt till offentligt biträde i mål om umgängesbegränsning och hemlighållande av vistelseort**

Utredningen beräknar att detta förslag, som finns i avsnitt 10.4.3, rör sammanlagt drygt 200 mål i landet under ett år. Eftersom Domstolsverkets statistik inte är uppdelad på ärendetyp inom den måltypen LVU-mål har utredningen utgått ifrån uppgifter vid en förvaltningsrätt.

Ett rättsligt biträde har rätt till skälig ersättning för arbete, tidspillan och utlägg som uppdraget har krävt. Timkostnadsnormerna är sedan år 2010 fastställda i förordningen (2009:1237) om timkostnadsnorm inom rättshjälpsområdet. Regeringen har för år 2015 beslutat att timkostnadsnormen för den som är godkänd för F-skatt är 1 302 kronor, exklusive mervärdesskatt och att timkostnadsnormen för den som inte är godkänd för F-skatt är 991 kronor, exklusive mervärdesskatt. För s.k. tidspillan utgår 1 195 kronor per timme.

Det är svårt att uppskatta hur ofta mål om umgängesbegränsning och hemlighållande av vistelseort kan förekomma, om part är berättigad till offentligt biträde. En avhållande faktor från sådana processer i dag är att part själv får svara för kostnaderna.

I de fall målet enbart gäller umgängesbegränsning anser utredningen att tidsåtgången kan beräknas till motsvarande normal tidsåtgång för mål om placeringsfrågor, vilket är sex timmar. Mål gällande hemlighållande av vistelseort tar rimligtvis kortare tid i anspråk.

Både beslut om umgängesbegränsningar och beslut om hemlighållande av vistelseort kan förekomma i mål gällande beredande av vård enligt LVU, t.ex. om socialnämnden har beslutat om endera i samband med ett omedelbart omhändertagande och beslutet/besluten är överklagat. Ett sådant överklagande bör handläggas gemensamt med frågan om vård. I de fallen bedömer utredningen att den utökade tidsåtgången rimligtvis är av mindre omfattning. Den extra tidsåtgången bedöms i dessa fall uppgå till två timmar.

Utifrån ovanstående resonemang kan antas att kostnaden för offentligt biträde i ett mål om umgängesbegränsning kan uppskattas till cirka 9 200 kronor (6 timmar á 1 302 kronor samt kostnad för s.k. tidsspillan á 1 195 kronor). För riket blir det en kostnad för domstolarna på drygt 2 miljoner kronor för omkring 200 mål per år.

Som framgår ovan är en del mål om umgängesbegränsningar och beslut om hemlighållande av vistelseort mindre omfattande, vilket innebär att beloppet är relativt högt räknat. Samtidigt kan en rätt till offentligt biträde väntas bidra till att antalet mål ökar något.

### **Rätt att överklaga de skyddsåtgärder och till offentligt biträde**

Förslagen finns i avsnitt 17.6.20–17.6.21 och rör sammanlagt ett stort antal beslut som SiS fattar och som inte kan överklagas. De berör beslutstyper där det under 2014 fattades 10 716 beslut. Beslutstyperna avsåg omhändertagande av egendom (2 207 beslut), yttlig kroppsbesiktning (3 568 beslut), vård på låsbar enhet (2 024 beslut), blod-, urin-, utandnings-, saliv- och svettprov (2 513) samt kontroll av försändelser (404 beslut). Utöver detta fattade SiS 11 590 beslut om kroppsvisitation. En mycket stor andel av dessa beslut kommer att, med utredningens förslag i avsnitt 17.6.8, i stället gälla beslut om skyddsvisitation som inte ska kunna överklagas.

Sannolikt skulle bara en mindre andel av besluten komma att överklagas med utredningens förslag. SiS fattar redan i dag många beslut som kan överklagas, och av dem överklagas bara ett fåtal. Under 2013 fattade SiS 720 beslut om avskiljningar, av vilka sex överklagades, och 696 beslut om vård i enskildhet, av vilka fem överklagades. Enligt 23 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård får samtliga beslut om tvångsåtgärder överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Enligt uppgift från SiS överklagades sammanlagt åtta sådana beslut under 2014.

Utredningen bedömer att andelen beslut som i dag överklagas kan femfaldigas från omkring 1 procent om förslaget om rätten att överklaga dem och rätten till offentligt biträde genomförs. När det gäller offentliga biträden beräknas detta leda till ökade kostnader med omkring 1,6 miljon kronor. Det motsvarar kostnader för två timmars arbetsinsats á 1 302 kronor per timme (se föregående avsnitt) i omkring 600 mål.

Vidare beräknar utredningen att domstolarna får ökade kostnader på 1,4 miljon kronor om förslaget genomförs. Beräkningen bygger på att de 600 målen kräver fyra timmars förberedelse och två timmars arbete av domare och har gjorts efter kontakt med en förvaltningsrätt.

### **Särskilda medel för systematiskt utvecklingsarbete för stöd och hjälp efter avslutad placering**

Enligt detta förslag, som finns i avsnitt 18.7.4, bör det systematiska utvecklingsarbetet omfatta tio kommuner och pågå i tre år. Syftet ska vara att utveckla konkreta exempel på fungerande arbetssätt som kan spridas till övriga landet. Utvecklingsarbetet ska därför genomföras så att resultat och erfarenheter kommuniceras under arbetets gång och vid avslutningen av arbetet. Det ska finnas en plan för hur slutsatserna kan användas av samtliga berörda huvudmän och verksamheter efter att arbetet avslutats. Den försöksverksamhet med bl.a. kontaktperson som ska ingå i arbetet ska vara forskningsanknuten för att säkerställa systematik i genomförandet och uppföljningen.

Medlen ska fördelas till de deltagande kommunerna med viss hänsyn till deras storlek och hur de avser att använda medlen. En förutsättning för tillgången till medlen bör vara att varje kommun svarar för en viss finansiering själv av stöd och hjälp efter avslutad placering, vilket de redan i dag är ansvariga att göra enligt 5 kap. 1 § SoL. De särskilda medlen ska inte användas för att finansiera sådant stöd som kommunerna ska vara skyldiga att ge utan reserveras för utvecklingsinsatser utöver detta stöd. Utredningen bedömer att regeringen bör avsätta sammanlagt 10 miljoner per år under tre år tid för fördelningen till de kommuner som deltar i utvecklingsarbetet.

Utöver detta beräknas 3 miljoner kronor per år under tre år för samordning av utvecklingsarbetet och uppdrag till forskare att följa upp det samt 2 miljoner kronor under ett fjärde år för fortsatt forskaruppdrag, sammanställning av slutrapport och presentation av resultaten. Dessa medel bör enligt utredningens förslag hanteras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som också bör svara för fördelningen av medel till de kommuner som deltar i utvecklingsarbetet.

## Uppdrag om system för uppföljning av vård i familjehem och HVB till Myndigheten för vårdanalys

Uppdraget, som beskrivs i avsnitt 19.5.3, beräknas ta två år att genomföra till en kostnad av 2 miljoner kronor respektive år för personalkostnader och expertunderlag.

### Stöd till implementering av ny lagstiftning

Införandet av den nya LVU bör föregås av utbildnings- och informationsinsatser till politiker och tjänstemän för att de eftersträlvade resultaten med lagen ska uppnås. Kommunerna har ett grundläggande ansvar för att implementera nya lagar och förordningar. Staten bör dock, enligt utredningens förslag i avsnitt 4.5.4, bidra till implementeringskostnaderna i detta fall. Förslaget beräknas innebära att kommunerna tillförs 5 miljoner kronor för informationsmaterial, seminarier och konferenser. Bidraget är ett engångsbelopp.

### 20.5.3 Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

**Utredningens bedömning:** Om förslagen genomförs beräknas kommunerna att få ökade kostnader med 43–48 miljoner per år till följd av utökade arbetsuppgifter och ambitionshöjningar i lagstiftningen.

Huvuddelen av utredningens förslag bedöms inte leda till utökade arbetsuppgifter med ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

På några punkter innebär förslagen nya möjligheter för kommunerna att besluta om insatser utifrån behov som det dock redan ingår i deras ansvar att tillgodose. Det gäller bl.a. förslaget om att socialnämnden i vissa fall ska kunna besluta om öppna insatser utan samtycke med stöd av LVU även vid upphörande av en placering för att hindra beteendeproblem som kan föranleda en ny placering (avsnitt 6.7.2). Långsiktigt kan förslaget bidra till en effektivare resursanvändning om insatserna bidrar till att förebygga återplaceringar.

Andra förslag handlar om förtydliganden av lagar och förordningar inom ramen för kommunernas befintliga ansvarsområden utan att nya arbetsuppgifter åläggs dem. Det gäller bl.a. de föreslagna kraven på vård med stöd av LVU (avsnitt 5.8.3). Av dessa krav finns flera i gällande lagar (krav på kvalitet och samverkan) och i föreskrifter från Socialstyrelsen (krav på god vård). Nya krav som föreslås avser rätt till samhörighet med anhöriga och andra närstående, kontakt med hemmiljön och möjlighet till en fritid som är anpassad till barnets eller den unges ålder och intressen vid vård utanför det egna hemmet. Dessa krav bedöms dock vara förtydliganden av socialnämndens ansvar vid placeringar av barn och unga enligt dagens LVU och inte nya krav på särskilda insatser från nämnden. Utredningens förslag innebär i första hand att nämndens skyldigheter beskrivs samlat i den lag som i övrigt reglerar tvångsvård för barn och unga och med utgångspunkt från barnets eller den unges rätt.

Även den föreslagna författningsändringen om information till vårdnadshavare (avsnitt 12.9.2) och de förslag som avser socialnämndens planering av vården (13.18.3 och 18.7.2) bedöms handla om förtydliganden av lagar och förordningar inom ramen för kommunernas befintliga ansvarsområden.

Förslaget om möjlighet för barn äldre än 16 år att få fortsatt vård utanför det egna hemmet utan vårdnadshavarens samtycke (avsnitt 11.6.2) bedöms beröra ett mycket litet antal barn. Den föreslagna möjligheten till fortsatt vård utanför egna hemmet kan innebära vissa ökade kostnader för främst familjehemsvård, men den kan också förebygga nya placeringar eller andra former av stöd och vård till de berörda barnen. Sammantaget bedömer utredningen att förslaget inte medför utökade arbetsuppgifter och ambitionshöjningar med ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Inte heller bedöms det föreslagna kravet på överenskommelser mellan kommuner och landsting om samarbete i fråga om placerade barn och unga (avsnitt 15.8.2) leda till ökade kostnader. Överenskommelserna i sig innebär inte någon ambitionshöjning, med hänsyn till att huvudmännen redan i dag är skyldiga enligt lag att samverka. Samtidigt kan överenskommelser av det slag som utredningen föreslår leda till att brister identifieras och att områden för fortsatta insatser utvecklas inom ramen för respektive huvudmans ansvarsområden. Ett krav på överenskommelse torde snarare bidra



till att effektivisera samarbetet och skapa förutsättningar för samordnade insatser. Formaliseringen av samarbetet kan därför komma att ge kostnadsbesparingar på sikt.<sup>4</sup>

### **Möjlighet att besluta om vård utanför det egna hemmet mot vårdnadshavarens vilja för barn som har fyllt 16 år**

Den föreslagna bestämmelsen, som finns i avsnitt 11.6.2, ska tillämpas restriktivt och endast för barn med en så allvarlig problematik i hemmiljön att fortsatt boende i hemmet inte bedöms möjlig. I dessa fall är en placering i många fall ett alternativ till öppenvårdsinsatser. I en del av dessa ärenden kan en placering också verka förebyggande eftersom problemen i hemmiljön kan leda till en placering på institution.

Utredningen har i sitt delbetänkande lämnat förslag till en ny placeringsform för barn, boende för stöd och tillsyn (stödboende), som bör kunna vara ett huvudsakligt placeringsalternativ för de barn som berörs av förslaget i avsnitt 11.6.2. Ett stödboende ska kunna ta emot enskilda från 16 år för anpassat stöd och tillsyn av särskilt avdelad personal. I delbetänkandet utgick utredningen från en vårddygnskostnad på 1 300 kronor för denna målgrupp.<sup>5</sup> Vid sidan av stödboende kommer även placering i familjehem att vara alternativ för några av de unga som berörs av den föreslagna bestämmelsen.

Det finns inget underlag som kan användas för en närmare beskrivning och bedömning av hur många beslut som kan bli aktuella till följd av den föreslagna bestämmelsen. Med en restriktiv tillämpning antar utredningen att 25–50 unga kan behöva vara placerade med stöd av bestämmelsen under ett år. Några av dem kan behöva en placering under hela eller huvuddelen av året medan andra kan behöva det under begränsad period. Placeringen kan pågå i upp till två år fram till 18-årsdagen för några unga, men eftersom vården då kommer att övergå i någon annan form av boende kommer antalet placerade unga inte att öka på i någon större utsträckning efter hand.

---

<sup>4</sup> Jfr prop. 2012/13:77 s. 49.

<sup>5</sup> SOU 2014:3 s. 288 ff.

Kostnaden för 25 unga som är placerade i 150 dagar i stöd-boende uppgår till omkring 5 miljoner kronor under ett år. Utifrån det antagandet kan olika beräkningar göras, där antalet unga, deras placeringstid och valet av placeringsform (familjehem eller stöd-boende) förändras. Med den osäkerhet som finns i dessa beräkningar bedömer utredningen att kommunernas kostnader kommer att uppgå till 5–10 miljoner kronor per år vid ett genomförande av förslaget.

### **Stärkt stöd till vårdnadshavare i samband med placering enligt LVU**

Förslaget, som finns i avsnitt 12.9.5, innebär ett förtydligande av bestämmelsen i 6 kap. 7 § 4 SoL och en ambitionshöjning. Den föreslagna författningsändringen avser enbart stöd till vårdnadshavare vars barn placeras till följd av brister i hemmiljön. Vårdnadshavare till barn som omhändertas omedelbart eller placeras enbart till följd av eget beteende omfattas inte av förslaget.

Ambitionshöjningen består både i att stödet ska erbjudas aktivt och att kommunerna systematiskt ska arbeta så att stödet gör vårdnadshavaren delaktig i vården av barnet och kan utvecklas i föräldraskapet. Eftersom det redan finns ett krav på kommunerna att erbjuda föräldrar råd, stöd och annan hjälp som de behöver innebär förslaget dock inte några helt nya uppgifter. Förslaget ska i stället ses som en förpliktelse för kommunerna att särskilt nå vårdnadshavare vars barn omhändertagits utan deras samtycke till följd av brister i hemmiljön. Ett gott stöd till dessa vårdnadshavare kan bl.a. bidra till att barnet få en god och stabil kontakt med dem genom en återförening eller ett väl fungerande umgänge. Förslaget kan också leda till att kontakterna mellan barn och vårdnadshavare samt mellan familjehemsföräldrar och vårdnadshavare underlättas. Det kan stärka såväl barnrättsperspektivet i tvångsvården som föräldrarnas ställning och rättssäkerhet genom att förebygga fortsatta eller ytterligare problem i kontakterna.

Utredningen vill framhålla vikten av ett *aktivt* erbjudande för att nå dessa vårdnadshavare, som inte själva samtyckt till placeringen av deras barn. Förutom egna problem kan de vara i kris till följd av omhändertagande och inte vilja ha kontakt med socialtjänsten. För att ett erbjudande ska vara aktivt krävs både att det utformas på ett

motiverande sätt, att det kommuniceras på ett sätt som anpassas efter vårdnadshavarnas förutsättningar samt att det ges och upprepas när dessa kan tänka igenom vad det innebär. Vad ett aktivt erbjudande ska innebära i praktiken kommer att behöva utvecklas i förhållande till vårdnadshavarnas behov och förutsättningar.

Enligt utredningens bedömning är det särskilt viktigt med aktiva erbjudanden i tidiga skeden av en placering där en återförening är målet för vården. Erbjudandena bör ges med beaktande av de akuta krisreaktioner som kan finnas i samband med placeringen, men det får antas att många vårdnadshavare ändå inte vill ta emot råd, stöd och hjälp från socialnämnden eller exempelvis en idéburen organisation som nämnden samverkar med. I vilket skede som det aktiva erbjudandet ska övergå i en beredskap hos nämnden att ge råd, stöd och hjälp efter behov går inte att avgöra generellt, men i de sammanhangen behöver nämnden ta upp frågan vid olika kontakter med vårdnadshavarna om placeringen.

När en vårdnadshavare sagt ja till ett erbjudande om stöd måste det givetvis följas av insatser som utförs med kompetens och kunskap om väl fungerande arbetssätt och metoder för att göra vårdnadshavaren delaktig i vården av barnet och utvecklas i föräldraskapet.

Under år 2013 var omkring 4 900 barn och unga någon gång placerade med stöd av LVU till följd av brister i hemmiljön.<sup>6</sup> Det finns i dag inga samlade uppgifter om huruvida deras vårdnadshavare får råd, stöd och annan hjälp från socialnämnden eller om insatsernas frekvens och inriktning. Utredningen bedömer att det är särskilt angeläget att den föreslagna nya skyldigheten leder till mer aktiva erbjudanden – och mer systematiska insatser för råd, stöd och hjälp – för vårdnadshavare till barn och unga som relativt nyligen blivit placerade i LVU-vård. Under 2013 påbörjade drygt 1 100 barn och unga sådan vård till följd av brister i hemmiljön.<sup>7</sup>

Utöver detta saknas det underlag för en närmare beskrivning och bedömning av vilka ekonomiska konsekvenser som den föreslagna bestämmelsen kan leda till. I Danmark finns det sedan tidigare exempel på motsvarande insatser och i Sverige pågår lokala

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsen (2014c) s. 66 (tabell 13).

<sup>7</sup> A.a. s. 61 (tabell 8).

projekt inom området. Utredningen har dock inte haft tillgång till beräkningar av exempelvis stödets omfattning i tid från dessa arbeten. Vidare saknas det uppgifter om omfattning av och kostnader för det stöd som kommunerna redan är skyldiga att ge enligt 6 kap. 7 § 4 SoL.

Utredningen har gjort antagandet att vårdnadshavare till omkring 2 000 omhändertagna barn och unga behöver få aktiva erbjudanden om stöd per år. Det motsvarar vårdnadshavarna till omkring 1 100 nytillkomna barn och unga i LVU-vård samt till omkring 900 barn och unga som placerats till följd av brister i hemmiljön under det senaste året och där vården ännu pågår. För såväl erbjudanden som stödinsatser utöver det som kommunerna redan är skyldiga att ge antar utredningen att det kan behövas en insats motsvarande en halv till en hel arbetsvecka för en socialsekreterare under ett år. Med en kostnad på 300 kronor per timme för en socialsekreterare beräknas förslaget leda till ökade kostnader för kommunerna med omkring 18 miljoner kronor per år.

### **Tydligare krav på inriktningen på stöd och hjälp efter avslutad placering**

Förslaget, som finns i avsnitt 18.7.3, innebär vissa förtydliganden av det ansvar som socialnämnden redan har enligt 5 kap. 1 § SoL för att, i sin omsorg om barn och unga, tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört. Dessa förtydliganden avser inriktningen på stödet och hjälpen.

Den del av förslaget som innebär att socialnämndens ansvar för stöd till unga som ska ha en egen bostad efter avslutad placering ska upphöra när han eller hon fyller 22 år innebär dock nya uppgifter och en viss ambitionshöjning. Det finns i dag ingen motsvarande åldersgräns för kravet på stöd och hjälp efter avslutad placering i 5 kap. 1 § SoL. Enligt Socialstyrelsen får det nuvarande ansvaret, med hänvisning till förarbeten och föräldrabalken, anses omfatta i vart fall barn och unga i åldersgruppen 0–20 år.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Socialstyrelsen hänvisade till prop. 2006/07:129 s. 51, prop. 1979/80:1 s. 254 och 7 kap. 1 § föräldrabalken (FB).

Enligt Socialstyrelsens statistik avslutades vård utanför det egna hemmet för 460 personer vid 21 års ålder under år 2013. Dessa kan sägas vara en ny grupp för socialnämndens ansvar för stöd och hjälp efter avslutad placering. Med tanke på att unga kan ha ett behov av långvarigt stöd för en successiv övergång från vård utanför det egna hemmet till en självständig vuxentillvaro kan ytterligare en andel av de som avslutade en placering efter 18 års ålder behöva stöd och hjälp fram tills att de fyller 22 år. Under 2013 avslutades vård utanför det egna hemmet för omkring 3 250 personer i åldern 18–20 år. Det är svårt att bedöma hur många av dessa som skulle ha behov av fortsatt stöd och hjälp och även tacka ja till ett erbjudande om detta. Det finns inga uppgifter om hur många som i dag får stöd och hjälp av kommunen efter avslutad placering med stöd av 5 kap. 1 § SoL eller om vad stödet och hjälpen innehåller och kostar. Vidare varierar behovet av stöd och hjälp mellan olika personer, såväl när det gäller innehåll som omfattning och utsträckning i tiden.

Även efter 21 års ålder har de som avslutar en placering i vissa fall rätt till annat stöd och annan hjälp från kommunen för sin försörjning och sin sysselsättning. Det gäller inte minst den relativt stora andelen ensamkommande barn och unga som avslutar en placering på gränsen till vuxenlivet. Någon samlad bild av kommunernas utgifter för de olika former av stöd, hjälp m.m. som tidigare placerade barn och unga får är inte tillgänglig. Ett mer systematiskt arbete med stöd och hjälp efter avslutad placering, inom kommunen och i samverkan med andra aktörer, torde kunna innebära både ett mer samlat stöd till den enskilde och en effektivare användning av kommunernas resurser.

Utredningen beräknar att kommunerna, genom den föreslagna bestämmelsen, kommer att behöva ge stöd och hjälp till omkring ytterligare 1 000 personer per år upp till 22 års ålder. Det handlar dels om huvuddelen av den grupp som lämnar en placering med stöd av LVU när de fyller 21 år, dels om en mindre andel av de som tidigare avslutat en placering enligt SoL eller LVU och som har ett kvarstående behov av stöd och hjälp efter 20 års ålder och före 22 års ålder. Om stödet och hjälpen till dem motsvarar en till två arbetsveckor för en socialsekreterare kan den sammanlagda kostnaden beräknas till omkring 20 miljoner kronor per år.

## Minskade krav på kommunerna

Inom ett par områden föreslår utredningen minskade krav på kommunerna. Det gäller dels kraven på läkarundersökningar i samband med att barn och unga placeras i samhällsvård (avsnitt 9.16.5), dels reglerna om hemtagningsbegäran (avsnitt 13.18.5). I båda dessa fall kan förslagen leda till något minskade kostnader för kommunerna, men det saknas underlag för att beräkna detta. Det är inte heller osannolikt att kvaliteten på de läkarundersökningar som kommer i fråga kan behöva vara högre än i dag, när läkarundersökningarna till stor del uppfattas som nödvändiga för att socialnämnden ska kunna bifoga ett läkarintyg till ansökan om en placering med stöd av LVU. Med hänsyn till detta anser utredningen att finansieringsprincipen inte ska tillämpas på dessa båda förslag.

### 20.5.4 Ekonomiska konsekvenser för landstingen

**Utredningens bedömning:** Om förslagen genomförs beräknas landstingen att få ökade kostnader med 8 miljoner kronor per år till följd av utökade arbetsuppgifter.

Som framgår ovan bedömer utredningen att det föreslagna kravet på överenskommelser mellan kommuner och landsting om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför hemmet (avsnitt 15.8.2) inte föranleder nya uppgifter och kostnader för huvudmännen. Däremot bedöms förslaget om en ny lag om landstingens ansvar att, på socialnämndens begäran, erbjuda barn och unga en hälsoundersökning i anslutning till placering i familjehem eller HVB innebära en ny uppgift (avsnitt 9.16.6).

Under år 2013 påbörjade ungefär 12 900 barn och unga heldygnsinsatser enligt SoL och/eller LVU. Av dem var knappt 10 000 barn och unga nytillkomna som inte hade erhållit heldygnsinsats enligt dessa lagar under de föregående fem åren.<sup>9</sup> Av de

---

<sup>9</sup> Socialstyrelsen (2014c) s. 54 (tabell 1). Ett nytillkommet barn räknas bara en gång i statistiken oavsett om barnet blev placerat flera gånger under 2013.

nyttillkomna placerades knappt 7 500 i familjehem och HVB och övriga i jourhem m.m.<sup>10</sup>

En betydande andel av de som placerades med stöd av främst SoL var ensamkommande barn och unga, som omfattas av bestämmelserna om hälsoundersökningar i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det finns ingen statistik som exakt visar hur stor den andelen var, men uppgift om båda föräldrarnas födelseland saknades för nästan hälften av de nyttillkomna, drygt 4 900.<sup>11</sup> Enligt Migrationsverket kom omkring 3 850 ensamkommande barn och unga till Sverige under 2013.<sup>12</sup>

I princip bör ensamkommande barn och unga redan omfattas av de krav som gäller lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Den lagen är avsedd för de särskilda behov som kan finnas ur exempelvis smittskyddssynpunkt bland asylsökande. Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd till lagen med krav på bl.a. utformningen av erbjudande om hälsoundersökning, hälsoundersökningens utformning samt tillgång till tolk vid hälso- och sjukvård åt asylsökande. Utredningen har haft Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som en viktig utgångspunkt för sitt förslag om reglerna i den nya lag om hälsoundersökningar som föreslås. Det finns därför ingen anledning att förvänta sig kvalitativa skillnader mellan hälsoundersökningar med stöd av den nya lagen och hälsoundersökningar med stöd av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Av återstående 6 000 nyttillkomna barn och unga kan, som framgått ovan, omkring en fjärdedel antas ha placerats i jourhem m.m. Det innebär att omkring 4 500 nyttillkomna barn och unga i samhällsvård återstår. Av dessa kommer några inte att vara aktuella för ett erbjudande om hälsoundersökning eftersom de nyligen genomgått en motsvarande undersökning inom exempelvis barnhälsovården eller elevhälsan. Av dem som erbjuds en hälsoundersökning kommer dessutom några att tacka nej. Ett rimligt

---

<sup>10</sup> A.a. s. 59 (tabell 6). I statistiken särredovisas placeringar i nätverkshem, dessa har här räknats in i familjehemmen.

<sup>11</sup> A.a. s. 54 (tabell 1).

<sup>12</sup> Antalet ensamkommande barn och unga har ökat efter 2013, se Migrationsverket (2015). Det saknas dock annan statistik om placerade barn och unga för tiden efter 2013 att jämföra med.

antagande är att knappt 4 000 hälsoundersökningar kan bli aktuella per år i samband med att barn och unga placeras i samhällsvård.

I anslutning till de erbjudanden om hälsoundersökningar som landstingen är skyldiga att göra enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. har Migrationsverket beslutat om en schablonersättning per genomförd hälsoundersökning som staten ersätter landstingen med. För år 2015 är denna ersättning 2 060 kronor.<sup>13</sup> Utredningen bedömer att samma förutsättningar måste gälla för alla barn och unga som placeras och att den ersättning som gäller för ensamkommande barn och unga kan tas som ett riktmärke också för hälsoundersökningar av andra barn och unga. Kostnaden för undersökningar av barns och ungas hälsa i samband med placering har i svenska studier uppskattats till omkring 3 000 kronor, men då har undersökningarna genomförts av läkare.<sup>14</sup> Hälsoundersökningar av barn och unga som bor i Sverige sedan tidigare kan i vissa fall också kosta mindre att genomföra om de utgår från uppgifter som tidigare framkommit vid kontakter med hälso- och sjukvården.

Sammantaget bedömer utredningen att förslaget om en ny lag om hälsoundersökningar i samband med placering av barn och unga kommer att medföra kostnadsökningar för landstingen på 8 miljoner kronor per år, vilket motsvarar undersökningar för 2 060 per styck för 4 000 barn och unga.

### 20.5.5 Ekonomiska konsekvenser för andra aktörer

Utredningen bedömer att förslagen inte innebär några nya eller utökade arbetsuppgifter för företag eller andra enskilda.

---

<sup>13</sup> Information på Migrationsverkets webbplats ([www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se)). Migrationsverket beslutar om schablonersättningens storlek med stöd av förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

<sup>14</sup> Bo Vinnerljung, "Barn i fosterhem", presentation Nordens Välfärdscenter Stockholm 23–24 mars 2015 ([www.nordicwelfare.se](http://www.nordicwelfare.se)).



### 20.5.6 Sammanställning av nya kostnader för staten, kommunerna och landstingen

Utredningen beräknar, som framgår ovan, följande ekonomiska konsekvenser av förslagen i detta betänkande:

- Staten beräknas få nya temporära kostnader under en period på fyra år med 32 miljoner kronor det första året, 26,5 miljoner kronor det andra året, 13 miljoner kronor det tredje året och 2 miljoner kronor det fjärde året. Kostnaderna avser uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys, särskilda medel för lokalt utvecklingsarbete samt stöd till implementeringen av den nya lagstiftningen. Staten beräknas också få nya permanenta kostnader på 5 miljoner kronor per år för sin egen verksamhet. Kostnaderna följer av förslagen om rätt till offentligt biträde i mål om umgängesbegränsningar och hemlighållande av vistelseort samt rätt att överklaga de särskilda befogenheterna.
- Kommunerna beräknas få ökade kostnader med 43–48 miljoner per år till följd av utökade arbetsuppgifter och ambitionshöjningar i lagstiftningen.
- Landstingen beräknas få ökade kostnader med 8 miljoner kronor per år till följd av utökade arbetsuppgifter.

Den närmare fördelningen av dessa kostnader framgår av tabell 20.1 och 20.2.

**Tabell 20.1 Permanenta nya kostnader för staten, kommunerna och landstingen. Miljoner kronor**

<b>Staten</b>	
Rätt till offentligt biträde i mål om umgängesbegränsning m.m.	2
Rätt att överklaga skyddsåtgärder och till offentligt biträde	3
<b>Kommunerna</b>	
Möjlighet att bevilja vård utanför det egna för barn som fyllt 16 år mot vårdnadshavarens vilja	5–10
Stärkt stöd till vårdnadshavare i samband med placering med stöd av LVU	18
Stöd och hjälp efter avslutad placering	20
<b>Landstingen</b>	
Hälsundersökningar i samband med placering	8
<b>Summa</b>	<b>56–61</b>

**Tabell 20.2 Temporära nya kostnader för staten. Miljoner kronor**

	År 1	År 2	År 3	År 4
<b>Staten</b>				
Uppdrag till Socialstyrelsen	12	11,5	-	-
Särskilda medel för utvecklingsarbete för stöd och hjälp efter avslutad placering	13	13	13	2
Uppdrag till Myndigheten för vårdanalys	2	2	-	-
Stöd till implementeringen av ny lagstiftning	5	-	-	-
<b>Summa</b>	<b>32</b>	<b>26,5</b>	<b>13</b>	<b>2</b>

### 20.5.7 Finansiering

Enligt kommittédirektiven ska utredningen föreslå finansiering när det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar. Som framgått ovan bedömer utredningen att det kommer att uppstå kostnadsökningar för staten, kommunerna och landstingen om förslagen genomförs. Utredningen förfogar dock inte över förslag till finansiering, som kräver effektiviseringsvinster inom samhällsvården för barn och unga. På sikt kan sådana vinster vara möjliga, men utredningen måste konstatera att underlaget för att analysera förutsättningarna för effektiviseringsvinster är bristfälliga och att frågorna griper över större delar av den sociala ungdomsvården än vad

som motsvaras av utredningens direktiv. Ett exempel på det är institutionsvården, som omsätter stora ekonomiska belopp och där frågor om styrning och resursanvändning väckts under de senaste åren (se kapitel 16). Ett annat exempel är den stora mängd utredningar som görs inom socialtjänsten vid anmälningar om att barn far illa eller riskerar att fara illa. En särskild bestämmelse i LVU för utredningar som bedrivs utan samtycke skulle kunna öka tydligheten om vad som bör gälla för utredningar som genomförs med eller utan samtycke. Införandet av en sådan bestämmelse kräver dock att hela den sociala barn- och ungdomsvårdens utredningsverksamhet beaktas. Det saknas dessutom statistik om anmälningar och utredningar inom den sociala barn- och ungdomsvården för att analysera konsekvenserna av ändrade utredningsbestämmelser och för att följa upp eventuella förändringar.

## 20.6 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

**Utredningens bedömning:** Förslaget till ny LVU samt vissa andra författningsändringar innebär utökade och mer detaljerade krav i lagstiftningen på kommunernas och landstingens verksamhet. Utredningen anser att detta är nödvändigt med hänsyn till rättssäkerheten och intresset av att placerade barn och unga tillförsäkras skydd och en god vård.

Den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunalt självstyre. Det framgår av 1 kap. 1 § RF. Enligt 14 kap. 2 § RF sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Av 14 kap. 3 § RF framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

### 20.6.1 Nya befogenheter för socialnämnden

Några av utredningens förslag innebär att socialnämnden får utökade befogenheter att vid behov besluta om vård med stöd av SoL eller LVU. Det gäller förslagen om

- öppna insatser till följd av ungas eget beteende efter avslutad placering (avsnitt 6.7.2),
- öppna insatser utan vårdnadshavarens samtycke för barn under 15 år (avsnitt 6.7.3),
- nya möjligheter till placering med stöd av SoL utan vårdnadshavarens samtycke för barn som fyllt 16 år (avsnitt 11.6.2), och
- att barnets bästa ska vara avgörande vid prövning av om vård med stöd av LVU vid brister i barnets hemmiljö ska upphöra (avsnitt 13.18.6).

Förslagen innebär inte några nya skyldigheter för socialnämnden och därmed inte heller någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Syftet är att öka barns och ungas tillgång till skydd eller vård i utsatta situationer där barnrättsperspektivet i dag är alltför svagt i lagstiftningen och där socialnämnden inte har befogenhet att agera.

### 20.6.2 Mildrade krav på socialnämnden

Två av utredningens förslag innebär mildrade krav på socialnämnden. Dels gäller det förslaget om att läkarundersökning inför ansökan om vård med stöd av den nya LVU bara ska göras om den inte är obehövlig (avsnitt 9.16.5). Dels gäller det förslaget om att en hemtagningsbegäran inte längre ska behöva prövas av socialnämnden om frågan har prövats av socialnämnd eller domstol de senaste tolv månaderna (avsnitt 13.18.5). Förslagen innebär ingen inskränkning av den kommunala självstyrelsen.

### 20.6.3 Nya eller förtydligade krav på socialnämnden

#### Krav på vård med stöd av nya LVU

Utredningen föreslår att den nya LVU ska innehålla krav på att insatser ska vara av god kvalitet och särskilt vara trygga, säkra, ändamålsenliga och präglade av kontinuitet. Dessa krav finns redan i gällande lagar (krav på kvalitet och samverkan i SoL) och i föreskrifter från Socialstyrelsen (krav på god vård). Utredningens förslag syftar till att samla reglerna om nämndens skyldigheter och att beskriva dem utifrån barnets eller den unges perspektiv. Därmed blir det tydligare för barn och unga vad de kan förvänta sig av vården. Även för huvudmän, verksamheter och professionella blir det tydligare vilka grundläggande krav som gäller på vård enligt den nya LVU.

Till de övergripande kraven hör också att barn och unga ska ha rätt till samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön och att de ska ges möjlighet till en fritid som är anpassad till deras ålder och intressen. Vidare föreslår utredningen mer preciserade krav på information till barnet eller den unge (avsnitt 5.8.5). Dessa krav finns inte direkt i dagens regelverk. De bedöms emellertid vara förtydliganden av socialnämndens ansvar vid placeringar av barn och unga enligt dagens LVU.

Sammantaget svarar dessa krav för en viktig del av barnrättsperspektivet i den nya LVU. Utredningen ser inga alternativ till att införa dem i lagen och bedömer att de är proportionerliga i förhållande till den inskränkning som de innebär i den kommunala självstyrelsen.

#### Beslut, planering och avslutande av vård

Inom några områden föreslår utredningen nya eller tydligare bestämmelser om socialnämndens ansvar i samband med beslut om vård med stöd av LVU samt planering och avslutande av vård utanför det egna hemmet. Det gäller

- en ny bestämmelse i LVU om utformningen av socialnämndens beslut om omedelbart omhändertagande (avsnitt 8.11.2),

- tydligare bestämmelser i SoL och SoF om vårdplanens roll för den långsiktiga inriktningen av vården (avsnitt 13.18.3),
- ett förtydligande i SoL och LVU av de skäl som ska ligga till grund för socialnämndens ansökan om vårdnadsöverflyttning (avsnitt 13.18.8), och
- kompletteringar i SoL och LVU om att frågan om vårdnadsöverflyttning, efter att barnet varit placerat i samma familjehem under tre år, årligen ska övervägas i samband med rapporteringen om barnets vård (avsnitt 13.18.8).

Förslagen syftar till ökad systematik i socialnämndens arbete för att tillförsäkra placerade barn och unga skydd, god vård och långsiktig trygghet under uppväxten. Bestämmelserna om vårdplanens roll och skäl vid ansökan om vårdnadsöverflyttning syftar också till att ge socialnämnden tydligare ramar för sina bedömningar och sin planering.

Utredningen har vid kontakter med professionella inom socialtjänsten kunnat konstatera att det finns oklarhet om vårdplanens roll och osäkerhet om arbetet med att överväga och ansöka om vårdnadsöverflyttning. För placerade barn och unga samt deras föräldrar kan det leda till bristande långsiktighet och otrygghet. Enligt utredningens bedömning måste de föreslagna förändringarna göras i SoL, LVU och SoF med tanke på rättssäkerheten och likvärdigheten för placerade barn, unga och föräldrar i olika delar av landet. Mindre ingripande åtgärder, som t.ex. kunskapsstöd om skäl för ansökan om vårdnadsöverflyttning, kan inte på samma sätt bidra till att syftet uppnås.

De föreslagna bestämmelserna bedöms vara nödvändiga och proportionerliga i förhållande till de inskränkningar som de innebär i den kommunala självstyrelsen.

## **Kontakt och samverkan med landsting**

Utredningen föreslår nya krav på socialnämnden eller kommunen när det gäller kontakter och samverkan med landsting. Det gäller

- en ny bestämmelse i SoL om att socialnämnden i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds i familjehem eller HVB

ska begära att landstinget erbjuder barnet eller den unge en hälsoundersökning (avsnitt 9.16.6), och

- en ny bestämmelse i SoL om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbete om placerade barn och unga (avsnitt 15.8.2).

Förslagen syftar till att placerade barn och unga ska ges tillgång till ett samlat stöd för sin hälsa och utveckling. I båda fallen är det känt från forskning och myndighetsrapporter att samhället i dag inte lever upp till sitt ansvar för detta. Utredningen har övervägt mindre ingripande alternativ som kunskapsstöd och utvecklingsinsatser, men konstaterat att dessa inte är tillräckliga för att uppnå de eftersträvade resultaten. Problemen har varit kända länge och olika insatser i form av nationellt kunskapsstöd m.m. har redan prövats. Den föreslagna bestämmelsen om överenskommelser är dessutom en typ av styrningsmedel som slår vakt om kommunernas och landstingens skyldigheter och möjligheter att själva bedöma hur samverkan bör utformas inom ramen för gällande regler och utifrån lokala och regionala förutsättningar.

Utredningen anser att de båda föreslagna bestämmelserna är nödvändiga och proportionerliga i förhållande till de inskränkningar som de innebär i den kommunala självstyrelsen.

### **Information och stöd till vårdnadshavare**

När det gäller information och stöd till vårdnadshavare föreslår utredningen dessa bestämmelser med nya eller tydligare krav på socialnämnden:

- en ny bestämmelse i LVU om att vårdnadshavaren så långt möjligt ska hållas underrättad om vården av barnet och ges möjlighet att vara delaktig i genomförandet (avsnitt 12.9.2), och
- en ny bestämmelse i LVU om att nämnden aktivt ska erbjuda vårdnadshavarna stöd som kan bidra till att de blir delaktiga i vården och utvecklas i sitt föräldraskap sedan deras barn omhändertagits till följd av brister i hemmiljön (avsnitt 12.9.5).

Förslagen syftar till att förbättra förutsättningarna för att barn som placeras till följd av brister i hemmiljön kan återförenas med sina vårdnadshavare eller, om detta inte är möjligt, få ett väl fungerande umgänge med dem. Förslagen syftar också till stärkt rättssäkerhet för vårdnadshavare under en placering med stöd av den nya LVU.

Enligt utredningens bedömning är dessa bestämmelser nödvändiga med hänsyn till barns behov av långsiktig trygghet under uppväxten och föräldrars rättssäkerhet vid tvångsomhändertaganden. Bestämmelsen om aktiva erbjudanden om stöd med en viss inriktning är en komplettering av det stöd som socialnämnden enligt SoL redan är skyldig att ge vårdnadshavare vid en placering av deras barn. Förtydligandet av stödets inriktning ger socialnämnden tydligare ramar för insatserna.

Utredningen anser att mindre ingripande alternativ är otillräckliga eftersom de inte säkerställer likvärdigheten för placerade barn i olika delar av landet och föräldrars rättssäkerhet. De föreslagna bestämmelserna bedöms vara proportionerliga i förhållande till de inskränkningar som de innebär i den kommunala självstyrelsen.

## Stöd och hjälp efter avslutad placering

Utredningen föreslår följande nya eller tydligare krav på socialnämnden avseende stöd och hjälp efter avslutad placering:

- ett tillägg i socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) med krav på att genomförandepLANEN ska beskriva hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter att en placering i familjehem eller HVB har avslutats (avsnitt 18.7.2),
- förtydliganden om inriktningen på stöd och hjälp efter avslutad placering (avsnitt 18.7.3), och
- en ny bestämmelse i SoL om att socialnämndens ansvar för stöd och hjälp ska gälla till 22 års ålder om den som varit placerad ska ha en egen bostad efter placeringen (avsnitt 18.7.3).

Förslagen syftar till att stärka det långsiktiga stödet till barn och unga som varit placerade, särskilt vid övergången till ett självständigt vuxenliv. Det är väl känt från forskningen att stöd och



hjälp efter avslutad placering ofta har en avgörande betydelse för det långsiktiga resultatet av vård i familjehem eller vid institution.

Förslagen innebär kompletteringar av gällande bestämmelser om planering av vården eller stöd och hjälp efter avslutad placering. Förslagen om genomförandeplanen och inriktningen på stöd och hjälp innebär en viss ambitionshöjning, men inga nya uppgifter för socialnämnden. Förslaget om en gräns vid 22 år innebär däremot ett nytt krav som begränsar socialnämndens möjlighet att bedöma hur länge insatserna ska pågå, även om stödet och hjälpen ska ges efter individuella behov.

Utredningen har övervägt mindre ingripande alternativ, men bedömt att dessa inte är tillräckliga för att uppnå syftet. Förslagen om inriktningen på stödet överensstämmer med vad som redan anges i Socialstyrelsens allmänna råd. Att införa bestämmelser om detta i lag ger dock ökad tydlighet och möjlighet till tillsyn av hur bestämmelsen tillämpas. Förslaget om ett förtydligande av stödets inriktning innebär i sig ett mindre ingripande alternativ än en skyldighet för socialnämnden att erbjuda och ge vissa preciserade stöd- och hjälpinsatser som t.ex. kontaktperson. Utredningen har i stället valt att kombinera förslaget om förtydligande av stödets inriktning med ett förslag om statliga medel till ett utvecklingsarbete inom området.

Utredningen anser att de föreslagna bestämmelserna är nödvändiga och proportionerliga i förhållande till de inskränkningar som de innebär i den kommunala självstyrelsen.

#### **20.6.4 Nya krav på landstingen**

Två av utredningens förslag innebär nya krav i fråga om landstingens ansvar och skyldigheter:

- en ny bestämmelse i HSL om att landstingen på socialnämndens begäran ska erbjuda barn och unga en hälsoundersökning i samband med placering i familjehem eller HVB (avsnitt 9.16.6), och
- en ny bestämmelse i HSL om att landsting och kommuner ska ingå överenskommelser om samarbete om vård utanför hemmet av barn och unga (avsnitt 15.8.2).

Förslagen syftar till att placerade barn och unga ska ges tillgång till ett samlat stöd för sin hälsa och utveckling. De utgår från samma syften och problembild som de redan nämnda förslagen om socialnämndens skyldighet att begära hälsoundersökningar och kommunens skyldighet att ingå överenskommelser med landstinget om placerade barn.

Den föreslagna bestämmelsen om hälsoundersökningar innebär en viss inskränkning av landstingens möjlighet att prioritera resurser efter behov. Utredningen anser dock att det finns starka belägg för att systematiska hälsoundersökningar av barn och unga leder till att viktiga hälsoproblem och hälsorisker kan identifieras och adekvat vård ges. Det handlar inte sällan om problem och risker som den reguljära hälsovården för barn och unga redan borde ha upptäckt. Mot den bakgrunden bedömer utredningen att förslaget kan säkerställa att barn och unga i utsatta situationer får den hälso- och sjukvård som de behöver och som landstingen är skyldiga att ge.

Den föreslagna bestämmelsen om överenskommelser slår vakt om kommunernas och landstingens skyldigheter och möjligheter att själva bedöma hur samverkan bör utformas inom ramen för gällande regler och utifrån lokala och regionala förutsättningar.

Utredningen anser att de föreslagna bestämmelserna är nödvändiga och proportionerliga i förhållande till de inskränkningar som de innebär i den kommunala självstyrelsen.

## 20.7 Konsekvenser för att nå de integrationspolitiska målen

**Utredningens bedömning:** En reformerad tvångsvård för barn och unga är angelägen också för att uppnå de integrationspolitiska målen. Bland annat bör förslaget om tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering kunna bidra till förbättrade förutsättningar för ensamkommande barn som avslutar en placering för övergång till självständigt vuxenliv.

Utredningen bedömer att en reformerad tvångsvård för barn och unga också bidrar till att de integrationspolitiska målen uppnås. De krav på anpassad information till barn, unga och deras föräldrar

som utredningen föreslår bedöms innebära förbättrade möjligheter också för de som inte talar svenska att vara delaktiga i vården (avsnitt 5.8.5). Överhuvudtaget förväntas ett stärkt barnrättsperspektiv innebära ett starkare fokus på barns och ungas individuella rättigheter och behov, och därmed också på förhållanden som kan hänga samman med erfarenheter i samband med migration.

Förslaget om tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering bör kunna bidra till förbättrade förutsättningar för bl.a. ensamkommande barn som avslutar en placering för övergång till självständigt vuxenliv. Förslaget avser stöd med ekonomi, boende, studier och arbete till 22 års ålder. Det omfattar även de som varit placerade med stöd av SoL, vilket gäller för huvuddelen av ensamkommande barn. Det utvecklingsarbete som utredningen föreslår för ökad kunskap om stöd och hjälp efter avslutad placering kan på sikt också förbättra förutsättningarna inom detta område (avsnitt 18.7.3–18.7.4).

## 20.8 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

**Utredningens bedömning:** En reformerad tvångsvård för barn och unga bidrar positivt till det brottsförebyggande arbetet. En tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering bör bidra till förbättrade förutsättningar även för de unga som omhändertagits till följd av brottslig verksamhet.

Utredningen anser att en reformerad tvångsvård för barn och unga bidrar positivt till det brottsförebyggande arbetet. Flera av de konsekvenser som beskrivs i analysen av hur förslagen påverkar barn och unga är relevanta också i detta sammanhang. Förslagen berör inte direkt brottslighet och brottsförebyggande arbete, men brottslig verksamhet är ett av de beteenden som kan föranleda tvångsvård. Detta kriterium föreslås även ingå i den nya LVU.

Två förslag bedöms särskilt kunna ha betydelse i detta sammanhang. Det gäller dels förslaget om möjligheter för socialnämnden att besluta om öppna insatser utan den unges samtycke vid upphörande av en placering för att hindra beteendeproblem som kan föranleda en ny placering (avsnitt 6.7.2), dels förslaget om

tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering till 22 års ålder (avsnitt 18.7.3). Tydligare kvalitetskrav på insatser med stöd av den nya LVU innebär att innehållet utvecklas och följs upp också med avseende på behoven hos de unga som omhändertas till följd av brottslig verksamhet.

## 20.9 Konsekvenser för små företag

**Utredningens bedömning:** Förslagen om insatser för att uppnå ökad tydlighet i fråga om ansvar och befogenheter för personal på HVB och om vilka frågor som får omfattas av ordningsregler på HVB ger klarare förutsättningar för arbetet också på de institutioner som drivs av små företag. Dessa företag åläggs inga nya uppgifter genom utredningens förslag.

Omkring hälften av de barn och unga som är placerade i HVB med stöd av LVU vårdas på institutioner i enskild regi, av vilka många drivs av små företag. Utredningens förslag om tydligare och mer samlade kvalitetskrav omfattar även dessa verksamheter.

Förslaget om att tydliggöra ansvar och befogenheter för familjehemsföräldrar och personal vid HVB bör, enligt utredningens bedömning, bidra till att klargöra förutsättningarna för verksamheten vid alla HVB (avsnitt 14.11.3). Även förslaget om en bestämmelse som tydliggör vilka frågor som får omfattas av ordningsregler på HVB bör leda till tydligare förutsättningar för arbetet (avsnitt 14.11.5). Genom det föreslagna uppdraget till Socialstyrelsen att leda ett arbete för en gemensam kunskapsgrund och samsyn om gränssättande åtgärder på HVB bedöms även ansvariga för och personal vid enskilda HVB få bättre förutsättningar att arbeta systematiskt, rättssäkert och på ett etiskt försvarbart sätt med dessa frågor (avsnitt 14.11.4).

Förslaget om att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda kompetens- och utbildningsfrågor inom institutionsvården kan på sikt bidra till tydligare förutsättningar för kvaliteten på alla HVB (avsnitt 16.8.2).

## 20.10 Övriga konsekvenser

**Utredningens bedömning:** Förslagen har inte några avgörande konsekvenser för de övriga områden som anges i 14–15 §§ kommittéförordningen.

Utredningen bedömer att förslagen inte har några avgörande konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet. Utredningen bedömer inte heller att förslagen påverkar den fria rörligheten inom EU eller medför några särskilda konsekvenser för EU/EES-medborgare.

## 21 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

### 21.1 Ikraftträdande

**Utredningens förslag:** Den nya lagstiftningen och de föreslagna författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2017.

Utredningen bedömer att regeringen tidigast hösten 2016 kan överlämna en proposition till riksdagen med de förslag som lämnas i detta betänkande. Utredningen bedömer att Socialstyrelsen behöver få tid på sig att utarbeta nya allmänna råd för tillämpningen av den nya lagen med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga samt den nya lagen om hälsoundersökning av barn och unga vid beslut om vård utanför det egna hemmet. Även kommuner och landsting behöver få förberedelsetid, bl.a. för att förbereda utredningens förslag som gäller stöd till vårdnadshavarna och stöd till barn och unga efter avslutad placering. Utredningen föreslår därför att de föreslagna nya författningarna samt de föreslagna författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2017.

### 21.2 Övergångsbestämmelser

**Utredningens förslag:** Övergångsbestämmelser införs i den nya lagen med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga.

Beslut om särskilda befogenheter som pågår vid ikraftträdandet ska fortsätta att gälla; dock med de tidsfrister och andra bestämmelser som gäller för åtgärden enligt den nya lagen.

Införandet av den nya lagen med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga aktualiserar vissa frågor av övergångskaraktär som behöver lösas lagtekniskt. En utgångspunkt för det arbetet har varit att den nya lagen i princip ska tillämpas fullt ut vid ikraftträdandet. Det innebär att den nya lagen inte enbart ska omfatta barn och unga som blir föremål för tvångsvård efter ikraftträdandet utan också barn och unga som redan är föremål för vård enligt LVU vid denna tidpunkt.

Av praktiska skäl men också för att undvika orimliga konsekvenser av en sådan ordning behöver dock vissa avsteg göras härifrån. Vid ikraftträdandet av den nya lagen kommer det att finnas ett antal barn och unga som är föremål för ett beslut om en särskild befogenhet när den nya lagen träder i kraft. Enligt utredningen ska sådana beslut fortsätta att gälla; dock med den skillnaden efter ikraftträdandet att den nya lagens krav på tidsfrister m.m. ska gälla.

## 22 Författningskommentar

### 22.1 Förslag till lag (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga

Den nya lagen med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga är en omarbetning av den nuvarande lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Författningskommentarer till motsvarande bestämmelser i den nuvarande lagen ska alltså äga giltighet, om inte annat följer av denna författningskommentar.

#### 1 kap. Inledande bestämmelser

##### 1 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar, 1 § första meningen nuvarande LVU.

I paragrafen har *barn och ungdom* ersatts med *barn och unga*. Paragrafen klargör förhållandet mellan denna lag och socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Lagen är en kompletterande lag och reglerar förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i SoL. Paragrafen erinrar om att vård av barn och unga inom socialtjänsten i första hand ska ges i frivilliga former med stöd av SoL.

##### 2 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, 1 § femte stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

Första stycket stadgar att barnets eller den unges bästa ska vara avgörande vid beslut enligt lagen. Bestämmelsen har i sak flyttats över oförändrad till den nya lagen. I barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 3 påminns om att det inte finns någon



rangordning av rättigheterna i barnkonventionen. Alla rättigheter som föreskrivs är för barnets bästa och ingen rättighet ska kunna inskränkas av en negativ tolkning av barnets bästa. Tolkningar av begreppet barnets bästa kan inte gå före eller åsidosätta någon av de andra enskilda rättigheterna som garanteras i konventionens övriga artiklar. Begreppet får särskild betydelse i situationer där andra mer specifika bestämmelser i konventionen inte kan tillämpas.<sup>1</sup>

Paragrafen ska, genom dess placering i det inledande kapitlet i den nya LVU, ses som en portalbestämmelse i form av en rättslig princip. I enlighet med barnrättskommitténs allmänna kommentar ska bestämmelsen inverka på tolkningen av de övriga bestämmelserna i lagen. Tolkningar av portalbestämmelsen om barnets bästa kan således inte gå före eller åsidosätta övriga bestämmelser i lagen

I andra stycket definieras begreppen *barn* respektive *ung person eller den unge*. Med barn avses varje människa under 18 år. Definitionen är densamma som i 1 kap. 2 § tredje stycket SoL. Med *ung person eller den unge* avses varje människa mellan 18 och 20 år.

### 3 §

Paragrafen, som är ny i förhållande till nuvarande LVU, anger det särskilda syfte som gäller för denna lag, dvs. att tillförsäkra barn och unga skydd och en god vård. Med ordet tillförsäkra markeras socialnämndens ansvar och befogenhet att ge skydd och vård till barnet eller den unge mot vårdnadshavarens eller barnets eller den unges egen vilja. Ordet skydd markerar att det är fråga om en allvarlig situation eller en situation som hotar att förvärras. Syftet harmonierar med artikel 20 i barnkonventionen som stadgar att ett barn som tillfälligt eller varaktigt berövats sin familjemiljö eller som för sitt eget bästa inte kan tillåtas stanna kvar i denna miljö ska ha rätt till särskilt skydd och bistånd från statens sida.

Att barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ska få en god vård följer redan av 6 kap. 1 § SoL. Genom förevarande bestämmelse gäller kravet på god vård även öppna insatser utan samtycke. Att det är fråga om tvångsingripanden mot barnet eller den unge motiverar att kraven på vården är högt ställda. Kravet på god vård gäller både för offentligt och enskilt bedriven verksamhet.

---

<sup>1</sup> BO (2014c).

Övervägandena finns i avsnitt 5.8.2.

#### 4 §

Paragrafen, som är ny i förhållande till nuvarande LVU, redogör för lagens struktur och syftar till att ge en överblick över de olika kapitlens innehåll.

### 2 kap. Krav på vården

Kapitlet innehåller ett antal bestämmelser som anger de grundläggande krav som barn och unga samt deras vårdnadshavare ska kunna ställa på en god vård enligt 1 kap. 3 §. Kraven gäller både socialnämnden och den som nämnden har uppdragit vården.

#### 1 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.3.

Paragrafen stadgar att vård enligt lagen ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i vården systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Med kvalitet avses här att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

I paragrafen anges även att vården särskilt ska vara trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet. Med ordet särskilt markeras att uppräknningen inte är uttömmande.

En *trygg vård* innebär bl.a. att vården präglas av stabila och förutsägbara förhållanden som gör att barnet eller den unge kan lita på vuxna i sin omgivning. En *säker vård* innebär att barnet eller den unge inte riskerar att utsättas för övergrepp och allvarliga försummelse. En *ändamålsenlig vård* innebär att den är utformad så att den svarar mot det enskilda barnets eller den unges förutsättningar och behov. Vid exempelvis vård och behandling i HVB ska innehållet i vården, såsom metoder och personalens kompetens, vara adekvat i förhållande till det mål som gäller för placeringen. Att vården präglas av *kontinuitet* innebär att barnet eller den unge ska få möjlighet att bygga upp varaktiga relationer även utanför den egna familjen. Det kan handla om att undvika omplaceringar och

att barnet och föräldrarna kan hålla kontakt med samma socialsekreterare, även om behandlingsformerna och placeringarna ändras. Barn kan också behöva få möjlighet till fortsatt kontakt med ett tidigare familjehem eller en kontaktperson vid HVB. Även när det gäller öppna insatser är det viktigt att eftersträva kontinuitet i såväl professionella som icke-professionella kontakter (t.ex. en kontaktperson). Att vården präglas av kontinuitet innebär också att kontakten med barnets hemmiljö upprätthålls under den tid placeringen pågår och att utslussningen i samband med att barnet eller den unge lämnar vården görs successivt.

Paragrafens tillämpningsområde är inte begränsad till vård utanför det egna hemmet utan gäller även öppna insatser utan samtycke. Med hänsyn till att även öppna insatser utan samtycke är ett tvångsingripande mot barnet eller den unge måste samma höga krav kunna ställas på denna vård. Det ligger dock i sakens natur att inte alla krav har samma relevans när det inte är fråga om hel-  
dygnsvård.

## 2 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 1 § första stycket andra meningen nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.3.

Enligt 1 § första stycket andra meningen nuvarande LVU ska insatserna präglas av respekt för den unges människovärde och integritet. Ett respektfullt bemötande kan emellertid förenas med en distanserad och reserverad hållning. Det innebär att i de flesta bemötandesituationer är det inte tillräckligt med bara respekt. Till ett gott bemötande hör även vänlighet, lyhördhet, tillit, stöd och uppmuntran. I den nya bestämmelsen har därför ordet *omtanke* lagts till. Att föra in ordet *omtanke* i lagen speglar den dimension av rättssäkerheten som brukar benämnas materiell rättssäkerhet. Materiell rättssäkerhet ska garantera rättvisa ur ett etiskt och moraliskt perspektiv, dvs. den materiella rättssäkerheten ska skydda vissa grundläggande etiska värden för den enskilde individen.

Vidare har meningen kompletterats med att vården ska ges *med aktning för barnets eller den unges person och egenart*. Meningen är i överensstämmelse med 6 kap. 1 § föräldrabalken (FB) och syftar

till att tydligt markera att barnets rättigheter enligt FB även ska respekteras när barnet befinner sig i samhällets vård.

### 3 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.3.

För att kunna uppnå syftet med denna lag krävs även insatser från andra huvudmän. Framför allt handlar det om tillgång till hälso- och sjukvård och utbildning. Det innebär att hälso- och sjukvården måste erbjuda nödvändig behandling och skolan måste ta sitt ansvar för att anpassa skolgången utifrån det individuella barnets behov. Bestämmelsen erinrar om att vården ska ges utifrån en helhetssyn på barnet eller den unge vilket innebär att den ska bedrivas i samverkan med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Av pedagogiska skäl innehåller bestämmelsen även en hänvisning till landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att erbjuda barn och unga en god hälso- och sjukvård och bestämmelserna i skollagen (2010:800) om elevers utbildning inom skolväsendet samt stöd i form av extra anpassningar och särskilt stöd.

### 4 §

Paragrafen är ny i förhållanden till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.3.

Paragrafen stadgar att ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet har rätt till samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön. Det inkluderar således även kontakt med syskon. Av barnrättskommitténs allmänna kommentarer till artikel 3 framgår att artikel 9 i barnkonventionen gäller barnets band i vidare bemärkelse. Det gäller band med släktingar, exempelvis far- och morföräldrar, far- och morbröder, fastrar och mostrar, men också vänner, skola och den bredare sociala miljön.<sup>2</sup> I rätten till kontakt med hemmiljön ligger också en rätt till respekt för och kontakt med sin egen historia och sin sociala och kulturella bakgrund. Detta är särskilt angeläget för de barn och unga som har en annan etnisk tillhörighet än den svenska majoriteten. I barnrättskommitténs allmänna kommentar

---

<sup>2</sup> BO (2014c).

till artikel 30 i barnkonventionen (barn som tillhör en minoritet eller urbefolkning) framhålls att staterna vid alternativ omvårdnad ska ta vederbörlig hänsyn till strävan att upprätthålla kontinuitet i barnets uppfostran, och ta hänsyn till barnets etniska, religiösa, kulturella och språkliga bakgrund.<sup>3</sup>

Barnets eller den unges *rätt* till samhörighet med anhöriga och andra närstående är ingen utkrävbar rättighet eftersom det inte finns någon plikt för t.ex. föräldrar att umgås med sitt barn. Om ett barn önskar mer kontakt har dock socialtjänsten ett ansvar att på olika sätt verka för detta. Rätten till kontakt med vårdnadshavare och föräldrar kan också begränsas om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården. Detta erinras om i andra meningen. Om det behövs får socialnämnden även begränsa barnets kontakt med syskon och andra närstående med stöd av sin allmänna befogenhet i 6 kap. 4 § att bestämma om barnets personliga förhållanden.

Att barn och unga har rätt till samhörighet med anhöriga och andra närstående innebär att det är barnets rätt till umgänge som står i centrum. Umgänget är alltså i första hand till för barnet och det är barnets intressen som ska vara avgörande. Om kontakten upplevs negativ av barnet eller den unge ska han eller hon inte behöva ha kontakt eller i vart fall ska den diskuteras noga. Barnets inställning till umgänge ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

## 5 §

Paragrafen är ny i förhållanden till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.3.

Bestämmelsen stadgar att ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet ska ges möjlighet till en fritid som är anpassad till hans eller hennes ålder och intressen. Bestämmelsen syftar till att få den nya LVU i bättre överensstämmelse med barnkonventionen. Av artikel 31 i barnkonventionen framgår att barn har rätt till vila och fritid, till lek och rekreation anpassad till barnets ålder samt rätt att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet. Av barnrättskommitténs kommentar till artikel 31 framgår att fritid innebär tid då lek eller rekreation kan äga rum.

---

<sup>3</sup> BO (2014a).

Den definieras som tid som är fri eller utan förpliktelser och som barnet själv väljer att använda. I kommentaren uttalas vidare att barn på institution bör erbjudas plats och tillfälle för barn att umgås med andra barn i lokalsamhället, att leka och delta i spel, fysiska aktiviteter samt kulturellt och konstnärligt liv. Sådana åtgärder bör inte begränsas till obligatoriska eller organiserade aktiviteter. Det behövs trygga och stimulerande miljöer även för att delta i fri lek och rekreation. Barn som tillbringar längre perioder på institutioner behöver även tillgång till lämpliga böcker och tidskrifter och till internet, liksom hjälp och stöd att ta tillvara dessa resurser.<sup>4</sup>

Paragrafen innebär ett krav på att barn och unga som är placerade ges möjlighet till individuellt anpassade fritidsaktiviteter. Det kan t.ex. handla om idrotts- eller kulturaktiviteter eller besök på bio, konsert eller museum etc. Tillgång till dator och internet-uppkoppling är en viktig förutsättning för att barn och unga ska kunna sköta sina skoluppgifter men också för att de ska kunna upprätthålla en kontinuerlig kontakt med föräldrar, syskon och vänner.

### 3 kap. Information och delaktighet

#### 1 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, första meningen i nuvarande 36 § första stycket första meningen LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.5.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har bestämmelsen kompletterats med att barnet eller den unge *återkommande* ska få relevant information. Även om barnet eller den unge redan har fått informationen kan det vara så att barnet eller den unge inte har kunnat ta till sig eller förstå informationen. Det är därför viktigt att upprepa informationen under placeringstiden och ge barnet eller den unge flera tillfällen att ta emot information.

---

<sup>4</sup> BO (2014d).

## 2 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 36 § första stycket andra, tredje och fjärde meningen nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har bestämmelsen språkligt formulerats om så att det tydligare framgår att barnet har en rätt att få framföra sin åsikt. Syftet är att stärka barnrättsperspektivet i lagen.

## 3 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 12.9.2.

Bestämmelsen tydliggör socialnämndens ansvar att löpande informera vårdnadshavaren om barnets förhållanden under placeringstiden. Vårdnadshavaren bör t.ex. få den information om barnets situation och förhållanden som behövs för att umgänget ska fungera väl. Det handlar om frågor som rör barnets hälsa, skolgång och utveckling men även frågor av mer vardaglig karaktär. Informationsskyldigheten gäller frågor av mer betydelsefull karaktär och inte varje händelse som inträffar i barnets liv.

Att vårdnadshavaren *så långt möjligt*, ska hållas underrättad om vården innebär att nämnden avgör vilka uppgifter, som utan hinder av sekretess, kan lämnas till honom eller henne. Uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till vårdnadshavaren kan inte lämnas ut med hänvisning till denna bestämmelse. Huvudregeln är att sekretess till skydd för en enskild gäller beträffande barn även i förhållande till barnets vårdnadshavare. Från den regeln finns dock ett undantag. Enligt 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL) gäller sekretessen inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § FB har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter.

Paragrafen betonar även socialnämndens ansvar att uppmuntra vårdnadshavaren till delaktighet i genomförandet av vården av barnet. Det handlar t.ex. om att nämnden ska verka för att vårdnadshavaren deltar i arbetet med att upprätta, följa upp och vid behov revidera den genomförandeplan som ska upprättas enligt 11 kap. 3 § andra stycket SoL.

#### 4 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.5.

Paragrafen innebär ett förtydligande och utvecklande av hur information enligt 3 kap. 1 och 3 §§ ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar. Bestämmelsen gäller både den information som ska lämnas till barnet eller den unge och till vårdnadshavaren.

Att informationen ska vara individuellt anpassad innebär att den ska ges på ett sådant sätt att den enskilde kan ta den till sig. Informationen måste anpassas till den enskildes ålder, mognad, erfarenhet eller andra individuella förutsättningar. Med andra individuella förutsättningar menas t.ex. om den enskilde har svårigheter att förstå svenska eller har en funktionsnedsättning som medför svårigheter att ta till sig informationen. Exempelvis måste personer med kognitiva kommunikationssvårigheter få särskilt anpassad information. Behovet av tolk och kommunikationsstödjande hjälpmedel bör särskilt uppmärksammas.

Att informationen ska vara individuellt anpassad innebär även att den enskilde kan avstå från information som han eller hon inte önskar.

Den som lämnar informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att den enskilde har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Det innebär bl.a. att han eller hon måste hjälpa den enskilde att värdera informationen.

### 4 kap. Öppna insatser

#### 1 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägande finns i avsnitt 6.7.3.

Paragrafen innebär att socialnämnden får, om insatsen inte kan ges med samtycke av barnets vårdnadshavare, besluta att den som är under 15 år ska hålla regelbunden kontakt med en kontaktperson som avses i 3 kap. 6 b § första stycket SoL om insatsen bedöms förebygga att barnets hälsa eller utveckling skadas på grund av något förhållande i hemmet och det är lämpligt.



Vid bedömningen av om det är lämpligt att besluta om insatsen kontaktperson ska barnets inställning så långt som möjligt klarläggas. Att barnet är positivt inställt till insatsen är en förutsättning för att den ska anses vara lämplig. Barnets ålder och mognad ska beaktas vid bedömningen av barnets inställning till insatsen. Med tanke på att barn under 15 år inte alltid kan förväntas efterfråga en viss insats ska ett uttryckligt sådant önskemål inte vara en nödvändig förutsättning för att insatsen ska anses vara lämplig. Socialtjänsten kan på olika sätt få kännedom om barnets inställning under en utredning av barnets behov av stöd eller skydd eller genom att familjen redan har pågående insatser genom socialtjänsten.

Vid bedömningen av om insatsen kontaktperson är lämplig ska socialnämnden också beakta förutsättningarna för att insatsen kan ges på ett sådant sätt att dess förebyggande och kompensande möjligheter tas till vara utan att barnets situation i hemmet försvåras. Insatsen ska inte leda till ökad press på barnet genom att hon eller han försätts i en konfliktsituation i förhållande till vårdnadshavarna. Om insatsen beslutas är det viktigt att socialnämnden noga följer upp den, särskilt med avseende på barnets erfarenheter, synpunkter och fortsatta inställning till insatsen.

Om en insats om kontaktperson beslutas utan vårdnadshavarens samtycke måste arbetet fortsätta med att involvera vårdnadshavarna i stödet kring barnet. Behovet av och förutsättningarna för insatsen behöver regelbundet omprövas, både för barnets skull och med hänsyn till vårdnadshavarens rättssäkerhet.

Socialnämnden ska minst en gång var sjätte månad pröva om ett beslut om kontaktperson för barn under 15 år utan vårdnadshavarens samtycke fortfarande behövs, se kommentaren till 9 kap. 1 §. Om barnet fyller 15 år under den tid som insatsen pågår är det viktigt att socialnämnden informerar om barnets möjligheter att då själv kunna ansöka om öppna insatser utan vårdnadshavarens samtycke med stöd av 3 kap. 6 a § SoL.

Ett beslut enligt förevarande paragraf får överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 1 §.

## 2 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella och språkliga ändringar, 22 § första stycket nuvarande LVU i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:82).

Bestämmelsen har språkligt moderniserats och redigerats om. Ändringarna innebär ingen ändring i sak.

I första stycket har 3 § ersatts med 5 kap. 3 och *den unge* har ersatts med *barnet eller den unge*.

I andra stycket har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

## 3 §

Paragrafen motsvarar med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt en ändring i sak 22 § fjärde stycket nuvarande LVU i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:82).

Övervägandena finns i avsnitt 6.7.2.

Paragrafen innebär att öppna insatser utan samtycke kan beslutas både i samband med att verkställighet av sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken upphör och i samband med att vård med stöd av 5 kap. 3 § upphör. På det sättet kan en återgång till samma beteende som föranledde vården utanför hemmet enligt LVU förhindras. Öppna insatser kan, efter en kortare eller längre tids placering, fylla en viktig funktion för att vidmakthålla positiva förändringar som skett under vårdtiden och förebygga återplacering.

## 4 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig och redaktionell ändring, 22 § andra stycket nuvarande LVU i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:82).

Bestämmelsen har kompletterats med beslut enligt 4 kap. 1 §, dvs. beslut om kontaktperson för barn under 15 år utan vårdnadshavarens samtycke. Vidare har *behandlingsplan* ersatts med *genomförandeplan*. Beteckningen ”genomförandeplan” är lämpligare för den del av insatsen som gäller särskilt kvalificerad kontaktperson, som inte i första hand har ett behandlande syfte.

## 5 §

Paragrafen motsvarar, med viss redaktionell ändring, 23 § nuvarande LVU.

I paragrafen har 22 § ersatts med 2 § eller 3 § och *ansökan om vård* ersatts med *ansökan om vård enligt 5 kap.*

## 6 §

Paragrafen, som är ny i förhållande till nuvarande LVU, redogör för vilka bestämmelser som gäller för innehåll och utformning av öppna insatser utan samtycke. Bestämmelsen innebär bl.a. att nämnden inte övertar vårdnadshavarens tillsyns- och uppsiktsansvar eller vårdnadshavarens bestämmanderätt efter ett beslut om öppna insatser utan samtycke.

## 5 kap. Vård utanför det egna hemmet

### 1 §

Paragrafen motsvarar med vissa redaktionella och språkliga ändringar samt en ändring i sak, 1 § andra och tredje styckena nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 7.11.8.

I första stycket har *vård enligt denna lag* ersatts med *vård utanför det egna hemmet*. Ändringen syftar till att göra bestämmelsen tydligare och innebär ingen ändring i sak. *Den unge* har ersatts med *barnet*. Dessutom har stycket kompletterats med tillägget *om det finns grundad anledning* att anta att behövlig vård inte kan ges barnet med samtycke. Syftet är att, på ett tydligare sätt än i dag, markera att socialtjänsten och domstolarna måste bedöma om samtycket är allvarligt menat och att vården kan genomföras som planerat. Det innebär bl.a. att lagen kan tillämpas om det finns anledning att befara att ett lämnat samtycke kan komma att återkallas, om samtycket är villkorat, om samtycket inte avser hela den planerade vården eller om vårdnadshavaren befaras ingripa i vården på ett störande sätt. Lagen kan även tillämpas om det krävs för att säkerställa barnets behov av trygghet i placeringen vid våld eller andra övergrepp. Vidare kan bortses från samtycket i de situationer socialnämnden behöver kunna reglera föräldrarnas umgänge med barnet under vårdtiden.

Andra stycket motsvarar 1 § tredje stycket nuvarande LVU. Med någon annan vård avses sådan institutionell vård för vilken den unge kan omhändertas mot sin vilja, t.ex. vård enligt LVM, LPT eller kriminalvård.

## 2 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 2 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 7.11.2.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* har ersatts med *barnet*.

Miljörekvisiten har behållits oförändrade i den nya lagen. Det innebär att vård ska beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas.

Även prognosrekvisitetet har förts över oförändrat. Prognosrekvisitetet innebär att socialtjänsten och domstolarna inte bara ska bedöma tidigare och aktuella förhållanden i barnets liv utan även bedöma vilken eller vilka risker barnet utsätts för om ett omhändertagande inte görs. Det är svårt att göra en prognos om ett enskilt barns risk att utvecklas ogynnsamt eller ta skada. Forskningen talar om sannolikheter – inte orsakssamband – vilket betyder att den inte kan ge någon säker vägledning om vilka individuella barn som på kort eller lång sikt kommer att fara illa. Riskbedömningen måste därför göras utifrån allvarlighetsgraden i det enskilda fallet och en prognosbedömning på gruppnivå.

## 3 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och vissa ändringar i sak, 3 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 7.11.3.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

Beteenderekvisitetet missbruk av beroendeframkallande medel har ersatts med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel. Syftet är att dopningsmedel, till skillnad mot nuvarande LVU, ska omfattas av rekvisitetet. I nuvarande LVU kan bruk av anabola steroider omfattas av rekvisitetet annat socialt nedbrytande beteende. Med alkohol avses sådana drycker som avses i alkohollagen (2010:1622). Med narkotika avses läkemedel och hälsofarliga varor med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter. Den fullständiga definitionen av narkotika finns i 8 § narkotikastrafflagen (1968:64). Exempel på andra beroendeframkallande medel är vissa flyktiga lösningsmedel, såsom thinner och lim. Ett beroende-

framkallande medel kan också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas alla sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte. Vad som räknas som missbruk måste bestämmas utifrån vilket preparat det rör sig om, hur ofta och hur mycket den unge konsumerar och vilken påverkan bruket har på den unges hälsa eller utveckling. Barn och unga etablerar ett missbruk på kortare tid än vuxna och en beroendesituation utvecklas snabbare. Redan i utvecklingen mot en beroendesituation kan det ligga en fara för den unges hälsa och utveckling.

Rekvisitet brottslig verksamhet har behållits oförändrat i den nya lagen. Brottslig verksamhet kan återopas även om barnet är under 15 år och alltså inte straffmyndig. Det handlar i de fallen om att det föreligger flera allvarliga polisanmälningar mot barnet.

Rekvisitet något annat socialt nedbrytande beteende har ändrats till *något annat i sig självt socialt nedbrytande beteende*. Tillägget *i sig självt* markerar att det är barnets eller den unges beteende i sig som ska vara avgörande för om vård ska beredas eller inte, oavsett vilka bakomliggande orsaker som kan finnas till beteendet. Rekvisitet är det mest vaga av de tre beteenderekvisiteten och ger utrymme för att kunna tillämpas i förhållande till ny kunskap om sociala problem och i fråga om nya grupper av barn och unga i utsatta situationer. Vilka nya socialt nedbrytande beteenden som kan vara aktuella i framtiden är svårt att förutsäga. Därför är det viktigt att rekvisitet ger utrymme för bedömningar av vårdbehov och risker i olika individuella situationer. Klart är att rekvisitet bl.a. omfattar barn och unga som uppvisar ett sexuellt riskbeteende t.ex. genom prostitution eller grooming, barn och unga som söker sig till eller befinner sig i riskfyllda miljöer eller önskar återvända till en miljö där han eller hon riskerar att utsättas för förtryck och våld. Rekvisitet kan även omfatta barn och unga som lever ett kringflackande (vagabonderande) liv, barn och unga med självskadande eller aggressivt utagerande beteende samt barn och unga med mycket omfattande skolfrånvaro ("hemmasittande ungdomar") eller ett dataspelande som leder till social isolering.

Vid tillämpningen av rekvisitet ska det göras en sammantagen bedömning av de olika beteenden som barnet eller den unge uppvisar. Det bör påminnas om att beteendet även ska innebära en påtaglig risk för barnets eller den unges hälsa eller utveckling.

Prognosrekvisitet har förts över oförändrat, se kommentaren till 5 kap. 2 §.

#### 4 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt ändringar i sak, 4 § nuvarande LVU och 5 kap. 1 § SoF. Övervägandena finns i avsnitt 9.16.4.

I första stycket har meningen *beslut om vård med stöd av denna lag* ändrats till *beslut om vård utanför det egna hemmet*. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

I andra stycket har *skall* ersatts med *ska*. Vidare har strecksatserna ändrats. Syftet med ändringen är att samordna bestämmelserna i LVU och SoF som delvis är överlappande. Bestämmelsen i SoF ska därmed upphöra att gälla. Strecksatserna motsvarar innehållet i de båda bestämmelserna med smärre språkliga förändringar. Dock står det inte längre att det i ansökan ska anges hur relevant information har lämnats till den unge och vilket slags information som lämnats. Den uppgiften ska framgå av utredningen enligt 11 kap. 1 § SoL men behöver inte redovisas i ansökan om vård.

Tredje stycket motsvarar med en språklig ändring 5 kap. 1 § SoF. *Skall* har ersatts med *ska*.

#### 5 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och vissa ändringar i sak, 5 § och 10 § första stycket nuvarande LVU.

Första stycket motsvarar 5 § nuvarande LVU.

Andra stycket motsvarar 10 § första stycket nuvarande LVU men reglerar enbart när vården ska anses påbörjad vid ett beslut om vård enligt detta kapitel. När vården ska anses påbörjad vid ett beslut om omedelbart omhändertagande regleras i 7 kap. 5 §. *Skall* har ersatts med *ska* och *den unge* har ersatts med *barnet eller den unge*.

**6 §**

Paragrafen, motsvarar, efter vissa redaktionella ändringar, 10 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har 11–20 §§ ersatts med 2, 3, 6 och 13 kapitlet. Bestämmelsen klargör bl.a. att nämnden övertar vårdnadshavarens uppsiktsansvar. Nämnden övertar även vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Om barnet eller den unge placeras på ett särskilt ungdomshem kan även beslutas om skyddsåtgärder under de förutsättningar som anges i kap. 13.

**6 kap. Socialnämndens ansvar vid vård utanför det egna hemmet****1 §**

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar, 11 § första stycket nuvarande LVU.

I första stycket har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

I andra stycket har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har 12 § första stycket ersatts med 13 kap. 1 §.

**2 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 11 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *nämnden* ersatts med *socialnämnden*. Vidare har *skall* ersatts med *ska*. Meningen *vård med stöd av denna lag* har ersatts med *vård enligt 5 kap.* Ändringen innebär ingen ändring i sak.

**3 §**

Paragrafen motsvarar med vissa språkliga och redaktionella ändringar 11 § tredje stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *nämnden* ersatts med *socialnämnden*, första eller andra stycket har ersatts med 1 eller 2 § och *skall* har ersatts med *ska*.

#### 4 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 11 § fjärde stycket nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 14.11.2 och 14.11.3.

I första stycket har *den unge* ersatts med *barnet*. Vidare har meningen *den åt vilken nämnden har uppdragit vården* tagits bort. Ändringen innebär att socialnämnden ensam övertar vårdnadshavarens rätt att bestämma om barnets personliga förhållanden för att kunna genomföra vården. Skälet är att tydliggöra vem som bestämmer i olika frågor under tvångsvården. Att nämnden ensam övertar bestämmanderätten är en logisk konsekvens av att nämnden har det yttersta ansvaret för att barnets grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § FB tillgodoses, se kommentaren till 6 kap. 5 §.

Dessutom har meningen formulerats om så att det framgår att socialnämnden *övertar* vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Syftet är att tydliggöra att vårdnadshavarens bestämmanderätt enligt FB övergår på socialnämnden under vårddagen. Det innebär bl.a. att socialnämnden bestämmer om medicinsk vård och behandling (inklusive vaccinationer), kompletterande insatser som ges med stöd av SoL och LSS, val av förskola och skola, umgänge med syskon och andra närstående, resor och anställningar. Andra delen i meningen, dvs. *i den utsträckning som behövs för att genomföra vården* har behållits oförändrad. Meningen markerar att föräldrarna inte ska fräntas allt sitt inflytande över barnet under vårddagen. Vårdnadshavarna, liksom barnet eller den unge själv, bör så långt möjligt vara delaktiga i vården och deras inställning i olika frågor ska så långt möjligt inhämtas och respekteras. Vårdnadshavarens grundläggande värderingar i fråga om religion, människosyn, livsvärden m.m. bör så långt som möjligt respekteras i samband med nämndens beslut som gäller barnet. Vårdnadshavarens inställning kan dock frångås om vården kräver det. Möjligheterna att samråda på ett fruktbart sätt kan ibland vara begränsade t.ex. när vårdnadshavaren inte har förmåga eller vill vara fortsatt engagerad eller tidvis, på grund av missbruk eller psykisk sjukdom, inte är tillgänglig för kontakt. Det kan också finnas konflikter som försvårar samarbetet. Även om nämnden i en viss fråga skulle behöva frånga vårdnadshavarens inställning ska vårdnadshavaren informeras.



Barnets med- och självbestämmanderätt måste bedömas utifrån frågans art och komplexitet samt beslutets konsekvenser i förhållande till barnets ålder och utveckling.

Genom beslutet om placering får sedan nämnden överlåta delar av sin bestämmanderätt till den som ska utöva den faktiska vården om barnet. Det gäller framför allt frågor om den dagliga omsorgen om barnet, dvs. frågor om mat- och sovtider, tider för läxläsning, tider för när man ska vara hemma på kvällen, hygienrutiner samt användande av mobiltelefon och dator. Det är dock viktigt att även klargöra vem som får bestämma om mer ingripande åtgärder, t.ex. medicinska åtgärder och vem skolan ska kontakta när det gäller olika frågor, t.ex. föräldramöten, utvecklingssamtal, skolval och åtgärdsprogram. Som framgår av Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma vägledning om placerade barns skolgång och hälsa är det lämpligt att genomförandeplanen beskriver hur ansvarsfördelningen och bestämmanderätten om barnet ska fördelas under placeringen. I genomförandeplanen kan även erinras om att familjehemsföräldrar och HVB-personal har samma skyldighet som vårdnadshavarna att, i takt med barnets stigande ålder och utveckling, ta hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

Andra stycket i paragrafen är nytt. Tillämpningsområdet för nuvarande 11 § LVU är inte begränsad till barn utan gäller även unga till och med 20 år som vårdas med stöd av 3 § nuvarande LVU. Socialnämndens bestämmanderätt går alltså i det avseendet längre än vårdnadshavarens eftersom vårdnadshavarens ansvar och bestämmanderätt över barnet upphör när barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § FB). Genom andra stycket tydliggörs att för unga över 18 år bestämmer nämnden om den unges personliga förhållanden i den utsträckning det behövs för att genomföra vården.

5 § Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och en ändring i sak, 11 § fjärde och femte stycket nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 14.11.2.

I paragrafen har *nämnden* ersatts med *socialnämnden* och *den unge* har ersatts med *barnet*. Bestämmelsen stadgar att nämnden under vårdtiden har samma ansvar som vårdnadshavaren för att den barnets grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § FB tillgodoses. Det innebär att nämnden under vårdtiden ansvarar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets rätt till om-

vårdnad, trygghet och en god fostran blir tillgodosett. Nämnden ansvarar även för att barnet behandlas med aktning för sin person och egenart och inte utsätts för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling under vårdtiden. Bestämmelsen syftar till att tydligt markera att barnets rättigheter enligt FB även ska respekteras när barnet befinner sig i samhällets vård. Av förarbetena till 6 kap. 1 § FB framgår att i rätten till omvårdnad ingår även rätten för barnet att få sina psykiska behov tillgodosedda. I barnets rätt till trygghet ligger bl.a. att få leva i ett stabilt förhållande och att ha någon att lita på. Till en god omvårdnad och fostran hör att barnet får känna att det behövs och att barnet får pröva sin förmåga och utveckla sina inneboende resurser för att efter hand frigöra sig från sitt beroende av vårdnadshavarna. I en god fostran ligger också att barnet får lära sig att sätta gränser för sitt handlande och ta ansvar.

Den andra meningen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, 11 § fjärde stycket nuvarande LVU. Meningen reglerar enbart uppsiktsplikten över barnet. Nämndens bestämmanderätt regleras i 6 kap. 4 §. Vidare har *den unge* ersatts med *barnet*.

## 6 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, 14 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.4.

I första stycket har *den unge* ersatts med *barnet*. I syfte att stärka barnrättsperspektivet i lagen har bestämmelsen formulerats om. Nuvarande bestämmelse stadgar att socialnämnden har ett ansvar för att den unges *behov av umgänge* med föräldrar och vårdnadshavare *så långt möjligt tillgodoses*. Enligt den nya bestämmelsen har socialnämnden ett ansvar för att barnet *ges möjlighet till umgänge*. Vidare har stycket kompletterats med ett ansvar för socialnämnden att även se till att barnet ges möjlighet till umgänge med syskon och andra närstående. Ändringen syftar till att bättre stämma överens med barnkonventionen. I artikel 9 i barnkonventionen anges att konventionsstaterna ska respektera rätten för det barn som är skilt från den ena eller båda föräldrarna att regelbundet upprätthålla ett personligt förhållande till och direkt kontakt med båda föräldrarna, utom då det strider mot barnets bästa. I barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 3 står att i bevarandet av familjemiljön ingår att bevara barnets band i

vidare bemärkelse. Det gäller band med släkten, till exempelvis far- och morföräldrar, far- och morbröder, fastrar och mostrar, men också vänner, skola och den bredare sociala miljön.<sup>5</sup> Enligt andra stycket kan barnets rätt till kontakt med vårdnadshavare och föräldrar begränsas om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården. Om det behövs får socialnämnden även begränsa barnets kontakt med syskon och andra närstående med stöd av sin allmänna befogenhet enligt 6 kap. 4 § att bestämma om barnets personliga förhållanden under vårdtiden.

I andra stycket har *den unge* ersatts med *barnet* och *skall* har ersatts med *ska*.

I tredje stycket har *skall* ersatts med *ska*.

## 7 kap. Omedelbart omhändertagande

### 1 §

Paragrafen motsvarar, efter viss språklig ändring, 6 § första stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* har ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har meningen *vård med stöd av denna lag* ersatts med *vård enligt 5 kap*. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

### 2 §

Paragrafen motsvarar, efter viss språklig ändring, 6 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

### 3 §

Paragrafen motsvarar, efter viss språklig ändring, 6 § tredje stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* har ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har meningen *vård med stöd av lagen* ersatts med *vård med stöd av 5 kap*. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

---

<sup>5</sup> BO (2014c).

#### 4 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 8.11.2.

Paragrafen innebär vissa krav på hur ett beslut om omedelbart omhändertagande ska vara utformat. Beslutet ska ange huruvida omhändertagandet har föranletts av sådana omständigheter som avses i 5 kap. 2 eller 3 § eller om det grundas på omständigheter i båda dessa paragrafer. Det är viktigt för såväl barnet eller den unge som för dennes vårdnadshavare att det framgår av beslutet om det är sannolikt att barnet eller den unge behöver beredas vård med stöd av 5 kap. 2 eller 3 § eller omständigheter i båda dessa paragrafer.

#### 5 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, 10 § första stycket nuvarande LVU.

Paragrafen reglerar enbart när vården ska anses påbörjad vid ett beslut om omedelbart omhändertagande. När vården ska anses påbörjad vid ett beslut om vård utanför det egna hemmet regleras i 5 kap. 5 § andra stycket. I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* har ersatts med *barnet eller den unge*.

#### 6 §

Paragrafen motsvarar, efter vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 7 § första stycket nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 8.11.4.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*. Vidare har meningen om att beslutet ska underställas förvaltningsrätten inom en vecka ändrats till att beslutet ska underställas *utan dröjsmål och senast inom en vecka*. Syftet är att betona att socialnämnden inte får avvakta med att sända in beslutet till förvaltningsrätten för att komplettera underlaget för beslutet. Med utan dröjsmål avses snabbast möjliga handläggning med hänsyn till de föreliggande omständigheterna. Underställningen ska ske så snart det över huvud taget går. I allmänhet kan själva beslutet om omhändertagande ges in till förvaltningsrätten samma dag som beslutet fattas eller dagen därpå. I andra meningen har *jämte* ersatts med *och*.

### 7 §

Paragrafen motsvarar, efter vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 7 § andra stycket nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 8.11.5.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*. Vidare har *jämte handlingarna* tagits bort. Enligt 7 § andra stycket nuvarande LVU räknas tidsfristen från tidpunkten för en eventuell komplettering av beslutet. Ändringen innebär att veckofristen räknas från den dag då socialnämndens beslut kom in till rätten och inte från tidpunkten för en eventuell komplettering.

### 8 §

Paragrafen motsvarar, med viss redaktionell och språklig ändring, 7 § fjärde stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har meningen *bestämmelserna i första-tredje styckena* ersatts med *bestämmelserna i 6 och 7 §§*. Vidare har meningen *vård med stöd av lagen* ersatts med *vård med stöd av 5 kap*. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

### 9 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 8 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har meningen *vård med stöd av denna lag* ersatts med *vård med stöd av 5 kap*. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

### 10 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar, 7 § tredje stycket och 9 § första stycket nuvarande LVU.

Punkten 1 motsvarar med vissa språkliga och redaktionella ändringar, 7 § tredje stycket nuvarande LVU.

Punkten 2 motsvarar med viss redaktionell ändring punkten 1 i 9 § första stycket nuvarande LVU. 8 § har ersatts med 9 §. Vidare har *ansökan om vård* ersatts med *ansökan om vård enligt 5 kap*. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

Punkten 3 motsvarar punkten 2 i 9 § första stycket nuvarande LVU.

**11 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 9 § tredje stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

**12 §**

Paragrafen motsvarar med viss språklig ändring 9 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

**13 §**

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 8.11.8.

Paragrafen ger socialnämnder och domstolar en möjlighet att fatta ett beslut om omedelbart omhändertagande trots att den fortsatta vården inte ska beslutas och ges i Sverige. Den nya bestämmelsen möjliggör således ett sådant interimistiskt beslut som avses i artikel 20 i rådets förordning (EG) nr 2201/2003 av den 27 november 2003 om domstols behörighet och om erkännande och verkställighet av domar i äktenskapsmål och mål om föräldraansvar samt om upphävande av förordning (EG) nr 1347/2000 (Bryssel II-förordningen).

Av andra stycket följer att socialnämndens beslut enligt den nya bestämmelsen, ska underställas förvaltningsrätten utan dröjsmål och senast inom en vecka från den dag då beslutet fattades. Därvid ska beslutet och handlingarna i ärendet tillställas rätten. Förvaltningsrätten ska pröva beslutet så snart det kan ske. Om det inte finns synnerliga hinder, ska prövningen ske inom en vecka från den dag då beslutet kom in till rätten.

**14 §**

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 8.11.8.

Paragrafen reglerar när ett beslut enligt 7 kap. 13 § ska upphöra att gälla. Beslutet ska upphöra att gälla när socialnämnden beslutar att det ska upphöra eller när en behörig domstol i en annan medlemsstat inom Europeiska unionen har prövat målet i sak. Socialnämnden ska hålla sig underrättad om handläggningen av målet i sak i den behöriga domstolen.

## 15 §

Paragrafen, motsvarar, efter vissa redaktionella ändringar, 10 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har 11–20 §§ ersatts med 2, 3, 6 och 13 kapitlet. Paragrafen redogör för vilka bestämmelser som gäller för vårdens innehåll och utformning under ett beslut om omedelbart omhändertagande. Bestämmelsen klargör bl.a. att nämnden övertar vårdnadshavarens uppsiktsansvar samt vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården.

För att kunna tillförsäkra barn och unga nödvändigt skydd måste det vara möjligt att även under tiden för ett omedelbart omhändertagande kunna besluta om placering på låsbar enhet eller andra skyddsåtgärder. Hänvisningen till föreskrifterna i 13 kap. innebär att om nämnden har beslutat om ett omedelbart omhändertagande på grund av förhållanden i hemmet (miljöfallen) får socialnämnden besluta, förutom hur vården ska ordnas, om umgängesbegränsningar eller att den unges vistelseort inte ska röjas för föräldrar eller vårdnadshavare. Om barnet eller den unge placeras på ett särskilt ungdomshem gäller även bestämmelsen om möjligheten till kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Om beslutet om omedelbart omhändertagande föranleds av omständigheter som är hänförliga till barnets eller den unges eget beteende (beteendefallen) får även övriga bestämmelser om skyddsåtgärder tillämpas.

I det stadiet då ett beslut om omedelbart omhändertagande fattas, vet socialnämnden inte alltid på vilken grund sannolikheten vilar. Avsikten med omhändertagandet kan ibland vara just att utreda vilken av grunderna som kan komma i fråga. Socialnämnden kan därför ibland besluta om ett omedelbart omhändertagande med stöd av omständigheter som avses i både 5 kap. 2 och 3 §§. Även i de fallen är bestämmelserna om skyddsåtgärder tillämpliga.

## 8 kap. Stöd till vårdnadshavare

### 1 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 12.9.5.

I första stycket erinras om 6 kap. 7 § 4 SoL som stadgar att socialnämnden ska lämna vårdnadshavarna och föräldrarna råd, stöd och annan hjälp som de behöver.

Andra stycket, som är nytt, preciserar inriktningen på detta stöd och kravet på motiverande insatser när barnet placerats med stöd av 5 kap. 2 §. Syftet är att betona att behovet av stöd är särskilt stort när det gäller föräldrar vars barn tvångsomhändertagits på grund av hemförhållandena. Socialnämnden måste i dessa situationer aktivt erbjuda stödet, eftersom föräldrar i denna situation tenderar att dra sig undan eller vara fientligt inställda till socialtjänst och familjehem. Stödet ska underlätta vårdnadshavarens delaktighet i vården och samarbetet med andra vuxna kring barnet samt bidra till att kontakten med barnet blir så positiv som möjligt. För barnets välbefinnande är det ofta avgörande att föräldrarna kan acceptera placeringen och att familjehemsföräldrar och biologiska föräldrar kan samarbeta. Oavsett om det blir aktuellt med återforening eller inte bör föräldrarna få hjälp med att förstå att de kan bygga och behålla en bra relation till sitt barn livet ut. Vårdnadshavaren ska också kunna få stöd i olika myndighetskontakter och informeras om sina rättigheter.

När det gäller individuellt stöd visar erfarenheter att det är en fördel om stödet ges av en enhet eller person som är fristående från handläggningen av själva ärendet. Det är viktigt att den som ger stödet är kvalificerad för uppgiften och är väl insatt i förutsättningarna för socialtjänstens arbete. Socialtjänsten kan använda sig av befintliga öppenvårdsresurser i kommuner. Stödet kan också ges i form av kontaktperson, särskilt lämpad för uppgiften, eller genom samarbete med en frivilligorganisation. Stödet kan ges som service, dvs. den behöver inte ges som en behovsprövad biståndsinsats.

För föräldrar som inte längre befinner sig i en akut kris kan gruppverksamhet där man kan få del av andras erfarenheter vara en bra stödande insats.



## 9 kap. Socialnämndens ansvar att följa och ompröva vården

### 1 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella och språkliga ändringar samt en ändring i sak, 22 § tredje stycket nuvarande LVU i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:82). Övervägandena finns i avsnitt 6.7.3.

I första stycket har hänvisningen till bestämmelserna i 13 § första och tredje styckena samt 21 § första och tredje styckena ersatts med att socialnämnden minst en gång var sjätte månad ska pröva om ett beslut enligt 1, 2 eller 3 § fortfarande behövs. Det innebär att även den nya bestämmelsen om socialnämndens möjlighet att besluta om kontaktperson för barn under 15 år utan vårdnadshavarens samtycke ska omprövas var sjätte månad. Att öppna insatser utan samtycke ska upphöra när de inte längre behövs framgår av 11 kap. 1 §.

I andra stycket har *13 § tredje stycket* ersatts med *prövning enligt första stycket*. Ändringen är enbart redaktionell och innebär ingen ändring i sak. Vidare har *skall* ersatts med *ska*.

### 2 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, 13 a § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.7.

I första stycket har *skall* ersatts med *ska*. Vidare har *den som får vård med stöd av denna lag* ersatts med *den som får vård utanför det egna hemmet*. Ändringen syftar till att göra lagen tydligare.

I andra stycket har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har punkten 4 kompletterats med god man enligt lagen (2005:429) om god man för ensamkommande barn. För ensamkommande barn som kommer till Sverige ska en god man enligt lagen om god man för ensamkommande barn förordnas av överförmyndaren. Gode mannens uppdrag är att vara i vårdnadshavares och förmyndares ställe. Det betyder att den gode mannen har rätt och skyldighet att bestämma i alla frågor som rör barnets angelägenheter, personliga såväl som ekonomiska och rättsliga. Han eller hon ska se till att barnet får omvårdnad, trygghet och en god fostran. Likaså ska han eller hon säkerställa att barnet får den tillsyn som behövs samt bevaka att försörjnings- och utbildningsfrågorna får en tillfredsställande lösning. Vid social-

nämndens uppföljning av en placering av ett ensamkommande barn ska nämnden således samtala med barnets gode man enligt lagen om god man för ensamkommande barn.

I tredje stycket har *skall* ersatts med *ska*.

### 3 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella och språkliga ändringar samt en ändring i sak, 13 § första stycket nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 13.18.4.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet* och 2 § ersatts med 5 kap. 2 §. Vidare har kravet på socialnämnden att överväga om vården fortfarande behövs ersatts med en informationsskyldighet till nämnden. Enligt bestämmelsen ska barnets särskilt utsedda socialsekreterare som avses i 6 kap. 7 c § SoL minst en gång var sjätte månad rapportera till socialnämnden om hur barnets behov tillgodoses, hur vårdnadshavarens förhållanden utvecklar sig och, om vården ska fortsätta, hur den bör inriktas och utformas. Genom att ersätta ordet *överväga* med *rapportera* tydliggörs att nämnden inte vid detta tillfälle ska göra någon prövning i ärendet. Det finns dock inget som hindrar att nämnden med anledning av informationen tar initiativ till utredning om att vården ska upphöra eller någon annan förändring av vården. Att vården ska upphöra när den inte längre behövs framgår av 11 kap. 1 §.

### 4 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar, 13 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge* och 3 § ersatts med 5 kap. 3 §.

## 10 kap. Vårdnadsöverflyttning

### 1 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och en ändring i sak, 13 § tredje stycket nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 13.18.8.

Första stycket stadgar att en vårdnadsöverflyttning ska övervägas när barnet har varit placerat i samma familjehem i tre år.

Stycket har kompletterats med en ny mening som förtydligar att frågan om vårdnadsöverflyttning därefter ska övervägas årligen i samband med rapporteringen till nämnden. Vidare har *den unge* ersatts med *barnet*.

Andra stycket är nytt. Enligt 6 kap. 8 § FB ska en vårdnadsöverflyttning göras när det är uppenbart bäst för barnet. Det nya stycket tydliggör vilka faktorer som socialnämnden särskilt ska ta hänsyn till vid övervägande av om det finns skäl att ansöka om vårdnadsöverflyttning. Med ordet särskilt markeras att uppräkningen inte är uttömmande. Barnets och familjehemsföräldrarnas inställning ska beaktas liksom barnets relation till familjehemsföräldrarna och deras förmåga att tillgodose barnets behov av en trygg och god uppväxt. Familjehemsföräldrarna ska önska att bli vårdnadshavare för barnet och stort avseende ska fästas vid barnets egen inställning. Vid bedömningen ska även hänsyn tas till familjehemsföräldrarnas inställning till och förmåga att tillgodose barnets behov av kontakt med föräldrar och andra närstående. Det är viktigt att socialnämnden överväger hur en vårdnadsöverflyttning påverkar barnets kontakt med sin ursprungsfamilj på längre sikt. Detta beror ofta på familjehemsföräldrarnas inställning och hur de på olika sätt tar ansvar för och möjliggör denna kontakt. Att barnet och föräldrarna har ett fungerande umgänge ska inte vara ett hinder för en vårdnadsöverflyttning.

## 11 kap. Upphörande av vård

### 1 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt en ändring i sak, 21 § första meningen i första stycket och andra och tredje styckena i nuvarande LVU samt 22 § tredje stycket nuvarande LVU i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:82).

I första stycket har *skall* ersatts med *ska*.

I andra stycket har 2 § ersatts med 5 kap. 2 §, *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet*. Vidare har beslut om öppna insatser enligt 4 kap. 1 § lagts till. Det innebär att beslut om kontaktperson till ett barn under 15 år utan vårdnadshavarens samtycke senast ska upphöra när barnet fyller 18 år. I regel bör

dock insatsen ha ersatts med en öppen insats enligt 3 kap. 6 a § SoL efter det att barnet har fyllt 15 år om det fortfarande finns behov av insatsen.

I tredje stycket har 3 § ersatts med 4 kap. 2 och 3 §§ och 5 kap. 3 §. Det innebär att även öppna insatser utan samtycke anges. Vidare har *skall* ersatts med *ska*.

## 2 §

Paragrafen är ny. Övervägandena finns i avsnitt 13.18.6.

Paragrafen innebär att vid prövning av om vård i familjehem enligt 5 kap. 2 § ska upphöra ska barnets bästa vara avgörande. Prövningen av om vården i dessa situationer ska upphöra ska således göras i två steg. Först ska en prövning göras enligt 11 kap. 1 §, dvs. en bedömning av om vårdbehovet kvarstår eller inte relaterat till de ursprungliga skälen för vården utanför det egna hemmet. Om en förbättring av vårdnadshavarens förhållanden har skett ska det bedömas om förbättringen är tillräckligt stabil och om vårdnadshavaren har en tillräcklig omsorgsförmåga. I ett andra steg ska sedan 11 kap. 2 § prövas, dvs. om det är till barnets bästa att vården upphör. Det innebär att även om vårdnadshavaren kan erbjuda stabila hemförhållanden och har en tillräckligt god omsorgsförmåga ska en prövning göras av om det är till barnets bästa att vården upphör. Barnets bästa ska således prövas som ett självständigt rekvisit.

I andra meningen anges några omständigheter som ska tillmätas särskild vikt vid bedömningen av om det är till barnets bästa att vården upphör. Uppräkningen är inte uttömmande. Vid bedömningen av om det är till barnets bästa att återförenas med sin ursprungsfamilj är barnets inställning en avgörande faktor. Att barnet har en stark känslomässig förankring i sitt familjehem och vill vara kvar är en grundläggande förutsättning för att pröva om vården bör fortsätta trots att de ursprungliga skälen för omhändertagandet inte gäller. Andra viktiga faktorer vid bedömningen är barnets ålder vid placeringen i det aktuella familjehemmet och hur länge barnet vistats där. Med tidig ålder avses i detta sammanhang att barnet placerats under de första tre åren. Med långvarig vård menas vård som överstiger fem år. Barnets umgänge och relation till vårdnadshavarna har självfallet en stor betydelse i sammanhanget. Om föräldrarna fortsatt att vara viktiga personer för barnet

under vårdtiden är förutsättningarna större att kunna genomföra en hemflyttning. Barnets relation till familjehemsföräldrarna är av stor betydelse men även barnets förankring i sin nuvarande sociala miljö har betydelse för bedömningen. Det handlar t.ex. om hur det fungerar i skolan, med kamrater och fritidsaktiviteter.

### 3 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 13.18.5.

Första stycket reglerar parternas rätt att begära att vård utanför det egna hemmet ska upphöra.

Andra stycket innebär en begränsning av vårdnadshavarens rätt att begära att vård utanför det egna hemmet med stöd av 5 kap. 2 § ska upphöra (hemtagningsbegäran). Enligt bestämmelsen behöver en sådan begäran inte prövas av socialnämnden om frågan om vård har prövats av nämnden eller förvaltningsdomstolen de senaste tolv månaderna. Bestämmelsen innebär inte att nämnden är förhindrad att pröva frågan trots att ett år ännu inte har förflutit.

### 4 §

Paragrafen motsvarar, med en språklig ändring och en ändring i sak, 21 § första stycket andra meningen nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 13.18.6.

I första stycket har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet*. Vidare har *vård med stöd av denna lag* ersatts med *vård enligt 5 kap.* Ändringen syftar till att göra bestämmelsen tydligare och innebär ingen ändring i sak.

Andra stycket är nytt och innebär att socialnämnden får begära att verkställigheten av rättsens beslut om att vården ska upphöra ska senareläggas för att kunna genomföra en planerad successiv hemflyttning. Syftet med bestämmelsen är att möjliggöra en återförening utifrån barnets behov.

## 12 kap. Flyttningsförbud

### 1 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 24 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *underårig* ersatts med *barn*.

**2 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 25 § första meningen nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

**3 §**

Paragrafen, motsvarar med viss språklig ändring, 26 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

**4 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 27 § första stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unges* ersatts med *barnets eller den unges*.

**5 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 25 § andra meningen och 27 § andra stycket nuvarande LVU.

I andra stycket har *skall* ersatts med *ska*.

**6 §**

Paragrafen motsvarar 27 § tredje stycket nuvarande LVU.

**7 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig och redaktionell ändring, 28 § nuvarande LVU.

I första stycket har *skall* ersatts med *ska*. Vidare har hänvisningen till 7 § första–tredje styckena ersatts med vilka tidsfrister som gäller. Ett beslut om tillfälligt flyttningsförbud ska underställas förvaltningsrätten utan dröjsmål och senast inom en vecka från den dag då beslutet fattades. Därvid ska beslutet och handlingarna i ärendet tillställas rätten. Förvaltningsrätten ska pröva beslutet så snart det kan ske. Om det inte finns synnerliga hinder ska prövningen ske inom en vecka från den dag då beslutet kom in till rätten. Syftet är att göra lagtexten tydligare.

**8 §**

Paragrafen, motsvarar med viss språklig ändring, 29 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

**9 §** Paragrafen, motsvarar med viss redaktionell och språklig ändring, 28 § andra meningen och 30 § nuvarande LVU.

Punkten 1 motsvarar hänvisningen i 28 § till 7 § tredje stycket.

Punkten 2 motsvarar punkten 1 i 30 § nuvarande LVU. 29 § har ersatts med 8 §.

Punkten 3 motsvarar punkten 2 i 30 § nuvarande LVU.

**10 §**

Paragrafen, motsvarar med viss språklig ändring, 30 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

**11 §**

Paragrafen, motsvarar med viss språklig ändring, 31 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska* och *den unge* ersatts med *barnet*.

**13 kap. Särskilda ungdomshem och skyddsåtgärder****1 §**

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella och språkliga ändringar samt en ändring i sak, 12 § första och andra styckena nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.2.

I första stycket har *unga* ersatts med *barn och unga* och 3 § har ersatts med 5 kap. 3 §.

I andra stycket har *unga* ersatts med *barn och unga*. Vidare har stycket kompletterats med att SiS *omedelbart* ska anvisa plats i ett särskilt ungdomshem. Syftet med ändringen är att ytterligare markera det skyndsamhetskrav som gäller för en platsanvisning. SiS har ett ansvar för att tillgodose samhällets behov av låsta vårdplatser för barn och unga och utgångspunkten måste därför vara att SiS i en akut situation ska anvisa en plats omedelbart.

## 2 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.3.

Syftet med bestämmelsen är att ange ramen för den särskilda tillsyn som kännetecknar de statliga ungdomshemmen, dvs. möjligheten att besluta om vissa tvångsåtgärder. I senare bestämmelser i samma kapitel ges närmare regler för var och en av dessa åtgärder.

I nuvarande LVU används begreppet särskilda befogenheter som ett samlingsnamn för de tvångsåtgärder som får vidtas på SiS särskilda ungdomshem. I syfte att stärka barnperspektivet i lagen har begreppet särskilda befogenheter ersatts med skyddsåtgärder. Begreppet skyddsåtgärder utgår från barnets eller den unges perspektiv till skillnad mot särskilda befogenheter som utgår från personalens rätt att ta till vissa tvångsåtgärder. Skyddsåtgärder signalerar att åtgärderna ska vidtas för att hindra barnet eller den unge från att skada sig själv eller andra och säkerställa syftet med vården.

Av andra stycket framgår att endast de skyddsåtgärder som anges i lagen är tillåtna. Syftet är att öka tydligheten och förutsägbarheten för barn och unga.

## 3 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och en ändring i sak, 20 a § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.4.

Proportionalitetsprincipen infördes 2005 och placerades då efter de bestämmelser som reglerar de särskilda befogenheterna. Genom att flytta fram bestämmelsen i kapitlet ges principen en mer framträdande placering.

I första stycket har *tvångsåtgärder* ersatts med *skyddsåtgärder* och *skall* ersatts med *ska*. Vidare har paragrafhänvisningarna ändrats till 5–16, 18 och 20. Det innebär att proportionalitetsprincipen, liksom i dag, inte gäller omhändertagande av sådan egendom som avses i 4 §. Detta följer av att omhändertagande av sådan egendom är obligatorisk. Ändringarna innebär ingen förändring i sak.

Andra stycket, som är nytt, konkretiserar proportionalitetsprincipen och syftar till att tydligare markera en restriktiv användning av skyddsåtgärder.



#### 4 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt en ändring i sak, 16 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.5.

I första stycket har meningen *den som omfattas av bestämmelserna i 15 §* ersatts med *den som vårdas vid ett särskilt ungdomshem*. Syftet är att utvidga bestämmelsen till att gälla generellt för alla som vårdas på ett särskilt ungdomshem. För att ha möjlighet till framgång i vården är det väsentligt att reglerna om innehav av berusningsmedel gäller lika för alla. Ändringen medför ingen förändring i praktiken eftersom SiS med stöd av nuvarande 18 § LVU redan i dag har beslutat om förbud mot berusningsmedel på alla sina hem.

I andra stycket har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har *ordningen vid hemmet* ersatts med *säkerheten vid hemmet*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak.

#### 5 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig och redaktionell ändring samt en ändring i sak, 20 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.7 och 17.6.8.

I paragrafen har *16 eller 19 §* tagits bort. Syftet är att paragrafen ska gälla i alla de situationer då egendom omhändertagits. Vidare har *hem för särskilt noggrann tillsyn* ersatt av *särskilt ungdomshem*. Syftet är att göra lagen mer tydlig och pedagogisk och innebär ingen ändring i sak.

#### 6 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella ändringar och en ändring i sak, 17 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.6.

I första stycket har *den som omfattas av bestämmelserna i 15 §* tagits bort. Syftet är att bestämmelsen ska gälla för samtliga som vistas på institutionen. För att kunna garantera en drogfri och trygg miljö på de särskilda ungdomshemmen är det väsentligt att samma regler om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning gäller för alla som vistas där. Ändringen medför ingen förändring i praktiken eftersom SiS med stöd av nuvarande 18 § LVU redan i dag tillämpar

nuvarande bestämmelse på alla sina ungdomshem. Precis som i dag ska kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning få göras vid behov vid ankomst till hemmet och vid misstanke under vistelsen vid hemmet. Vidare har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

Tredje stycket är nytt och innebär ett krav på att en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning endast ska få genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen, under förutsättning att barnet eller den unge inte uttryckligen undanber sig det. Syftet är att öka förutsättningarna för ett enhetligt tillvägagångssätt.

Även fjärde stycket är nytt och innebär att barnet eller den unge ska tillfrågas om han eller hon önskar att någon viss person genomför eller närvarar vid kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen. Om det inte föreligger särskilda skäl ska barnets eller den unges önskemål tillmötesgå. Särskilda skäl mot att tillmötesgå barnets eller den unges önskemål kan t.ex. vara en flicka som utsatts för sexuella övergrepp eller ägnat sig åt prostitution och särskilt önskar manlig personal. Det kan även föreligga hinder av praktiska skäl t.ex. att den personal som barnet eller den unge önskar inte är i tjänst eller är upptagen på annat håll.

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska ett beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning alltid föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, t.ex. om barnet eller den unge genom samtal kan förmås att frivilligt lämna ifrån sig ett misstänkt föremål. I samband med att beslut fattas om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska barnet eller den unge underrättas om beslutet och om skälen till beslutet. Av journalen bör namnen på den personal som medverkat vid kroppsvisitationen eller den ytliga kroppsbesiktningen framgå. Vidare bör det framgå om barnet eller den unge haft några särskilda önskemål och hur dessa i så fall beaktats.

Om förbjuden egendom påträffas ska ett särskilt beslut fattas om att omhänderta egendomen. Av journalen ska det framgå vad som har omhändertagits.

Beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

## 7 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.7.

Paragrafen reglerar under vilka förutsättningar som visitation av barnets eller den unges bostadsrum får göras. I dag ses rumsvisitationer som ett löpande inslag i vården som inte behöver dokumenteras i form av särskilda beslut. Enligt den nya bestämmelsen får barnets eller den unges bostadsrum eller andra slutna förvaringsställen som barnet eller den unge disponerar, t.ex. kläd- eller värdeskåp, visiteras om det finns en misstanke om att barnet eller den unge innehar något som han eller hon inte får ha där. Bestämmelsen får tillämpas för alla som vistas på ett särskilt ungdomshem.

Enligt andra stycket ska en rumsvisitation genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen. All den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas vid en rumsvisitation. Syftet är att understryka vikten av att omfattningen av en rumsvisitation alltid avgränsas med hänsyn till vad som eftersöks. Att all den hänsyn som omständigheterna medger ska iakttas innebär att personalen ska hålla sig till syftet med rumsvisitationen och att inte gå igenom personliga tillhörigheter om det inte är nödvändigt, t.ex. personliga foton eller brev. Omfattningen av en rumsvisitation måste alltid avgränsas med hänsyn till vad som eftersöks.

Enligt tredje stycket ska barnet eller den unge erbjudas att närvara vid en visitation av bostadsrummet. Om särskilda skäl föreligger ska dock en visitation av ett bostadsrum kunna genomföras även om barnet eller den unge inte är närvarande. Särskilda skäl kan t.ex. vara att barnet eller den unge inte befinner sig på ungdomshemmet i samband med att rumsvisitationen behöver genomföras.

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska ett beslut om rumsvisitation alltid föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga. I samband med att beslut fattas om rumsvisitation ska barnet eller den unge underrättas om beslutet och om skälen till beslutet. Namnen på den personal som medverkat vid rumsvisitationen bör framgå av barnets eller den unges journal. Vidare bör det framgå om barnet eller den unge har

erbjudits att närvara eller om det förelegat särskilda skäl för att genomföra rumsvisitationen utan att han eller hon varit närvarande.

Beslut om rumsvisitation ska få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

## 8 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.8.

Bestämmelsen innebär att SiS får besluta om skyddsvisitationer i vissa särskilt angivna situationer. Med skyddsvisitation avses en lindrigare form av kroppsvisitation i form av att personal känner utanpå den unges kläder eller med hjälp av metalldetektor kontrollerar att han eller hon inte bär med sig något otillåtet. Skyddsvisitationer kan behöva genomföras när barnet eller den unge kommer till avdelningen efter att ha varit i t.ex. snickeriet, hobbyrummet, verkstaden, matsalen eller på en annan avdelning. Syftet är att säkerställa att inte något farligt föremål som barnet eller den unge kan använda för att skada sig själv eller någon annan kommer in på avdelningen.

Det behöver inte finnas någon misstanke om att barnet eller den unge har med sig något farligt föremål. Bestämmelsen får tillämpas för alla som vistas på ett särskilt ungdomshem.

Behovet av att genomföra en skyddsvisitation kan uppstå på flera ställen och vid olika tillfällen. Bestämmelsen innebär att SiS centralt får besluta för varje institution i vilka situationer skyddsvisitationer får göras. Det finns inget krav på att det ska fattas individuella beslut om skyddsvisitation eftersom ett sådant krav skulle leda till en omfattande administration för institutionerna. Som ett acceptabelt alternativ till individuella beslut ska dock SiS centrala beslut om i vilka situationer som skyddsvisitationer ska få ske på varje enskild institution, rapporteras till IVO. På det sättet kan tillsynsmyndigheten fortlöpande följa användningen av skyddsvisitationer och vid behov vidta åtgärder.

Barnet eller den unge ska återkommande informeras om att, och i vilka situationer, skyddsvisitationer kan förekomma. Att information har getts bör dokumenteras i den unges journal.

### 9 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar, 15 § nuvarande LVU.

I första stycket har 3 § ersatts av 5 kap. 3 § och *skall* har ersatts med *ska*. Vidare har ordet *intagna* ersatts med *boende*.

### 10 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och ändring i sak, 15 b § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.10.

Nuvarande bestämmelse i 15 b § LVU reglerar både vård vid läsbar enhet och vård i enskildhet. Den nya paragrafen reglerar enbart vård vid läsbar enhet. Vård i enskildhet regleras i 13 kap. 20 §. Anledningen är bl.a. att möjliggöra vård i enskildhet även för barn och unga som vårdas på en öppen avdelning.

I paragrafen har *den intagne* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har det tydliggjorts att paragrafen endast omfattar den som vårdas med stöd av 5 kap. 3 §. Ändringarna innebär ingen ändring i sak.

Beslut om vård vid läsbar enhet ska beslutas efter samråd med socialnämnden, se kommentaren till 13 kap. 28 §.

Ett beslut om vård vid läsbar enhet ska föregås av en proportionalitetsbedömning, dvs. en bedömning av om det finns mindre ingripande åtgärder för att uppnå syftet. I samband med att ett beslut fattas om vård på läsbar enhet ska barnet eller den unge alltid underrättas om beslutet och om skälen till beslutet.

Beslut om vård på läsbar enhet ska, till skillnad mot i dag få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

### 11 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar, 15 b § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge*.

Vård på läsbar enhet ska, som i dag, kunna pågå i två månader och kunna förlängas om särskilda behandlingsskäl föranleder det. Om vården ska pågå längre tid än två månader ska, som i dag, barnet eller den unge samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. Vistelse i öppnare former kan t.ex. vara daglig vistelse i skola eller på praktikplats

## 12 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och ändringar i sak, 17 a § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.11.

I paragrafen har *den intagne* ersatts med *den som vårdas vid ett särskilt ungdomshem på någon grund som anges i 5 kap. 3 §*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och tydliggöra att den endast omfattar den som vårdas med stöd av 5 kap. 3 §. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

Vidare har misstankerekvisitet ersatts med ett behovsrekvisit. Anledningen är att dagens berusningsmedel kan ge rus som är svåra att upptäcka utan drogtest, men som också kan ge abstinensbesvär och akuta hälsorisker. Det förekommer att ungdomar kommer till en institution utan att uppvisa tecken på påverkan – misstanke saknas därmed. För att stärka barns och ungas rätt till en ändamålsenlig, trygg och drogfri miljö är det nödvändigt att kunna kontrollera om barnet eller den unge är drogpåverkad utan att någon misstanke nödvändigtvis behöver vara för handen.

Den nya bestämmelsen innebär att drogtestar får göras vid ankomst till hemmet om det finns ett behov av det. Med behov markeras att det måste finnas en anledning till provtagningen, t.ex. att det finns uppgifter om att barnet eller den unge har använt droger tidigare. Däremot krävs inte en misstanke om att den unge är påverkad. Med ankomst till hemmet menas första gången den unge kommer till institutionen, när den unge återkommer från en vistelse utanför institutionen och när den unge återkommer efter en avvikning. Under vistelsen vid hemmet får däremot drogtestar endast göras om det föreligger en misstanke om påverkan.

Beslut om blod-, urin-, utandnings-, svett- eller salivprov ska föregås av en proportionalitetsbedömning. Om det finns mindre ingripande metoder för att uppnå syftet ska dessa användas. I samband med att ett beslut fattas ska barnet eller den unge alltid underrättas om beslutet och om skälen till beslutet. Resultatet av provet samt namnen på den personal som medverkat vid provtagningen bör antecknas i barnets eller den unges journal.

Beslut om blod-, urin-, utandnings-, svett- eller salivprov ska, till skillnad mot i dag, få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

### 13 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 15 a § första stycket i nuvarande LVU. Övervägandena finns i 17.6.12.

I första stycket har *den intagne* ersatts med *den som vårdas vid ett särskilt ungdomshem på någon grund som anges i 5 kap. 3 §*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och tydliggöra att den endast omfattar den som vårdas med stöd av 5 kap. 3 §. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

Andra stycket är nytt i förhållande till nuvarande bestämmelse och innebär att ett beslut om begränsningar i rätten att ta emot besök ska få gälla i högst 14 dagar. Om det därefter finns ett fortsatt behov av restriktioner får ett nytt beslut fattas. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det upphöra.

Ett beslut om begränsningar i rätten att ta emot besök ska föregås av en proportionalitetsbedömning. Om det finns mindre ingripande metoder för att uppnå syftet ska dessa användas. Det kan t.ex. röra sig om samtal med barnet eller den unge om lämpligheten av hans eller hennes kontakt med en viss person. Om en begränsning av rättigheten är den enda framkomliga vägen ska även omfattningen av begränsningen bedömas. Ett villkor om bevakat besök är mindre ingripande än ett totalförbud. Barnet eller den unge ska underrättas om beslutet och om skälen till beslutet.

På samma sätt som i dag ska beslut om begränsningar i rätten att ta emot besök få överklagas till förvaltningsrätten.

### 14 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 15 a § första stycket i nuvarande LVU. Övervägandena finns i 17.6.12.

I första stycket har *den intagne* ersatts med *den som vårdas vid ett särskilt ungdomshem på någon grund som anges i 5 kap. 3 §*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och tydliggöra att den endast omfattar den som vårdas med stöd av 5 kap. 3 §. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

Den nya bestämmelsen har anpassats till dagens kommunikationsteknik och utvidgats till att omfatta alla elektroniska kommunikationstjänster. I dag kommunicerar barn och unga framför allt via datorn och mobiltelefonen genom t.ex. sms-meddelanden och

meddelanden på sociala medier. Genom att nuvarande bestämmelse är begränsad till telefonsamtal kan den därför till stor del sägas ha förlorat sin betydelse. Begreppet elektroniska kommunikationstjänster är hämtat från lagen (2003:389) om elektroniska kommunikationstjänster och avser tjänster som vanligen tillhandahålls mot ersättning och som huvudsakligen utgörs av signaler i elektroniska kommunikationsnät. Härunder faller tjänster som möjliggör överföring av tal, fax och data och andra former av kommunikation. Det innebär att bl.a. fast telefoni, mobiltelefoni, internet och e-post omfattas. Avsikten är att definitionen ska vara oberoende av teknikutvecklingen på området och även omfatta eventuellt nya elektroniska kommunikationsmedel.

Andra stycket är nytt i förhållande till nuvarande bestämmelse och innebär att ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster ska få gälla i högst 14 dagar. Om det därefter finns ett fortsatt behov av restriktioner får ett nytt beslut fattas. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det upphöra. Det är av allra högsta vikt att barn och unga, även under den tid som de vårdas vid ett särskilt ungdomshem, i största möjliga utsträckning är bibehållen sin grundläggande rättighet att kunna kommunicera med andra, t.ex. genom fast telefon, mobiltelefon eller via dator med internetuppkoppling. Möjligheten att kunna kommunicera med andra är väsentlig för att barnet eller den unge ska kunna upprätthålla betydelsefulla kontakter med anhöriga, kompisar och andra närstående. Å andra sidan kan det i vissa fall vara nödvändigt att göra inskränkningar t.ex. för att förhindra införsel och annan hantering av narkotika och andra berusningsmedel men också för att kunna skydda barnet eller den unge från att skada sig själv eller andra på annat sätt. Det kan t.ex. handla om barn och unga som utsätter sig för grooming eller prostitution via internet eller lägger ut bilder och filmer på internet som innebär att den personliga integriteten kränks. Inskränkningarna får dock inte komma i konflikt med grundlag eller konventioner. Det innebär att inskränkningar endast får ske i förhållande till en enskild individ och att de grundas på en individuell bedömning.

Ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster ska, till skillnad mot i dag, beslutas efter samråd med socialnämnden, se kommentaren till 13 kap. 28 §.



Ett beslut om begränsning av barnets eller den unges rätt att ta kommunisera med andra ska föregås av en proportionalitetsbedömning. Om det finns mindre ingripande metoder för att uppnå syftet ska dessa användas. Det kan t.ex. röra sig om samtal med barnet eller den unge om lämpligheten av hans eller hennes kontakt med en viss person. Om en begränsning av rättigheten är den enda framkomliga vägen ska även omfattningen av begränsningen bedömas. Ett villkor om att få tillgång till internet tillsammans med personal är mindre ingripande än ett totalförbud. Barnet eller den unge ska underrättas om beslutet och om skälen till beslutet.

På samma sätt som i dag ska beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster få överklagas till förvaltningsrätten.

Även tredje stycket är nytt i förhållande till nuvarande bestämmelse i LVU. Bestämmelsen medger att den tekniska utrustning som möjliggör användningen ska få omhändertags under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas till barnet eller den unge senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla.

## 15 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar, 19 § i nuvarande LVU. Övervägandena finns i 17.6.13.

I paragrafen har *ordningen vid hemmet* ersatts med *säkerheten vid hemmet*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak. Vidare har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge* och 16 § ersatts med 4 §. Beslut om brevgranskning ska, till skillnad mot idag, få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

## 16 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.14.

Den nuvarande särskilda befogenheten avskiljning har differentierats i två nivåer: avskiljning i ett rum med öppen dörr och avskiljning i ett rum med låst dörr. Förevarande paragraf reglerar den nya åtgärden avskiljning med öppen dörr. Vid en avskiljning

med öppen dörr ska personal samtidigt vara närvarande i rummet under hela den tid som avskiljningen pågår.

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska alltid ett beslut om avskiljning med öppen dörr föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, t.ex. lugnande samtal. Av journalen ska det framgå vid vilken tidpunkt avskiljningen skedde samt vid vilken tidpunkt barnet eller den unge återgick till avdelningen. Det ska även framgå vilken personal som har medverkat vid avskiljningen.

Avskiljning med öppen dörr ska få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

### 17 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägande finns i avsnitt 17.6.14.

Paragrafen reglerar den tid som en avskiljning med öppen dörr får pågå. Barnet eller den unge får vara avskild i ett rum med öppen dörr i en timme. Genom ett nytt beslut får tiden förlängas med en timme. Om det därefter finns särskilda skäl får ett nytt beslut om avskiljning med öppen dörr under högst ytterligare en timme fattas. En avskiljning med öppen dörr får som längst pågå i tre timmar.

### 18 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 15 c § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.14.

I första stycket har *den intagne* ersatts med *den som vårdas vid ett särskilt ungdomshem på någon grund som anges i 5 kap. 2 §*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och tydliggöra att den endast omfattar den som vårdas med stöd av 5 kap. 3 §. Ändringen innebär ingen ändring i sak.

Paragrafen har ändrats i syfte att göra åtgärden mer restriktiv och rättssäker. Om förutsättningarna för avskiljning i ett rum med öppen dörr är uppfyllda och det behövs med hänsyn till barnets eller den unges säkerhet eller med hänsyn till säkerheten för övriga boende eller för personalen, får barnet eller den unge med stöd av denna paragraf avskiljas i ett rum med låst dörr. För att tillämpa den restriktivare formen av avskiljning ska krävas att den mindre restriktiva formen (med öppen dörr) har bedömts som otillräcklig.

Det följer av proportionalitetsprincipen att tvångsåtgärder alltid ska föregås av en prövning av om det inte är möjligt att med personalinsatser eller på något annat sätt som är mindre ingripande för den enskilde uppnå det syfte som åtgärden är tänkt att fylla.

Barnet eller den unge ska under den tid avskiljningen varar stå under fortlöpande uppsikt av personalen och ha möjlighet att själv tillkalla personal, t.ex. genom en larmknapp.

I andra stycket har *den intagne* ersatts med *barnet eller den unge*. Vidare har läkare ersatts med läkare eller sjuksköterska. Det innebär att även en sjuksköterska kan göra den medicinska bedömningen av om barnets eller den unges hälsotillstånd tillåter en avskiljning med låst dörr. Många gånger har också den av hemmet anställda sjuksköterskan bättre kännedom om det aktuella barnet eller den unge än vad t.ex. en extern läkare har. Dessutom har 15-årsgränsen tagits bort. Det innebär att det enligt den nya lagen krävs ett yttrande från sjukvårdspersonal vid en avskiljning med låst dörr oavsett om barnet eller den unge är under eller över 15 år.

I enlighet med proportionalitetsprincipen ska alltid ett beslut om avskiljning med låst dörr föregås av en bedömning av om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, t.ex. avskiljning med öppen dörr. Om ett medicinskt yttrande har inhämtats ska det dokumenteras vem som har lämnat yttrandet samt vilka synpunkter som lämnats. Av journalen ska det även framgå vid vilken tidpunkt avskiljningen skedde samt vid vilken tidpunkt barnet eller den unge återgick till avdelningen. Det ska även framgå vilken personal som har medverkat vid avskiljningen.

Avskiljning med låst dörr ska, liksom idag, få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

## 19 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 15 c § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.14.

Paragrafen reglerar den tid som en avskiljning med låst dörr får pågå. Barnet eller den unge får avskiljas i ett rum med låst dörr i högst en timme. Genom ett nytt beslut får tiden förlängas med en timme. Om det därefter finns särskilda skäl får ett beslut om avskiljning med öppen dörr fattas. En sammanhängande avskiljning med låst dörr får som längst pågå i två timmar.

En sammanhängande avskiljning med låst och öppen dörr får som längst pågå i tre timmar.

## 20 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och ändringar i sak, 15 b § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.15.

Enligt nuvarande 15 b § LVU får den som bereds vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar hindras från att träffa andra (vård i enskildhet). De förutsättningar som ligger till grund för att vårdas utan att träffa övriga boende kan gälla även för ungdomar som vårdas på en öppen avdelning. Genom att reglera vård i enskildhet i en egen paragraf kan vård i enskildhet beredas den enskilde oavsett på vilken enhet han eller hon vistas. Vård i enskildhet ska endast kunna beredas den som vårdas med stöd av 5 kap. 3 §. Vården ska omprövas fortlöpande och alltid inom sju dagar från senaste prövning.

I första stycket har *speciella behov* ersatts med *särskilda behov*. Orden är synonyma med varandra och ändringen innebär ingen ändring i sak. Vidare har *den intagne* ersatts med *barnet eller den unge*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak.

Andra stycket är nytt och tydliggör att vård i enskildhet ska vara individuellt anpassad efter barnets eller den unges särskilda behov. Behovet kan vara motiverat av vårdskäl men kan också vara motiverat för att garantera den unges egen eller andra boendes säkerhet. Det kan t.ex. röra sig om ungdomar som behöver knyta an till personal, som riskerar att skada sig själv eller som har allvarliga psykiska problem. En förutsättning för vård i enskildhet är således att den unge har särskilda svårigheter som gör att han eller hon inte kan tillgodogöra sig behandling i en större grupp.

Vården ska planeras och beslutas efter samråd med socialnämnden. Genom att involvera socialnämnden ökar rättssäkerheten eftersom beslutet ska ha föregåtts av en mer omfattande beredning, se kommentaren till 13 kap. 28 §.

Ett beslut om vård i enskildhet ska vara tydligt motiverat utifrån barnets eller den unges speciella behov. Den fortlöpande omprövningen av vården ska dokumenteras i journalen. Vård i enskildhet ska som tidigare få överklagas till förvaltningsrätten, se kommentaren till 15 kap. 2 §.

**21 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och ändring i sak, 15 b § andra stycket nuvarande LVU. Övervägande finns i avsnitt 17.6.16.

Enligt 15 b § andra stycket nuvarande LVU får vård vid läsbar enhet pågå längre tid än två månader i följd om särskilda behandlingsskäl föranleder det och barnet eller den unge samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. Bestämmelsen reglerar således enbart utevistelse för den som vårdats längre tid än två månader.

Förevarande paragraf innebär att den som vårdas på en läsbar enhet ska ges möjlighet att vistas utomhus samt ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning från första dagen som han eller hon vårdas vid den läsbara enheten. Vilken typ av utomhusvistelse eller aktivitet som barnet eller den unge ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl. I början kan det röra sig om promenader till skolan eller matsalen i ett annat hus på området. Allteftersom bör dock möjligheten, så långt det är möjligt, utvidgas. Det kan t.ex. handla om att barnet eller den unge regelbundet deltar i idrotts- eller andra fritidsaktiviteter utanför avdelningen, gör utflykter och inköpsresor eller går på bio. Det ska vara upp till barnet eller den unge att bestämma om han eller hon vill vistas utomhus, ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning.

**22 §**

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella ändringar, 15 a § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har det tydliggjorts att paragrafen enbart gäller den som vårdas vid ett särskilt ungdomshem på någon grund som anges i 5 kap. 3 §.

**23 §**

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.17.

Paragrafen innebär att barn och unga som blivit föremål för en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning, en visitation av barnets eller den unges bostadsrum samt en avskiljning med öppen

eller låst dörr ska erbjudas en möjlighet att få samtala kring händelsen efteråt.

Samtalet ska både syfta till att barnet eller den unge ska få information om vad som var anledningen till att åtgärden behövde tillgripas och ge möjlighet för barnet eller den unge att tala om hur han eller hon uppfattar att åtgärden hade kunnat undvikas. Vid samtalet ska barnet eller den unge ges möjlighet att t.ex. redogöra för hur han eller hon upplevde åtgärden, både vad som var positivt och vad som var negativt. Syftet ska vara att ge insikter för båda parter som innebär att de kan undvika att en liknande situation uppkommer igen samt identifiera alternativa handlingsstrategier. Ett grundläggande antagande är att det är möjligt att minska behovet av tvångsåtgärder genom ett ändrat förhållningssätt, ett ändrat arbetssätt och ändrade behandlingsstrategier.

Det ska vara upp till barnet eller den unge att bestämma om han eller hon vill ha ett uppföljningssamtal. Barnet eller den unge ska således inte kunna tvingas till ett samtal.

## 24 §

Paragrafen är ny i förhållandena till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.18.

Paragrafen stadgar en skyldighet för SiS att rapportera användningen av kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, rumsvisitation, vård vid låsbar enhet, provtagning för kontroll av berusningsmedel, begränsningar i rätten att ta emot besök, begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, avskiljning i ett rum med öppen dörr, avskiljning i ett rum med låst dörr och vård i enskildhet till IVO.

Syftet med rapporteringsskyldigheten ska vara att ge IVO underlag för att följa användningen av skyddsåtgärderna, om nödvändigt vidta lämpliga åtgärder i egenskap av tillsynsmyndighet samt få en nationell överblick.

Rapporteringen ska ske på aggregerad nivå och på det sätt IVO närmare anger. Insamlade uppgifter bör bearbetas av IVO och närmare analyseras. Det kan vara av särskilt intresse att uppmärksamma skillnader mellan olika ungdomshem i användningen av skyddsåtgärder och vidta åtgärder för att få en mer enhetlig tillämpning. En ökad medvetenhet om hur skyddsåtgärderna används kan leda till en mer restriktiv användning av sådana åtgärder.

**25 §**

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 12 § tredje stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge* och *skall* har ersatts med *ska*.

**26 §**

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.19.

I första stycket markeras att om barnet eller den unge behöver sjukhusvård under vårdtiden ska han eller hon ges tillfälle till sådan vård.

Andra stycket innebär en skyldighet för verksamhetschefen för den sjukhusenhet där barnet eller den unge vistas, att se till att socialnämnden eller SiS underrättas, om barnet eller den unge önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Verksamhetschefen ska vidare vara skyldig att besluta att barnet eller den unge ska hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att han eller hon kan föras över till ett ungdomshem. Inga behandlingsinsatser eller åtgärder får vidtas i strid med barnets eller den unges uttryckliga vilja under den tid som han eller hon hålls kvar och hindras att lämna sjukhuset. Verksamhetschefens rätt att hindra barnet eller den unge från att lämna sjukhuset utgör därmed inte något avsteg från principen om självbestämmande och frivillighet inom hälso- och sjukvården.

I 16 kap. 1 § 4 finns bestämmelser om att polismyndigheten på begäran av verksamhetschefen är skyldig att föra patienten till ett särskilt ungdomshem.

**27 §**

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga ändringar och en ändring i sak, 14 a § nuvarande LVU. Övervägande finns i avsnitt 17.6.22.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

Tredje stycket är nytt och tydliggör att SiS kvalitetssäkringsarbete enligt 3 kap. 3 § SoL särskilt ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av skyddsåtgärder. Syftet är att understryka vikten av ett fortgående arbete med att minska användningen av skyddsåtgärder på de särskilda ungdomshemmen.

## 28 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella ändringar och ändringar i sak, 20 b § nuvarande LVU. Överväganden finns i 17.6.10, 17.6.12 och 17.6.15.

I paragrafen redogörs för vilka beslut som SiS fattar självständigt och vilka beslut som ska fattas efter samråd med socialnämnden. Enligt nuvarande LVU ska endast beslut om vistelse utanför hemmet fattas efter samråd med socialnämnden (20 b §).

Enligt paragrafen ska beslut om vård vid låsbar enhet, beslut om begränsningar av rätten att ta emot besök, beslut om begränsningar av rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, beslut om vård i enskildhet samt beslut om vistelse utanför hemmet fattas efter samråd med socialnämnden. Övriga beslut fattas självständigt av SiS. Syftet med att fler beslut ska fattas efter samråd med socialnämnden är att stärka rättssäkerheten för barnet eller den unge. Genom att involvera socialnämnden ökar rättssäkerheten eftersom beslutet ska ha föregåtts av en mer omfattande beredning.

## 14 kap. Handläggningen i socialnämnden och i domstol

### 1 §

Paragrafen, motsvarar med viss språklig ändring, 33 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

### 2 §

Paragrafen, motsvarar, med viss språklig ändring, 36 § andra stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet*.

### 3 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt ändringar i sak, 32 § nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 9.16.5.

I första stycket har *den unge* ersatt med *barnet eller den unge*. Meningen om att nämnden får utse lämplig plats för läkarundersökningen om den inte kan genomföras i den unges hem har tagits bort. Meningen är överflödigt eftersom läkarundersökningarna i



regel alltid utförs på en vårdinrättning. Vidare har 4 § ersatts med 5 kap. 4 § och *skall* har ersatts med *ska*. Bisatsen *om den inte av särskilda skäl är obehövlig* har ersatts med *om den inte är obehövlig*. Det kan vara så att barnets hälsa redan är tillräckligt utredd. Barnet kan ha en pågående vårdkontakt eller redan ha genomgått en hälsoundersökning utan att några tecken på försummad hälso- och sjukvård har påvisats.

Andra delen i andra stycket är nytt och förtydligar syftet med läkarundersökningen. Undersökningen syftar till att utgöra en del av underlaget för bedömningen av barnets eller den unges behov av vård och för planeringen av vården. Det handlar om att identifiera sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som kan ha betydelse för bedömningen av behovet av vård eller för innehållet i vårdplanen. Läkarundersökningen innebär inte en allmän hälsoundersökning. Därför kan det mycket väl vara så att barnet eller den unge utöver läkarundersökningen i vissa fall behöver genomgå en bredare hälsoundersökning efter att placeringen har verkställts.

Tredje stycket motsvarar första stycket tredje meningen i nuvarande 32 § LVU.

#### 4 §

Paragrafen motsvarar med viss språklig ändring, 34 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet eller den unge* och *skall* ersatts med *ska*.

#### 5 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt ändringar i sak, 35 § nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 10.4.7.

I första stycket har det förtydligats att paragrafen gäller mål om beredande eller upphörande av vård enligt 5 kap, dvs. vård utanför det egna hemmet. Vidare har *skall* ersatts med *ska*.

Andra stycket är nytt och innebär att rätten, om det behövs, ska höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Syftet är att betona att domstolen i högre grad bör inhämta expertkunskap för att kunna bedöma ett barns behov eller de risker som en viss miljö kan innebära. Ett sådant sakkunnigförordnande kan t.ex. gälla expertkunskap om barnpsykologi, barnpsykiatri, barnhabilitering

eller barnmedicin. Det kan också handla om kompetens inom hedersrelaterat våld och förtryck eller kunskap om hur utvecklingsstörning eller andra kognitiva svårigheter påverkar föräldraförmågan.

I tredje stycket har *skall* ersatts med *ska*.

## 6 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring, 37 § nuvarande LVU.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*.

## 7 §

Paragrafen, motsvarar 38 § nuvarande LVU.

## 8 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig ändring och ändring i sak, 40 § nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 8.11.7.

I första stycket har *förebyggande insatser* ersatts med *öppna insatser*. Ändringen är enbart språklig och innebär ingen ändring i sak.

Tredje stycket har ändrats så att beslut om vård enligt 5 kap. ska gälla omedelbart. Syftet är att undvika avbrott i vården i de fall barnet eller den unge är omedelbart omhändertagen. Vidare har *skall* ersatts med *ska*.

## 9 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt ändringar i sak, 39 § nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 10.4.3 och 17.6.21.

I första stycket har även mål och ärenden om umgängesbegränsning och beslut om att barnets eller den unges vistelseort inte ska röjas för föräldrar eller vårdnadshavare lagts till. Det innebär att barn och vårdnadshavare har rätt till offentligt biträde i dessa ärenden. Ärenden om umgängesbegränsning och hemlig vistelseort är mycket ingripande åtgärder för såväl barn som föräldrar. Ett offentligt biträde gör stor skillnad för barns möjligheter att utöva sina rättigheter i ett beslut av så ingripande karaktär. Det är även en viktig rättssäkerhetsfråga ur vårdnadshavarnas perspektiv.

Andra stycket är nytt och innebär att barn och unga har rätt till offentligt biträde vid överklagande av beslut om skyddsåtgärder.

I fjärde stycket har *eller social distriktsnämnd* tagits bort. Enligt 2 kap. 4 § SoL gäller vad som sägs i en författning om socialnämnd i förekommande fall den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämt ska fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten.

### 10 §

Paragrafen motsvarar, med viss språklig och redaktionell ändring, 36 § tredje stycket nuvarande LVU.

I paragrafen har *den unge* ersatts med *barnet* och 39 § har ersatts med 9 §.

### 11 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 10.4.4.

Paragrafen innebär vissa lagstadgade lämplighetskrav på den som ska förordnas till offentligt biträde för barn och unga i ärenden och mål enligt denna lag. Endast den som på grund av sina kunskaper och erfarenheter samt personliga egenskaper är särskilt lämplig för uppdraget ska få förordnas som offentligt biträde för barn och unga. Enligt Riktlinjer från Europarådets ministerkommitté för ett barnvänligt rättsväsende bör juridiska biträden som företräder barn, ha utbildning i och kunskaper om barns rättigheter och därmed relaterade frågor samt kunna kommunicera med barn på deras nivå av förståelse.<sup>6</sup> Även i barnrättskommitténs allmänna kommentar till artikel 12 understryks vikten av att företrädaren måste ha tillräcklig kunskap om och förståelse för olika aspekter av beslutsprocessen och erfarenhet av att arbeta med barn.<sup>7</sup>

Med kunskaper avses kunskap om bl.a. barns utveckling och vilka behov och rättigheter barn har. Med personliga egenskaper menas intresse och förmåga att bemöta barnen och de unga. Han eller hon måste kunna sätta sig in i barnets situation, ha förmåga att prata med barnet och förklara på ett för barnet begripligt sätt vad det är som händer och varför.

---

<sup>6</sup> Europarådet (2013) s. 26.

<sup>7</sup> BO (2014b).

Företrädesvis bör personer som har erfarenhet av uppdrag som offentligt biträde för barn och unga och som har utfört de uppdragen på ett tillfredsställande sätt anlitas för uppdraget.

## 12 §

Paragrafen är ny i förhållande till nuvarande LVU. Överväganden finns i avsnitt 10.4.5.

Paragrafen reglerar vilka uppgifter som ingår i ett uppdrag som offentligt biträde för barn och unga i mål och ärenden enligt LVU.

Av första stycket framgår att ett offentligt biträde för barn eller unga ska ta till vara barnets eller den unges rätt i målet eller ärendet samt lämna stöd och hjälp till barnet eller den unge. Att ta till vara barnets eller den unges rätt innebär bl.a. att han eller hon vid behov ska bevaka att nödvändig utredning om barnet, t.ex. utlåtanden från barnpsykolog eller annan expertis, inhämtas. I egenskap av ställföreträdare för barnet ska han eller hon också bevaka barnets rätt att överklaga beslut som gäller barnet.

Av andra stycket framgår vidare att biträdet, om det inte är uppenbart obehövligt, ska träffa barnet och lämna barnet eller den unge den information i saken som är lämplig och som kan antas vara av betydelse för barnet eller den unge. I informationsansvaret ligger ett ansvar för att barnet görs delaktig i processen. Huvudregeln är att det offentliga biträdet, oavsett barnets ålder, ska träffa barnet vid ett personligt möte. I vissa undantagsfall kan det dock räcka med att det offentliga biträdet och barnet eller den unge kommunicerar via telefon, t.ex. om ärendet gäller överklagande av en vidtagen skyddsåtgärd eller om det offentliga biträdet genom tidigare kontakter har en god kännedom om barnet eller den unge.

Av tredje stycket följer att biträdet, om det är möjligt och lämpligt, ska se till att barnets eller den unges inställning klarläggs. Barnets inställning ska redovisas för rätten. Om barnet har uttryckt en uppfattning ska ställföreträdaren således vara skyldig att redovisa barnets inställning för rätten. Om ställföreträdaren har en annan uppfattning av vad som är bäst för barnet ska han eller hon framföra denna och motivera sin bedömning för rätten.

## 15 kap. Överklagande

### 1 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella ändringar och en ändring i sak, 41 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i 6.7.3.

I paragrafen har paragrafhänvisningarna ändrats till den nya lagen.

I punkten 2 har 4 kap. 1 § lagts till vilket innebär att socialnämndens beslut om kontaktperson för barn under 15 år mot vårdnadshavarens vilja, får överklagas av barnets vårdnadshavare. Även nämndens beslut enligt 9 kap. 1 § om att beslutet ska fortsätta att gälla får överklagas till förvaltningsrätten.

I punkten 3 har vård med stöd av lagen ersatts med vård enligt 5 kap. Ändringen syftar till att göra bestämmelsen tydligare och innebär ingen ändring i sak.

### 2 §

Paragrafen motsvarar, med vissa redaktionella ändringar och ändringar i sak, 42 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.20.

I paragrafen har paragrafhänvisningarna ändrats till den nya lagen. Vidare har paragrafen kompletterats med beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning enligt 13 kap. 6 §, vård vid låsbar enhet enligt 13 kap. 10 §, skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov enligt 13 kap. 12 § samt övervakning av brev och andra försändelser enligt 13 kap. 15 §. Dessutom ska de nya skyddsåtgärderna visitation av bostadsrum enligt 13 kap. 7 § och avskiljning med öppen dörr enligt 13 kap. 16 § få överklagas till förvaltningsrätten.

## 16 kap. Övriga bestämmelser

### 1 §

Paragrafen motsvarar, med vissa språkliga och redaktionella ändringar samt ändringar i sak, 43 § nuvarande LVU. Övervägandena finns i avsnitt 17.6.19.

I paragrafen har *skall* ersatts med *ska*. Vidare har paragrafhänvisningarna ändrats till den nya lagen. Paragrafen har även kompletterats med en ny fjärde punkt som innebär att om barnet

eller den unge vistas på sjukhus får verksamhetschefen för den vårdenhet där barnet eller den unge vistas, begära hjälp av polismyndigheten för att föra barnet eller den unge till ett särskilt ungdomshem.

## 2 §

Paragrafen, motsvarar 44 § nuvarande LVU.

## 3 §

Paragrafen, motsvarar med viss språklig ändring 21 a § nuvarande LVU.

I paragrafen har *vård med stöd av denna lag* ersatts med *vård med stöd av 5 eller 7 kap. denna lag*. Ändringen syftar till att göra bestämmelsen tydligare och innebär ingen ändring i sak.

## 22.2 Förslag till lag (2017:00) om förbud mot berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende

### 1 §

Paragrafen anger tillämpningsområdet för lagen. Lagen får tillämpas vid sådana HVB som drivs av landsting, kommun, bolag, förening, samfällighet, stiftelse eller enskild individ.

Övervägandena finns i avsnitt 14.11.6.

### 2 §

Första stycket innebär att huvudmannen för ett HVB får besluta att den som vårdas på ett HVB med stöd av SoL eller LVU inte får inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

Andra stycket innebär att den enskilde inte heller får inneha injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel narkotika. Inte heller får egendom som kan skada den enskilde själv eller någon annan, försvåra vården av honom eller henne eller äventyra säkerheten vid hemmet innehas. Sådan annan egendom

kan t.ex. vara tändstickor, tändare, vapen, knivar och andra tillhyggen eller föremål som kan skada den egna personen, personalen eller de andra som bor på hemmet. Även mediciner kan omfattas av begreppet om det finns risk för att de vid oriktigt bruk kan skada barnet eller den unge. I sådant fall bör snarast läkare underrättas, som får bedöma behovet av medicinerna. Däremot omfattas inte mobiltelefoner och kameror av bestämmelsen.

Ett förbud enligt första eller andra styckena ska kunna tillämpas vid placeringar enligt LVU och SoL samt gälla generellt för alla som vårdas på det boendet.

Övervägandena finns i avsnitt 14.11.6.

### 3 §

Paragrafen medger att sådan egendom som avses i 2 § får omhändertas. Om det inte finns någon känd ägare till den omhändertagna egendomen ska den som förestår verksamheten, låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagnen egendom i 2 § första stycket 1 lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Belopp som erhållits vid försäljningen tillfaller staten.

Övervägandena finns i avsnitt 14.11.6.

### 4 §

Första stycket innebär att beslut om att förstöra eller försälja egendom ska få överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Beslutet ska inte få verkställas förrän det vunnit laga kraft.

Andra stycket klargör att om det är ett privat HVB som har fattat beslut enligt lagen, så är den enskilde huvudmannen den enskildes motpart i domstolen när ett beslut överklagas dit.

Enligt tredje stycket krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

Övervägandena finns i avsnitt 14.11.6.

## 22.3 Förslag till lag (2017:00) om hälsoundersökning av barn och unga vid beslut om vård utanför det egna hemmet

### 1 §

Paragrafen anger tillämpningsområdet för lagen. Lagen gäller landstingets skyldigheter att, på begäran av socialnämnden erbjuda barn och unga en hälsoundersökning i anslutning till att vård i familjehem eller HVB med stöd av SoL och LVU inleds. Lagen gäller utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt tandvårdslagen (1985:125). Vad som gäller för socialnämndens begäran framgår av den nya bestämmelse som föreslås i 11 kap. 3 a § SoL.

Barn och unga som placeras i familjehem eller HVB kan också omfattas av reglerna om erbjudande om hälsoundersökningar i 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.. Den lagen är avsedd för de särskilda behov som kan finnas ur exempelvis smittskyddssynpunkt bland asylsökande och bör därför ges företräde före denna lag.

Övervägandena finns i avsnitt 9.16.6.

### 2 §

En hälsoundersökning ska avse barnets eller den unges fysiska och psykiska hälsotillstånd samt tandhälsa. Den ska omfatta en kartläggning av tidigare hälsoundersökningar och vaccinationer samt de undersökningar och samtal med barnet eller den unge som i övrigt behövs för en medicinsk bedömning av barnets eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård.

En hälsoundersökning kan omfatta olika delar, som kräver olika kompetens. Tillsammans ska dessa delar ge underlag för en medicinsk bedömning av barnets eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Den ska utformas och genomföras efter etiska överväganden av omfattning och innehåll i förhållande till syftet med undersökningarna och barnets eller den unges autonomi och integritet.

En grundläggande del av hälsoundersökningen är en kartläggning av vad som framkommit vid eventuella tidigare hälsoundersökningar, inklusive tandhälsan, av barnet eller den unge samt en genomgång av de vaccinationer som barnet eller den unge fått.



Utöver det kan det vara aktuellt med syn- och hörselundersökning och andra kroppsundersökningar, provtagningar och andra kontroller av barnets eller den unges fysiska och psykiska hälsa samt tandhälsa.

Individuella hälsosamtal med barnet eller den unge hör också till de grundläggande delarna av en hälsoundersökning. Det är viktigt att barnet eller den unge får möjlighet att själv komma till tals om sin hälsa. Även psykosomatiska symtom som oro, nedstämdhet, ätstörningar med mera bör uppmärksammas under samtalet. Samtal med ett barn vid en hälsoundersökning ska anpassas till barnets ålder och mognad.

Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka tecken på ohälsa och säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård som alla barn har rätt till. Utgångspunkten är att hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Genom hälsoundersökningen kan upptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem identifieras. Hälsoundersökningen kan också ge möjlighet att upptäcka om barnet eller den unge har andra allvarliga svårigheter och vara ett bra tillfälle att fråga om det finns något som barnet eller den unge oroar sig för.

Övervägandena finns i avsnitt 9.16.6.

### 3 §

Av paragrafen följer att, om barnet eller den unge har vårdbehov som den undersökande vårdgivaren inte kan tillgodose, ska barnet eller den unge remitteras till en annan vårdgivare för vidare medicinsk bedömning eller behandling. En hälsoundersökning i samband med placering erbjuder en möjlighet att upptäcka sådant som barnet och den unge tidigare borde ha fått hjälp med. Det är därför särskilt viktigt att resultaten av hälsoundersökningen leder vidare till de fortsatta samtal, undersökningar, behandlingar, hjälpmedel med mera som barnet eller den unge kan behöva.

Övervägandena finns i avsnitt 9.16.6.

### 4 §

Enligt paragrafen meddelar regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, föreskrifter om

1. erbjudanden om hälsundersökning enligt lagen,
2. genomförande av hälsundersökning enligt lagen,
3. utformning av den medicinska bedömning som hälsundersökningen ska leda fram till, samt
4. landstingets åtgärder till följd av hälsundersökningen och den medicinska bedömningen.

## **22.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)**

### **1 kap. Socialtjänstens mål**

#### **3 §**

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

### **5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper**

#### **1 §**

I paragrafen, i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:85), har sista strecksatsen tagits bort. Sista strecksatsen har flyttats till en ny paragraf: 5 kap. 1 e §.

Övervägandena finns i avsnitt 18.7.3.

#### **1 d §**

Paragrafen är ny. Av paragrafen följer en skyldighet för kommuner och landsting att komma överens om ett samarbete när det gäller vård utanför det egna hemmet av barn och unga enligt SoL och LVU. Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL och LVU. Kravet avser överenskommelser om samarbete såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att den avslutas. Det kan t.ex. gälla socialnämndens tillgång till konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens och tvärprofessionell kompetens för

att bedöma barnets behov av vård. Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas i enskild verksamhet som kommuner och landsting har slutit avtal med i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL.

Överenskommelserna bör även innefatta samverkan med SiS särskilda ungdomshem samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen bör ske.

Organisationer som företräder barn och unga som vårdas utanför hemmet eller deras närstående ska, om det är möjligt, ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna. Som organisationer bör i detta fall även kunna räknas nätverk eller mer tillfälliga former som hålls samman av exempelvis organisationer inom barnrättsområdet eller lokala barnombudsmän.

Om ett landsting och en kommun redan har träffat en överenskommelse om samarbete i dessa frågor behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt denna paragraf.

Övervägandena finns i avsnitt 15.8.2.

#### 1 e §

Paragrafen motsvarar med vissa ändringar i sak, 5 kap. 1 § sista strecksatsen i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:85).

Första stycket har förts över oförändrat från 5 kap. 1 § sista strecksatsen. Bestämmelsen reglerar socialnämndens särskilda ansvar för stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet har upphört eller sedan verkställighet av slutna ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård upphört. Bestämmelsen har kompletterats med två nya stycken.

Enligt andra stycket bör socialnämndens stöd och hjälp enligt första stycket inriktas på personligt stöd och fortsatt kontakt med hemmet där han eller hon har varit placerad. Det kan t.ex. handla om att familjehemmet finns kvar som kontaktfamilj för barnet eller den unge. För unga som fått en nära relation till behandlingspersonal på HVB kan behovet av fortsatt kontakt i stället tillgodoses genom att någon i personalgruppen utses som kontaktperson.

I tredje stycket förtydligas socialnämndens ansvar då den unga ska flytta till en egen bostad sedan vården har upphört. Avgränsningen till dem som ska ha en egen bostad är avsedd att omfatta de som ska övergå till ett självständigt vuxenliv efter avslutad placering. Den syftar inte på någon särskild typ av bostad. Stödet och hjälpen bör särskilt inriktas på frågor om ekonomi, boende, studier och arbete. Vidare anges en bortre gräns för socialnämndens ansvar i denna del. Den bortre tidsgränsen är satt till dess den unge fyller 22 år. Det innebär att den som lämnar samhällsvården vid 21 års ålder åtminstone omfattas av socialnämndens särskilda ansvar under ett år efter avslutad placering.

Övervägandena finns i avsnitt 18.7.3.

## 6 kap. Vård i familjehem och i hem för vård eller boende

### 1 b §

Paragrafen är ny. Paragrafen innebär att socialnämnden får besluta om en placering utanför det egna hemmet för barn som har fyllt 16 år utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till. Syftet med bestämmelsen är att öka socialnämndens möjligheter att bistå barn som lever i en konfliktfylld eller i övrigt otillfredsställande hemsituation men där missförhållanden i hemmet inte når upp till den nivå som krävs för en LVU-ansökan och barnet inte har ett beteende som motiverar vård på grund av eget beteende. Bestämmelsen innebär även att socialnämnden får låta frivillig vård utanför det egna hemmet av ett barn som har fyllt 16 år pågå utan vårdnadshavarens samtycke om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det.

Ett beslut om placering fattas med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Ett sådant beslut får överklagas till förvaltningsrätten (16 kap. 1 § SoL). Eftersom ett beslut att placera ett barn utanför det egna hemmet mot vårdnadshavarens vilja går vårdnadshavaren emot, torde ett sådant beslut få överklagas av vårdnadshavaren (22 § FL). Att vårdnadshavaren har rätt att överklaga beslutet innebär även att han eller hon är part i ärendet och ska kommuniceras utredningsmaterialet enligt 17 § förvaltningslagen (1986:223). Undantagsbestämmelsen i 10 kap. 3 § OSL kan bli tillämplig i de

situationer då det kan antas att barnet lider betydande men om utredningen delges vårdnadshavaren.

Övervägandena finns i avsnitt 11.6.2.

### 3 §

I första stycket har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

### 7 b §

I punkten 4 har god man enligt lagen (2005:429) om god man för ensamkommande barn lagts till. För ensamkommande barn som kommer till Sverige ska en god man enligt lagen om god man för ensamkommande barn förordnas av överförmyndaren. Gode mannens uppdrag är att vara i vårdnadshavares och förmyndares ställe. Det betyder att den gode mannen har rätt och skyldighet att bestämma i alla frågor som rör barnets angelägenheter, personliga såväl som ekonomiska och rättsliga. Han eller hon ska se till att barnet får omvårdnad, trygghet och en god fostran. Likaså ska han eller hon säkerställa att barnet får den tillsyn som behövs samt bevaka att försörjnings- och utbildningsfrågorna får en tillfredsställande lösning. Vid socialnämndens uppföljning av en placering av ett ensamkommande barn ska nämnden således samtala med barnets gode man enligt lagen om god man för ensamkommande barn.

Övervägandena finns i avsnitt 5.8.7.

### 8 §

I första stycket har kravet på att socialnämnden ska överväga om vården fortfarande behövs ersatts med att barnets särskilda socialsekreterare ska rapportera till socialnämnden hur barnets behov tillgodoses, hur vårdnadshavarnas förhållanden utvecklar sig och, om vården ska fortsätta, hur den bör inriktas och utformas. Genom att ersätta ordet *överväga* med *rapportera* tydliggörs att nämnden inte vid detta tillfälle ska göra någon prövning i ärendet. Det finns dock inget som hindrar att nämnden med anledning av informationen tar initiativ till utredning om att vården ska upphöra eller någon annan förändring av vården. Frivillig vård upphör alltid

när vårdnadshavaren eller ett barn som fyllt 15 år begär det. Överväganden finns i avsnitt 13.18.4.

Andra stycket stadgar att en vårdnadsöverflyttning ska övervägas när barnet har varit placerat i samma familjehem i tre år. Stycket har kompletterats med en ny mening som förtydligar att frågan om vårdnadsöverflyttning därefter ska övervägas årligen i samband med rapporteringen till nämnden.

Tredje stycket är nytt. Enligt 6 kap. 8 § FB ska en vårdnadsöverflyttning göras när det är uppenbart bäst för barnet. Det nya stycket tydliggör vilka faktorer som socialnämnden särskilt ska ta hänsyn till vid övervägande av om det finns skäl att ansöka om vårdnadsöverflyttning. Med ordet *särskilt* markeras att utvärderingen inte är uttömmande. Barnets och familjehemsföräldrarnas inställning ska beaktas liksom barnets relation till familjehemsföräldrarna och deras förmåga att tillgodose barnets behov av en trygg och god uppväxt. Familjehemsföräldrarna ska önska att bli vårdnadshavare för barnet och stort avseende ska fästas vid barnets egen inställning. Vid bedömningen ska även hänsyn tas till familjehemsföräldrarnas inställning till och förmåga att tillgodose barnets behov av kontakt med föräldrar och andra närstående. Det är viktigt att socialnämnden överväger hur en vårdnadsöverflyttning påverkar barnets kontakt med sin ursprungsfamilj på längre sikt. Detta beror ofta på familjehemsföräldrarnas inställning och hur de på olika sätt tar ansvar för och möjliggör denna kontakt. Att barnet och föräldrarna har ett fungerande umgänge ska inte vara ett hinder för en vårdnadsöverflyttning om en sådan är uppenbart bäst för barnet.

Överväganden finns i avsnitt 13.18.8.

## 10 kap. Nämndorganisation

### 4 §

I paragrafen har paragrafhänvisningarna ändrats till den nya lagen. Dessutom har 4 kap. 1 § (beslut om kontaktperson till ett barn under 15 år mot vårdnadshavarens vilja) och 7 kap. 13 § (beslut om omedelbart omhändertagande enligt artikel 20 i Bryssel II-förordningen) lagts till.

**6 §**

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

**11 kap. Handläggning av ärenden****3 §**

Andra stycket är nytt och innebär en skyldighet för socialnämnden att revidera en vårdplan som gäller ett barn senast efter att vården har pågått i två år. Vårdplanen ska vid denna tidpunkt, om det inte möter särskilda hinder, inriktas på barnets långsiktiga boende. Vid själva omhändertagandet finns inte all kunskap om vilka behov som vården behöver tillgodose på längre sikt. Det går inte heller att vid denna tidpunkt fullt ut bedöma föräldrarnas förmåga till förändring och vilken uthållighet de kommer att ha i sina ansträngningar för att kunna ta hem sitt barn. Det är den sammanlagda placeringstiden som åsyftas oberoende av placeringsform eller om barnet bott i samma familjehem. Vårdplanen kan vid behov revideras redan före två års placering. Vårdplanen ska därefter revideras vid behov.

Övervägandena finns i avsnitt 13.18.3.

**3 a §**

Paragrafen är ny. Paragrafen innebär en skyldighet för socialnämnden att, om det inte är obehövt, begära en hälsoundersökning i anslutning till att vård i familjehem eller HVB inleds för ett barn eller en ung person. Begäran ska göras i enlighet med lagen (2017:00) om hälsoundersökning av barn och unga vid beslut om vård utanför det egna hemmet. Hälsoundersökningen kan göras både före och efter placeringen men ska ske i nära anslutning till att placeringen genomförs.

Begäran kan anses obehövt om barnet eller den unge nyligen genomgått en hälsoundersökning eller om placeringen förväntas bli mycket kortvarig. Begäran kan också anses obehövt om nämnden informerat sig om att barnet eller den unge erbjuds hälsoundersökning enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Hälsoundersökningen ska syfta till upptäckt av tecken på ohälsa och säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård som alla barn har rätt till. Den kan också utgöra ett underlag för den vårdplan eller den genomförandeplan som socialnämnden ska upprätta enligt 11 kap. 3 § SoL och som även ska ta upp åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6.16.

#### 4 a §

I andra stycket har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

#### 4 b §

I andra stycket har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

## 22.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

#### 8 c §

Paragrafen är ny. Av paragrafen följer en skyldighet för landsting och kommuner att komma överens om ett samarbete när det gäller vård utanför det egna hemmet av barn och unga enligt SoL och LVU. Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL och LVU. Kravet avser överenskommelser om samarbete såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att den avslutas. Det kan t.ex. gälla socialnämndens tillgång till konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens och tvärprofessionell kompetens för att bedöma barnets behov av vård. Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas i enskild verksamhet som kommuner och landsting har slutit avtal med i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL.



Överenskommelserna bör även innefatta samverkan med SiS särskilda ungdomshem samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen bör ske.

Organisationer som företräder barn och unga som vårdas utanför hemmet eller deras närstående ska, om det är möjligt, ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna. Som organisationer bör i detta fall även kunna räknas nätverk eller mer tillfälliga former som hålls samman av exempelvis organisationer inom barnrättsområdet eller lokala barnombudsmän.

Om ett landsting och en kommun redan har träffat en överenskommelse om samarbete i dessa frågor behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt denna paragraf.

Övervägandena finns i avsnitt 15.8.2.

## 22.6 Förslag till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

### 31 §

I paragrafen har *enligt denna lag* tagits bort. Det innebär att bestämmelsen gäller generellt för alla som vårdas på ett LVM-hem, dvs. även de som vårdas med stöd av SoL. För att ha möjlighet till framgång i vården är det väsentligt att reglerna om innehav av berusningsmedel gäller lika för alla.

Vidare har uttrycket *ordningen vid hemmet* ersatts med formuleringen *säkerheten vid hemmet*. Ändringen är en konsekvens av utredningens förslag till nya begrepp i kap. 13 i nya LVU. På det sättet används samma begrepp i de lagstiftningar som reglerar SiS verksamhet. Det underlättar tillämpningen och ökar tydligheten. Syftet med ändringen är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.5.

### 31 a §

Paragrafen är ny och reglerar visitationer av bostadsrum och andra slutna förvaringsställen som den intagne disponerar, t.ex. kläd- eller värdeskåp.

En rumsvisitation ska få göras om det finns en misstanke om att den enskilde innehar något som han eller hon inte får ha där. Det

innebär att det måste finnas grundad anledning att anta att den enskilde har kommit i besittning av något som inte får innehas. Bestämmelsen ska kunna tillämpas för alla som vistas på ett LVM-hem.

Enligt andra stycket ska all den hänsyn som omständigheterna medger iakttas vid en rumsvisitation och genomföras i närvaro av en annan person än den som genomför kontrollen. Det är viktigt att personalen håller sig till syftet med rumsvisitationen och att omfattningen av en rumsvisitation alltid avgränsas med hänsyn till vad som eftersöks.

Enligt tredje stycket ska den enskilde erbjudas att närvara vid en visitation av bostadsrummet. Om särskilda skäl föreligger ska dock en visitation av ett bostadsrum kunna genomföras även om den enskilde inte är närvarande. Särskilda skäl kan t.ex. vara att den enskilde inte befinner sig på LVM-hemmet i samband med att rumsvisitationen behöver genomföras.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.7.

### 31 b §

Paragrafen är ny.

Bestämmelsen innebär att SiS får besluta om skyddsvisitationer i vissa särskilt angivna situationer. Med skyddsvisitation avses en lindrigare form av kroppsvisitation i form av att personal känner utanpå den enskildes kläder eller med hjälp av metalldetektor kontrollerar att han eller hon inte bär på sig något otillåtet. Skyddsvisitationer kan behöva genomföras när den enskilde kommer till avdelningen efter att ha varit i t.ex. snickeriet, hobbyrummet, verkstaden, matsalen eller på en annan avdelning. Syftet är att säkerställa att inte något farligt föremål som den enskilde kan använda för att skada sig själv eller någon annan kommer in på avdelningen. Det behöver inte finnas någon misstanke om att den enskilde har med sig något farligt föremål. Bestämmelsen får tillämpas för alla som vistas på ett LVM-hem.

Andra stycket innebär att SiS centralt ska besluta för varje enskild institution i vilka situationer skyddsvisitationer får göras. Sådana beslut ska anmälas till IVO. Det finns inget krav på att en genomförd skyddsvisitation ska dokumenteras eftersom ett sådant krav skulle leda till en omfattande administration för institutionerna. Den enskilde ska dock återkommande informeras om att,

och i vilka situationer, skyddsvisitationer kan förekomma. Att information har getts bör dokumenteras i den enskildes journal.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.8.

### 32 a §

I paragrafen har misstankerekvisitet ersatts med ett behovsrekvisit. Anledningen är att dagens berusningsmedel kan ge rus som är svåra att upptäcka utan drogtest, men som också kan ge abstinensbesvär och akuta hälsorisker. Det förekommer att enskilda personer kommer till en institution utan att uppvisa tecken på påverkan – misstanke saknas därmed. Ändringen innebär att drogtester får göras vid ankomst till hemmet utan att det finns en misstanke om att den enskilde är påverkad. Med ankomst till hemmet menas första gången den enskilde kommer till institutionen, när den enskilde återkommer från en vistelse utanför institutionen och när den enskilde återkommer efter en avvikning. Under vistelsen vid hemmet får däremot drogtester endast göras om det föreligger en misstanke om påverkan.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.11.

### 33 §

Till följd av att 31 § ska gälla generellt för alla som vårdas på ett LVM-hem har förevarande paragraf ändrats så att den enbart omfattar 32 § LVM. Vidare har bestämmelsen moderniserats språkligt genom att *ordningen vid hemmet* har ersatts med *säkerheten vid hemmet*. Ändringen är en konsekvens av utredningens förslag till nya begrepp i kap. 13 i nya LVU. Syftet med ändringen är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak.

### 33 a §

Paragrafen har ändrats och tillförts två nya stycken. I första stycket har bestämmelsen anpassats till dagens kommunikationsteknik och utvidgats till att omfatta alla elektroniska kommunikationstjänster. Begreppet elektroniska kommunikationstjänster är hämtat från lagen (2003:389) om elektroniska kommunikationstjänster och avser tjänster som vanligen tillhandahålls mot ersättning och som huvudsakligen utgörs av signaler i elektroniska kommunikationsnät. Härunder faller tjänster som möjliggör överföring av tal,

fax och data och andra former av kommunikation. Det innebär att bl.a. fast telefoni, mobiltelefoni, internet och e-post omfattas. Avsikten är att definitionen ska vara oberoende av teknikutvecklingen på området och även omfatta eventuellt nya elektroniska kommunikationsmedel.

Andra stycket är nytt och innebär att ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska få gälla i högst 14 dagar. Om det därefter finns ett fortsatt behov av restriktioner får ett nytt beslut fattas. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det upphöra. Ändringen syftar till att stärka rättssäkerheten för den enskilde.

Även tredje stycket är nytt. Bestämmelsen medger att den tekniska utrustning som möjliggör användningen ska få omhändertas under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla.

Övervägandena finns i 17.6.12.

### 35 §

I paragrafen har *ordningen vid hemmet* ersatts med *säkerheten vid hemmet*. Syftet är att språkligt modernisera bestämmelsen och innebär ingen ändring i sak.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.13.

### 36 a §

I första stycket har *tvångsåtgärder* ersatts med *skyddsåtgärder*. Ändringen är en konsekvens av utredningens förslag om att ersätta begreppet särskilda befogenheter med skyddsåtgärder i den nya LVU. Det är viktigt att använda samma begrepp inom SiS verksamhet, oavsett vilken lagstiftning som reglerar vistelsen. Det ökar tydligheten vilket bidrar till ökad rättssäkerhet.

Andra stycket, som är nytt, stadgar att skyddsåtgärder bara får användas om nyttan av åtgärden klart överväger det intrång och de skaderisker åtgärden kan innebära och att skyddsåtgärder inte får användas som någon form av bestraffning. Bestämmelsen ska ses som en konkretisering till proportionalitetsprincipen och syftar till att markera den restriktivitet som ska iakttas vid användning av skyddsåtgärder.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.4.

## 22.7 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård

### 1 §

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell. Vidare har *skall* ersatts med *ska*.

### 10 §

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

### 15 §

I paragrafen har 16, 17, 19 och 20 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 4–8 och 15–19 §§ lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen innebär att även bestämmelserna om rumsvsitation (7 §), skyddsvisitation (8 §) och avskiljning (16–19 §§) i den nya LVU ska gälla för den som är föremål för verkställighet av slutna ungdomsvård. Hänvisningarna till 16–19 §§ LVU innebär att kravet på att en läkare eller sjuksköterska ska yttra sig om en avskiljning med låst dörr ska gälla även för den som är föremål för verkställighet av slutna ungdomsvård. Vidare har *skall* ersatts med *ska*.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.14.

### 16 §

Paragrafen har ändrats och tillförts två nya stycken. I första stycket har bestämmelsen anpassats till dagens kommunikationsteknik och utvidgats till att omfatta alla elektroniska kommunikationstjänster. Begreppet elektroniska kommunikationstjänster är hämtat från lagen (2003:389) om elektroniska kommunikationstjänster och avser tjänster som vanligen tillhandahålls mot ersättning och som huvudsakligen utgörs av signaler i elektroniska kommunikationsnät. Härunder faller tjänster som möjliggör överföring av tal, fax och data och andra former av kommunikation. Det innebär att bl.a. fast telefoni, mobiltelefoni, internet och e-post omfattas.

Avsikten är att definitionen ska vara oberoende av teknikutvecklingen på området och även omfatta eventuellt nya elektroniska kommunikationsmedel.

Andra stycket är nytt och innebär att ett beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och ta emot besök ska få gälla i högst 14 dagar. Om det därefter finns ett fortsatt behov av restriktioner får ett nytt beslut fattas. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska det upphöra. Ändringen syftar till att stärka rättssäkerheten för den enskilde.

Även tredje stycket är nytt. Bestämmelsen medger att den tekniska utrustning som möjliggör användningen ska få omhändertas under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla.

Övervägandena finns i 17.6.12.

### 17 a §

I paragrafen har misstankerekvisitet ersatts med ett behovsrekvisit. Anledningen är att dagens berusningsmedel kan ge rus som är svåra att upptäcka utan drogtest, men som också kan ge abstinensbesvär och akuta hälsorisker. Det förekommer att en ung person kommer till ett särskilt ungdomshem utan att uppvisa tecken på påverkan – misstanke saknas därmed. Ändringen innebär att drogtester får göras vid ankomst till hemmet utan att det finns en misstanke om att den enskilde är påverkad. Med ankomst till hemmet menas första gången den dömde kommer till institutionen, när den dömde återkommer från en vistelse utanför institutionen och när den dömde återkommer efter en avvikning. Under vistelsen vid hemmet får däremot drogtester endast göras om det föreligger en misstanke om påverkan.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.11.

### 18 b §

I första stycket har *kontroll- eller tvångsåtgärd* ersatts med *skyddsåtgärd*. Ändringen är en konsekvens av utredningens förslag om att ersätta begreppet särskilda befogenheter med skyddsåtgärder i den nya LVU. Det är inte ovanligt att en ung person som dömts till sluten ungdomsvård vid verkställighetens slut bedöms vara i behov av fortsatt vård inom ramen för LVU. Det är viktigt att använda samma begrepp inom SiS verksamhet, oavsett vilken lagstiftning som reglerar vistelsen. Det ökar tydligheten vilket bidrar till ökad rättssäkerhet.

Andra stycket, som är nytt, stadgar att skyddsåtgärder bara får användas om nyttan av åtgärden klart överväger det intrång och de skaderisker åtgärden kan innebära och att skyddsåtgärder inte får användas som någon form av bestraffning. Bestämmelsen ska ses som en konkretisering av proportionalitetsprincipen och syftar till att markera den restriktivitet som ska iakttas vid användning av skyddsåtgärder. Det är lika viktigt för de unga som är föremål för verkställighet av sluten ungdomsvård att skyddsåtgärder inte används slentrianmässigt eller som bestraffning.

Övervägandena finns i avsnitt 17.6.4.

## **22.8 Förslag till lag om ändring i lagen (1989:14) om erkännande och verkställighet av utländska vårdnadsavgöranden m.m. och om överflyttning av barn**

### 22 §

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

## **22.9 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård**

### 8 §

I paragrafen har 19 § andra stycket lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 15 § tredje stycket lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

## **22.10 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård**

### **1 §**

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

### **4 §**

I paragrafen har 14 § andra stycket 1 lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 6 kap. 6 § andra 1 stycket lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

## **22.11 Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet**

### **1 §**

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

## **22.12 Förslag till lag om ändring i utlänningslagen (2005:716)**

### **5 kap. Uppehållstillstånd**

#### **1 §**

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.



## 23 kap. Särskilda bemyndiganden

### 2 §

I paragrafen har lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

## 22.13 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (2010:110)

### 7 kap. Övriga förmåner

#### 2 §

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

### 102 kap. Beräkning av bostadstillägg

#### 20 §

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

### 106 kap. Förmåner vid verkställighet i anstalt eller vård på institution m.m.

#### 5 §

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

**12 §**

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

**22.14 Förslag till lag om ändring i skollagen  
(2010:880)****24 kap. Särskilda utbildningsformer****8 §**

I paragrafen, i den lydelse som träder i kraft den 1 juli 2015 (SFS 2015:176), har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

**22.15 Förslag till lag om ändring i delgivningslagen  
(2010:1932)****40 §**

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.

**22.16 Förslag till lag om ändring i brottsskadelagen  
(2014:322)****6 §**

I paragrafen har 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ersatts med 13 kap. 1 § lagen (2017:00) med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga. Ändringen är enbart redaktionell.



# Särskilt yttrande

## Särskilt yttrande

### av experten Anna Karin Hildingson Boqvist

Utredningens betänkande ger uttryck för en i grunden förändrad syn på barn inom den sociala barnvården och deras rätt till en säker, trygg och kvalitativ vård. Förslagen innebär i sin helhet ett nytt förhållningssätt till barns rättigheter i lagstiftningen. Bristerna i den sociala barnvården är av så djup och allvarlig karaktär att Barnombudsmannen ser det som mycket angeläget att förslagen i betänkandet genomförs utan dröjsmål.

I ett specifikt avseende, i frågan om avskiljningar på de särskilda ungdomshemmen, avviker dock tvångsvårdsutredningen från sin egen logik om att utforma förslag som säkerställer att även barn i samhällsvård får sina mänskliga rättigheter förverkligade. På denna punkt är jag kritisk och mitt särskilda yttrande rör enbart denna fråga.

Två internationella expertkommittéer, FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) samt FN:s kommitté mot tortyr, kritiserade under 2014 och 2015 Sverige för att vår lagstiftning tillåter att barn isoleras och avskiljs bland annat på särskilda ungdomshem. Den samstämmiga och skarpt formulerade kritiken från experter på mänskliga rättigheter måste tas på allvar. I detta särskilda yttrande invänder jag därför mot att utredningen lägger ett förslag som även i fortsättningen innebär att barn från 11 års ålder kan avskiljas, det vill säga hålls isolerade, på de statliga särskilda ungdomshemmen. Det är enligt min mening anmärkningsvärt att utredningen på detta sätt överprövar den kritik som två internationella expertkommittéer riktat mot Sverige.

Utredningen framhåller att det inte finns några som helst terapeutiska effekter av att avskilja ett barn, att avskiljning ska ske i

undantagsfall och att tiden kraftigt ska begränsas. Det är steg i rätt riktning, men åtgärderna är långt ifrån tillräckliga för att Sverige ska anses kunna leva upp till det skydd för barnets rättigheter som både FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) samt FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling ger barn.

Sverige granskas vart femte år av FN:s barnrättskommitté och den senaste granskningen ägde rum i början av 2015. Kommittén är allvarligt oroad över användningen av avskiljning. Kommittén kräver av Sverige att med hänvisning till den allmänna kommentaren nummer 8 om barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffningar samt den allmänna kommentaren nummer 13 om barnets rätt till frihet från alla former av våld tydligt i lag förbjuda användningen av avskiljning på alla institutioner. Dessutom uppmanar kommittén Sverige att tillhandahålla utbildning för personalen om icke-våldsamma och icke-tvingande metoder inom vården.

I november 2014 granskades Sverige av FN:s kommitté mot tortyr. Kommittén är oroad över användningen av restriktioner, inklusive isolering av minderåriga i arrest, häkte och särskilda ungdomshem. Kommittén kräver att Sverige avskaffar användningen av isolering av minderåriga i bland annat särskilda ungdomshem.

Barnombudsmannen anser att det är tydligt att användningen av isolering och avskiljning av barn och unga står i strid med barnkonventionen och tortyrkonventionen. Vi kan därför inte acceptera ett förslag som innebär att Sverige inte säkerställer barns mänskliga rättigheter såsom de har tolkats av barnrättskommittén samt FN:s kommitté mot tortyr. Sverige har ratificerat dessa konventioner och har ett ansvar för att säkerställa de rättigheter som konventionerna ger barn och unga. Att det i dag skulle saknas kompetens eller metoder för att bedriva statlig ungdomsvård utan att använda en åtgärd som avskiljning är inte ett acceptabelt argument. För att säkerställa barns rättigheter krävs i stället att staten tar ansvar för att den statliga ungdomsvården har de resurser och den kompetens som krävs för att vården kan genomföras på ett sätt som upprätthåller respekten för barnets mänskliga rättigheter samt utbildar personal i att använda metoder som står i överensstämmelse med barns mänskliga rättigheter.

Så länge avskiljningar finns som en möjlig åtgärd kommer den tvångsåtgärden att användas och incitamenten för att i grunden se över den statliga ungdomsvården blir inte tillräckligt starka. De senaste årens statistik över antalet avskiljningar visar med eftertryck hur viktigt det är att frågan om mänskliga rättigheter ständigt är i fokus i en sluten miljö där insynen är begränsad.

Barnombudsmannen granskade år 2009 drygt 450 avskiljningar på särskilda ungdomshem under perioden den 1 juli 2008 till den 31 december 2008. Under den aktuella perioden hade cirka 100 avskiljningar berört barn under 15 år. Det handlar om cirka 40 barn under 15 år. De slutsatser Barnombudsmannen kunde dra utifrån granskningen av avskiljningsbesluten är att avskiljning i flera fall använts rutinmässigt eller som bestraffning för icke önskvärt beteende eller att personalen har provocerat den unge, så att han eller hon blivit aggressiv vilket sedan lett till avskiljning. Det fanns även exempel på barn och unga som hade ångest och befann sig i kris som avskiljs i stället för att få adekvat behandling.

Uppmärksamheten och kritiken ledde initialt till ett förbättringsarbete inom Statens institutionsstyrelse (SiS). Den dåvarande generaldirektören medgav också att ”allvarliga fel har begåtts inom den slutna ungdomsvården”. Regeringen ställde också krav på åtgärder från SiS sida. Under åren efter 2009 minskade användandet av avskiljningar på SiS institutioner. De senaste åren har frågan inte varit i samma fokus och nu stiger återigen siffran över antalet barn som isoleras år för år.

Barn och unga på institution är en ytterst utsatt samhällsgrupp som ofta vårdas mot sin vilja genom det offentliga maktutövning. Det ställer höga krav på den personal som ska verkställa ett beslut om sådan vård. Här finns särskilt krav om delaktighet, demokrati, rättssäkerhet, integritetsskydd och barnets bästa. Forskning och rapporter visar att det är problematiskt att säkerställa dessa principer på slutna institutioner, varför traditionella rättssäkerhetsverktyg, såsom dokumentation och rätt för den enskilda att överklaga, måste säkerställas.

Enligt regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige är lagstiftningen statens främsta instrument för att garantera att barnets rättigheter tillgodoses i verksamheter, beslut och åtgärder som rör det enskilda barnet och barn som kollektiv.

All lagstiftning som rör barn ska därför utformas i överensstämmelse med normerna i barnkonventionen och andra internationella traktat som reglerar barnets rättigheter.

Regeringen har i regeringsförklaringen 2014 aviserat att barnkonventionen ska bli svensk lag. Barnrättighetsutredningen har fått tilläggsdirektiv som syftar till att tydliggöra hur barnkonventionen ska göras till svensk lag. Redan i dag är Sverige dock genom sin ratificering av barnkonventionen bunden av densamma.

Barnrättighetsutredningen har också i sina tilläggsdirektiv fått i uppdrag att utreda hur barnkonventionen när den blir svensk lag ska tolkas i relation till annan lagstiftning. Det är då av stor vikt att svensk lagstiftning så långt möjligt står i överensstämmelse med barnkonventionen för att inte stora ändringar ska behöva göras. Det vore ytterst olyckligt om lagstiftningen ger utrymme för användandet av tvångsåtgärder som två internationella kommittéer pekar ut som oacceptabla.

# Referenser

## Betänkanden från riksdagens utskott

Socialutskottets betänkande (SoU 1979/80:44) *med anledning av bl.a. proposition 1979/80:1 om socialtjänsten etc.*

Lagutskottets betänkande (LU 1982/83:17) *om vårdnad och umgänge m.m.*

Socialutskottets betänkande (SoU 1984/85:31) *om socialtjänstens insatser för unga lagöverträdare m.m.*

Socialutskottets betänkande (1989/90:SoU15). *Vård i vissa fall av barn och ungdomar.*

Socialutskottets betänkande (2014:15/SoU1). *Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

## Publikationer från Regeringskansliet

### Propositioner

Prop. 1975/76:170 *om ändring i föräldrabalken, m.m.*

Prop. 1978/79:67 *om förbud mot aga.*

Prop. 1979/80:1 del A *om socialtjänsten.*

Prop. 1981/82:168 *om vårdnad och umgänge m.m.*

Prop. 1983/84:174 *om vissa socialtjänstfrågor.*

Prop. 1984/85:171 *om särskilda insatser inom socialtjänsten för ungdomar i samband med missbruk och kriminalitet, m.m.*

Prop. 1984/85:176 *med förslag till lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.*

Prop. 1989/90:28. *Vård i vissa fall av barn och ungdomar.*



- Prop. 1990/91:58 *om psykiatrisk tvångsvård m.m.*
- Prop. 1990/91:111 *om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m.*
- Prop. 1992/93:61 *om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.*
- Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Prop. 1993/94:57. *Vårdnadshavares skadeståndsansvar.*
- Prop. 1993/94:117. *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.*
- Prop. 1993/94:151. *Rättssäkerhet vid beskattningen.*
- Prop. 1993/94:251. *Förmynderskapslagstiftningen.*
- Prop. 1994/95:224. *Barns rätt att komma till tals.*
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 1996/97:156. *Utveckling av specialsjukhus och vårdhem.*
- Prop. 1997/98:7. *Vårdnad, boende och umgänge.*
- Prop. 1998/99:133. *Särskild företrädare för barn.*
- Prop. 1999/2000:149. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.*
- Prop. 2002/03:53. *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*
- Prop. 2003/04:131. *Internationella adoptionsfrågor.*
- Prop. 2004/05:136. *Stärkt skydd för ensamkommande barn.*
- Prop. 2005/06:99. *Nya vårdnadsregler.*
- Prop. 2005/06:165. *Ingripanden mot unga lagöverträdare.*
- Prop. 2006/07:129. *Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m.*
- Prop. 2007/08:105. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*
- Prop. 2008/09:165. *En långsiktigt hållbar organisation för de allmänna förvaltningsdomstolarna i första instans.*
- Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrisfrågor m.m.*
- Prop. 2009/10:80. *En reformerad grundlag.*
- Prop. 2009/10:142. *Ett skärpt skadeståndsansvar för vårdnadshavare.*

- Prop. 2009/10:192. *Umgångenstöd och socialtjänstens förutsättningar att tala med barn.*
- Prop. 2009/10:232. *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.*
- Prop. 2011/12:53. *Barns möjlighet att få vård.*
- Prop. 2012/13:10. *Stärkt skydd för barn och unga.*
- Prop. 2012/13:77. *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.*
- Prop. 2013/14:191. *Med fokus på unga – en politik för goda levnads- villkor, makt och inflytande.*
- Prop. 2014/15:1. *Budgetpropositionen för 2015.*
- Prop. 2014/15:25. *Tydligare reaktioner på ungas brottslighet.*
- Prop. 2014/15:43. *Utbildning för elever i samhällsvård och på sjukhus.*

### Statens offentliga utredningar

- SOU 1974:39. *Socialvården: mål och medel.* Principbetänkande avgivet av Socialutredningen.
- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv.* Socialutredningens slutbetänkande.
- SOU 1986:20. *Barns behov och föräldrars rätt. Socialtjänstens arbete med utsatta familjer.* Betänkande av Socialberedningen.
- SOU 1987:7 *Barnets rätt. 3. Om barn i vårdnadstvister: talerätt för barn m.m.* Delbetänkande av Utredningen om barnets rätt.
- SOU 1992:18. *Tvångsvård inom socialtjänsten – ansvar och innehåll.* Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten.
- SOU 1993:40. Del B. *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri och rättighetsfrågor.* Delbetänkande av Fri- och rättighetskommittén.
- SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag.* Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1995:79. *Vårdnad, boende, umgänge.* Betänkande av Vårdnadstvistutredningen.
- SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.* Slutbetänkande av barnpsykiatrikommittén.

- SOU 1997:116. *Barnets bästa i främsta rummet – FN:s konvention om barnets rättigheter förverkligas i Sverige*. Barnkommitténs huvudbetänkande.
- SOU 2000:77. *Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga*. Betänkande av LVU-utredningen.
- SOU 2001:72. *Barnmisshandel: att förebygga och åtgärda*. Slutbetänkande av Kommittén mot barnmisshandel.
- SOU 2004:118. *Beviljats men inte fått*. Betänkande av Utredningen om verkställighet av vissa gynnande kommunala beslut.
- SOU 2004:122. *Ingripanden mot unga lagöverträdare*. Betänkande av Ungdomsbrottsutredningen.
- SOU 2005:81. *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*. Betänkande av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.
- SOU 2009:61. *Modernare adoptionsregler*. Betänkande av 2008 års adoptionsutredning.
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Betänkande av Barnskyddsutredningen.
- SOU 2010:70. *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter*. Slutbetänkande av Delegationen för mänskliga rättigheter.
- SOU 2010:95. *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*. Slutbetänkande av Utredningen om utsatta barn i skolan.
- SOU 2011:9. *Barnen som samhället svek*. Betänkande av Upprättelseutredningen.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande av Missbruksutredningen.
- SOU 2012:17. *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*.
- SOU 2012:34. *Nya påföljder*. Betänkande av Påföljdsutredningen.

- SOU 2012:76. *Utbildning för elever i samhällsvård och fjärr- och distansundervisning*. Betänkande av Utredningen om utbildning för barn och ungdomar i samhällsvård samt distansundervisning.
- SOU 2013:53. *Privata utförare – kontroll och insyn*. Delbetänkande av utredningen om en kommunallag för framtiden.
- SOU 2014:3. *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga*. Delbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga.
- SOU 2014:76. *Fortsatt utveckling av förvaltningsprocessen och specialisering för skattemål*. Betänkande av Utredningen om fortsatt utveckling av förvaltningsprocessen.
- SOU 2015:7. *Krav på privata aktörer i välfärden*. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen.

### Departementsserien

- Ds S 1984:15. *Socialtjänstens insatser för ungdomar: vissa frågor i samband med missbruk och kriminalitet*.
- Ds S 1987:3. *Översyn av LVU*.
- Ds S 1994:85. *Barns rätt att komma till tals, regler för familjerättsliga och sociala mål och ärenden*.
- Ds 2002:13. *Utövandet av barns rättigheter i familjerättsprocesser*.
- Ds 2011:37. *Hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med rättigheterna i barnkonventionen. En kartläggning*.
- Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

### Regeringens skrivelser m.m.

- Skr. 2003/04:47. *Utveckling av den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter*.
- Skr. 2007/08:111. *Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter*.
- Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Stöd till en evidensbaserad praktik för en god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2015 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Dnr 14/6519.

Utrikesdepartementet (2006). *Mänskliga rättigheter: konventionen om barnets rättigheter*. UD INFO januari 2006.

## Publikationer från Socialstyrelsen

### Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsens allmänna råd 1981:2. *LVU Lagen med särskilda bestämmelser om barn och unga*.

SOSFS 1997:15. *Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*.

SOSFS 2003:20. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende*.

SOSFS 2006:20. *Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens ansvar vid behov av ny vårdnadshavare*.

SOSFS 2008:8. *Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens handläggning av ärenden om adoption*.

SOSFS 2011:11. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.*

SOSFS 2012:11. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende*.

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*.

SOSFS 2014:5 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*.

SOSFS 2014:6. *Socialstyrelsens allmänna råd om handläggning av ärenden som gäller barn och unga*.

SOSFS 2014:7. *Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*.

## Övriga publikationer

- Socialstyrelsen (1995). *Ovisshetens barn*. SoS-rapport 1995:8.
- Socialstyrelsen (2000). *Dartingtonprojektet. En försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjehemsvården*. SoS-rapport 2000:02.
- Socialstyrelsen (2003). *Barns behov i centrum. Grundbok BBIC*.
- Socialstyrelsen (2004). *Samtala med barn inom socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2004a). Sundell K m.fl. *Socialtjänstens barn – Hur många är de, vilka är insatserna, hur ofta återaktualiseras de och vad händer dem i vuxen ålder?*
- Socialstyrelsen (2005). *Individ- och familjeomsorg 2004. Lägesrapport*.
- Socialstyrelsen (2005a). *Kvinnlig könsstämpning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*. 2. uppl.
- Socialstyrelsen (2006). *Öppenvårdens former. En kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*.
- Socialstyrelsen (2006a). *Vårdnadsöverflyttningar för barn placerade i familjehem. Uppföljning av lagändringar enligt proposition 2002/03:53*.
- Socialstyrelsen (2006b). *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2005*.
- Socialstyrelsen (2007). *Om barnet behöver ny vårdnadshavare*.
- Socialstyrelsen (2007a). *Barn och unga – insatser 2006*.
- Socialstyrelsen (2008). Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS). *Insatser för unga lagöverträdare*.
- Socialstyrelsen (2009). *Barnets rätt och LVU. Om barnet i rättsprocessen*.
- Socialstyrelsen (2009a). *Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Delrapport juni 2009*.
- Socialstyrelsen (2009b). *Nya bestämmelser om stöd och hjälp till barn och unga som varit placerade*. Meddelandeblad juni 2009.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport*.
- Socialstyrelsen (2010a). *Överenskommelser om samarbete*. Meddelandeblad 1/2010.
- Socialstyrelsen (2010b). *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem?*

- Socialstyrelsen (2010c). *Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård*. Meddelandeblad nr 7/2010.
- Socialstyrelsen (2011). *Barn som har blivit eller riskerar att bli utsatta för försummelse eller övergrepp. Sammanställning av översikter om insatser till barn och föräldrar*.
- Socialstyrelsen (2011a). *Tillsynsrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
- Socialstyrelsen (2011b). *Lagändringar i SoL och LVU den 1 april 2008. Har de slagit igenom i socialtjänsten?*
- Socialstyrelsen (2011c). *Barns behov i centrum (BBIC). Formulär och stöddokument*.
- Socialstyrelsen (2012). *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader*.
- Socialstyrelsen (2012a). *Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn*.
- Socialstyrelsen (2012b). *Dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2012c). *Om standardiserade bedömningsmetoder*.
- Socialstyrelsen (2012d). *Barn och unga i familjehem och HVB. Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter*.
- Socialstyrelsen (2012e). *Vårdnad, boende, umgänge. Handbok – stöd för rättstillämpning och handläggning inom socialtjänstens familjerätt*.
- Socialstyrelsen (2012f). *Teckenekonomi för barn och unga på hem för vård eller boende*.
- Socialstyrelsen (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.
- Socialstyrelsen (2013a). *Barns behov i Centrum. Grundbok BBIC*.
- Socialstyrelsen (2013b). *Vårdnadsöverflyttning i samband med våld i familjen*.
- Socialstyrelsen (2013c). *Kartläggning av insatser med syfte att tillgodose placerade barns och ungas rätt till utbildning och hälso- och sjukvård*.
- Socialstyrelsen (2013d). *Tillsynsrapport 2013 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
- Socialstyrelsen (2013e). *Gränsdragning mellan olika placeringsformer för barn och unga*.

- Socialstyrelsen (2013f). *Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet.*
- Socialstyrelsen (2013g). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer.*
- Socialstyrelsen (2013h). *Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn och ungdomar – en vägledning.*
- Socialstyrelsen (2014). *Nationella adoptioner av barn i familjehem. En kartläggning av hur socialnämnderna uppmärksammar frågan.*
- Socialstyrelsen (2014a). *Adoption. Handbok för socialtjänstens handläggning av internationella och nationella adoptioner.*
- Socialstyrelsen (2014b). *Vägledning för barnhälsovård.*
- Socialstyrelsen (2014c). *Barn och unga – Insatser 2013.*
- Socialstyrelsen (2014d). *Social barn- och ungdomsvård. Nationella resultat och metod.*
- Socialstyrelsen (2014e). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014.*
- Socialstyrelsen (2014f). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel.*
- Socialstyrelsen (2014g). *MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem. Resultat efter ett år.*
- Socialstyrelsen (2014h). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar.*
- Socialstyrelsen (2014i). *Överenskommelse mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa. Redovisning av 2014 års bedömning av grundkrav och prestationsmål.*
- Socialstyrelsen (2014j). *Kompetenssatsning inom den sociala barn- och ungdomsvården.*
- Socialstyrelsen (2014k). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar.*
- Socialstyrelsen (2014l). *Vänd dem inte ryggen. Utbildningsmaterial om hedersrelaterat våld och förtryck.*
- Socialstyrelsen (2015). *Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen.*



- Socialstyrelsen (2015a). *Från enskilt ärende till nationell statistik Barns behov i Centrum (BBIC)*.
- Socialstyrelsen (2015b). *Utsatta barns hälsa. Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2015c). *Kartläggning av tillämpning av förebyggande insatser enligt 22 § LVU*.
- Socialstyrelsen (2015d). *Effekter av föräldrastöd - redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen*.
- Socialstyrelsen (2015e). *Öppna jämförelser av socialtjänst och hem-sjukvård 2010–2014. Slutrapport*.
- Socialstyrelsen (2015f). *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Delrapport av ett regeringsuppdrag*.
- Socialstyrelsen (2015g). *Att utveckla grunddata och indikatorer – För barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik*.
- Socialstyrelsen & länsstyrelserna (2004). *Mellan två stolar? Om samverkan mellan socialtjänsten och barnpsykiatrin – verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör*.
- Socialstyrelsen & länsstyrelserna (2006). *Social tillsyn 2005. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*.
- Socialstyrelsen & länsstyrelserna (2009). *Hem för vård eller boende för barn och unga. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008*.
- Socialstyrelsen, Migrationsverket & SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Placerade barn som ska eller eventuellt kommer att utvisas eller avvisas – en genomgång av ansvar, rättsläge och samverkan*.
- Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling & Rikspolisstyrelsen (2007). *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*.
- Socialstyrelsen & Skolverket (2013). *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar*.
- Socialstyrelsen & Skolverket (2014). *Vägledning för elevhälsan – reviderad version 2014*.

## Övrig litteratur m.m.

- Alenius H (2011). *Tvångsvård av unga – En studie av gränsdragningen mellan LVU och LPT*. Examensarbete 30p. Lunds universitet: Juridiska fakulteten.
- Alexius K (2013). *Prognoser i tvångsvårdsärenden om omsorgssvikt*. I Socialvetenskaplig tidskrift nr 3–4 2013.
- Alexius K & Hollander A (2014). *Barns behov och vilja vid tvångsvård till följd av omsorgsbrist*. I Cederborg A-C & Warnling-Nerup W (red.). Barnrätt. En antologi.
- Andershed H, Andershed A-K & Söderholm Carpelan K (red. 2010). *Ungdomar som begår brott – vilka insatser fungerar?*
- Andersson G (1991). *Socialt arbete med små barn*.
- Andersson G (1995). *Barn i samhällsvård*.
- Andersson G (1998). *Föräldrakontakt och familjetillhörighet ur fosterbarns perspektiv*. I Socialvetenskaplig tidskrift nr 1 1998.
- Andersson G (2008). *Utsatt barndom – olika vuxenliv – ett longitudinellt forskningsprojekt om barn i samhällsvård*. Stiftelsen Allmänna barnhuset 2008:2.
- Andersson G (2009). *Adoption som barnavårdsinsats*. Artikel i bilaga till SOU 2009:68.
- Andersson G & Hollander A (1996). *Om barns rätt och barns bästa*. I Andersson G m.fl. (1996) *Barnet i den sociala barnavården*. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Andersson G & Sallnäs M (2012). *Social barnavård och barns utsatthet*. I Höjer I, Sallnäs M & Sjöblom Y (red.) *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*.
- Andersson Vogel M (2012). *Särskilda ungdomshem och vårdkedjor: om ungdomar, kön, klass och etnicitet*. Rapport i Socialt arbete nr. 140. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Andreassen T (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar: Vad säger forskningen?*
- Ankestyrelsen, Danmark (2011). *Ankestyrelsens undersøgelse af adoption uden samtykke*.
- Ankestyrelsen & Socialstyrelsen, Danmark (2013). *Styrk forældreansvaret for udsatte børn og unge – et overblik over reglerne om*

*föräldre- och ungepåleg. Se även Socialministeriets vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier. Vejledning nr. 3 til serviceloven.*

Aronsson K (red. 2004). Andersson G, Hessle S, Hollander A & Lundström T. *Haverier i social barnavård? Fem fallstudier.*

Axelsson R & Bihari Axelsson S (red. 2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer.*

Bakketeig E & Backe Hansen E (red. 2008). *Forskningskunnskap om ettervern.*

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Norge (2012). NOU 2012:5 *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Expertutvalgets utredning om den biologiska prinsipp i barnevernet.*

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Norge (2013). *Prop. 106 L (2012–2013) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i barnevernloven.*

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Norge (2014). *Forslag om å utvide adgangen til å pålegge hjelpetiltak med hjemmel i lov om barnevernstjenester. Høringnotat av 20. oktober 2014.*

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Norge (2015). *Prop. 72 L (2014–2015) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i barnevernloven (utvidet adgang til å pålegge hjelpetiltak).*

Berlau M (2013). *Forældrepåleg skader relationer.* I Jyllands-Posten 2013-06-06.

Berlin M, Vinnerljung B & Hjern A (2011). *School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care.* Children and Youth Services Review, 33, s. 2489.

Berner E, Forsberg S & Persson I (2014). *Det tredelade föräldraskapet – stöd till föräldrar med placerade barn. Ett utvecklingsprojekt i stadsdelarna Rinkeby-Kista, Södermalm och Skärholmen. Delrapport 1 – förstudie.* Stockholm stad.

Blennberger E (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete.*

BO, Barnombudsmannen (2004). *Älskar, älskar inte. Om barns och ungas nära relationer. Barnombudsmannens årsrapport.*

- BO, Barnombudsmannen (2009). *Concluding observations for Sweden (Barnrättskommitténs rekommendationer till Sverige)*. 12 juni 2009.
- BO, Barnombudsmannen (2010). *I'm sorry. Röster från särskilda ungdomshem.*
- BO, Barnombudsmannen (2011). *Bakom fasaden. Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar.*
- BO, Barnombudsmannen (2014). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 7 (2005). Genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom.* Översättning december 2012, reviderad mars 2014.
- BO, Barnombudsmannen (2014a). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 11 (2009). Barns som tillhör ursprungsbefolkningar och deras rättigheter enligt konventionen.* Översättning december 2012, reviderad mars 2014.
- BO, Barnombudsmannen (2014b). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009) Barnets rätt att bli hörd.* Översättning december 2012, reviderad mars 2014.
- BO, Barnombudsmannen (2014c). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14 (2013). Barnets rätt att få sitt bästa satt i främsta rummet.* Översättning mars 2014.
- BO, Barnombudsmannen (2014d). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 17 (2013) Barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt till det kulturella och konstnärliga livet.* Översättning mars 2014.
- BO, Barnombudsmannen (2014e). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 8 (2006) Barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning (bl.a. artikel 19, 28.2 och 37).* Översättning mars 2014.
- BO, Barnombudsmannen (2015). *Våga fråga – röster från barn i familjehem.*
- Bohman M (1971). *A comparative study of adopted children, foster children and children in their biological environment born after undesired pregnancies.*
- Bohman M & Sigvardsson S (1990). *Outcome in adoption. Lessons from longitudinal studies.*

- Bramstång G (1985). *Sociallagstiftningen. En kommentar.*
- Brunnberg E, Borg R-M & Fridström C (2011). *Ensamkommande barn – en forskningsöversikt.*
- Brå, Brottsförebyggande rådet (2011). *Ungdomsvård och ungdomstjänst, en utvärdering av 2007 års påföljdsreform för unga lagöverträdare.* Brå rapport 2011:10.
- Brännström L, Vinnerljung B & Hjern A, *Long-term outcomes of Sweden's Contact Family Program for children.* I Child Abuse Negl. 2013 Jun;37(6) s. 404–414.
- Börjeson B & Håkansson H (1990). *Hotade – försummade – övergivna.*
- Cato M (2014). *När samhället tar ett barn.* I Advokaten nr 1 2014.
- Cederblad M (2005). *Kunskapsöversikt. Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.* Bilaga till SOU 2005:81.
- Cederström A (1990). *Fosterbarns anpassning – en relationsproblematik.*
- Cederborg A-C & Warnling-Nerup W (red. 2014). *Barnrätt. En antologi.*
- Claezon I (1987). *Bättre beslut. En studie av socialsekreterarnas handläggning av omhändertagande av barn.*
- Cocozza M (2007). *The parenting of society. A study of Child Protection in Sweden. From Report to Support.* Linköpings universitet: Medicinska fakulteten, Avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Cocozza M (2013). *Barn far illa! en analys av bristerna i samhällets familjebygge.*
- Christoffersen M N, Hammen I, Raft Andersern K & Jeldtoft N (2007). *Adoption som indsats. En systematisk gennemgang af udenlandske erfaringer.* SFI – Det nationale forskningscenter for valfærd 07:32.
- Christoffersen M, Hestbaek A-D, Lindemann A & Nielsen V L (2005). *Nye regler for udsatte børn og unge. Evaluering av ændringerne i Serviceloven pr 1 januar 2001.* Del 1, SFI 05:15.
- Dalarnas forskningsråd (2006). Messing J & Nyman M. *Tjänsteutveckling i den sociala barnvården – ett sätt att tänka före.*

- Danelius H (2012). *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis. En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna.*
- Diakonhjemmet Højskole (2009). Tor Slettebø. *Opfølging av foreldre med barn/ungdom plassert i fosterhjem eller på institusjon. Kunnskap og metoder i praktisk arbeid. Rapport nr 1/2009.*
- Diesen C (2011). *Terapeutisk juridik.*
- Egelund T & Hestbaek A-D (2003). *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt. SFI 03:04.*
- Egelund T & Lausten M (2009). *Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. I Child & Family Social Work, 14, s. 156–165.*
- Egelund T, Jakobsen T F, Hammen I, Olsson M & Høst A (2010). *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag. SFI 10:06.*
- Eklund H (2004). *FN:s Barnkonvention och barns processuella ställning. I Hollander A, Nygren R & Olsen L (red.) Barn och rätt.*
- Eklund H (2008). *Barns processuella ställning. I Olsen L & Saldeen Å (red.) Barn som aktörer – en slutpunkt, s. 65–104.*
- Eneroth E (2014). *Unga på hem för vård eller boende. Om rättssäkerhet, legitimitet och tillit vid beslut om ungas vård.*
- Eriksson M, Ghazinour M, Hanberger A & Isaksson J (2013). *Utvärdering av insatser för ensamkommande flyktingungdomar i Umeå. Delrapport. Umeå universitet.*
- Europarådet (2013). *Riktlinjer från Europarådets ministerkommitté för ett barnvänligt rättsväsende. Monografi 5.*
- Fanshel D & Shinn E B (1978). *Children in foster care. A longitudinal Investigation.*
- Flygare G (2011). *Att vara förälder vid placering av barn – föräldrars åsikter, tankar och behov vid socialtjänstens LVU-placeringar av barn och ungdom. Examensarbete vid psykoterapeutprogrammet. Umeå universitet.*
- Flodström H (2012). *Barnets röst i rättsprocessen. Vilka krav ställer rättssystemet på det offentliga biträdets kunnskap om barn i LVU-mål? Masteruppsats. Stockholms universitet.*

- Forkby T, Höjer S & Liljegren A (2014). *Lekmannastyrning inom den sociala barnvården*. Socionomens forskningsupplägg 2/2014.
- Forsman M (2013). *Rättsliga ingripanden vid föräldrars våld och övergrepp mot barn*.
- Forsman H & Vinnerljung B (2012). *Interventions aiming to improve school-achievements of children in out-of-home care: A scoping review*. I *Children & Youth services review*, 34, s. 1084–1091.
- Forssell E, Kappfjell L & Schiratzki J (2015). *Barnrättsbyrån 2012–2013. En svensk pilotverksamhet ur juridiskt och socialt perspektiv*.
- Forte (2015). *Barn och unga i samhällets vård. Forskning om den sociala dygnsvården*. Forskning i korthet 4.
- Fredin M & Nilsson D (2015). *Pinsamt att social omsorg inte följs upp bättre*. I *Dagens Samhälle* den 16 januari 2015.
- Friis E (2003). *Sociala utredningar om barn. En rättssociologisk studie av lagstiftningens krav, utredningarnas argumentationer och konsekvenser för den enskilde*. Lunds universitet: Sociologiska institutionen.
- Gilbert N, Parton N & Skivenes M (red. 2011). *Child Protection Systems. International Trends and Orientation*.
- Goldstein J (1973, svensk översättning 1978). *Barnets rätt eller rätten till barnet?*
- Granqvist P, Forslund T, Fransson M, Springer L & Lundberg L (2014). *Anknytning hos barn till mödrar med intellektuella funktionshinder: Om vanvård i dubbla bemärkelser*. I *Psykisk Hälsa*, 54, s. 64–71 och II *Psykisk Hälsa*, 55, s. 68–73.
- Grönwall L, Holgersson L & Nasenius J (1991). *Socialtjänstens mål och medel. Handboken om socialtjänsten*.
- Halldén G (2007). *Den moderna barndomen och barns vardagsliv*.
- Hansson K & Olsson M (2012). *Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden*. I *Children and Youth Services Review*, 34.
- Helsingborgs stad (2009). *Skolprojekt inom Familjehemsvården – resultatrapport och projektbeskrivning*.
- Hessle S (1988). *Familjer i sönderfall*.

- Hjern A, Vinnerljung B & Lindblad F (2004). *Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study*. I *Epidemiol Community*, 58, s. 412–417.
- Hollander A (1985). *Omhändertagande av barn. En studie av barn-avårdsfall vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*. Umeå universitet: Rättsvetenskapliga Institutionen.
- Hyvönen U & Alexandersson K (2014). *Barnen vill – Vågar vi?* Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Högdin S & Sjöblom Y (2009). *Tillfälligt uppbrott. Om ungdomar som rymmer och kastas ut hemifrån*. Rädda Barnen.
- Höjer I (2001). *Fosterfamiljens inre liv*.
- Höjer I (2007). *Föräldrars röster – hur är det att ha sina barn placerade i fosterhem. Brukare och forskare samverkar*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2007:2.
- Höjer I (2012). *Föräldrar möter social barnavård – att ha sitt barn i familjehem*. I Höjer I, Sallnäs M & Sjöblom Y (red.) *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*.
- Höjer I, Sallnäs M & Sjöblom Y (red. 2012). *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*.
- Höjer I & Sjöblom Y (2009). *Ungdomar i utsatta livssituationer och deras väg till självständighet*. I bilaga till SOU 2009:68.
- Höjer I & Sjöblom Y (2010). *Young people leaving care in Sweden*. I *Child and Family Social Work*, 15.
- Höjer I & Sjöblom Y (2011). *Procedures when young people leave care – Views of 111 Swedish social services managers*. I *Children and Youth Services Review*, Volume 33 December 2011.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2013). *Vad har vi sett? Resultatet från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS*.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2013a). *HVB: 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 (2014). *Vad tycker barnen? Barns och ungdomars uppfattning om sin trygghet och delaktighet i HVB och LSS-boenden under 2013*.



- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2014a). *Tillsynsombud är inte rätt väg att gå*. Slutrapport från försöksverksamhet.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2014b). *Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn och unga?*
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2014c). *Årsredovisning 2013*.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2015). *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014*.
- Jakobsen T B m.fl. (2010). *Eftervæern – støtte til tidligere anbragte unge – midtvejsevaluering af forsøg med eftervæern under handlingsprogrammet ”Lige Muligheder”*. SFI.
- Johannesson H (2014). *Ungdomar med psykosociala problem. En studie om gränsdragningen mellan LPT och LVU. Examensarbete på juristprogrammet 30 p VT 2014*. Lunds universitet: Juridiska fakulteten.
- Johansson, H, Höjer I & Hill M (2011). *Young People from a Public Care Background and their Pathways to Education. Final report from the Swedish part of the YIPPEE project*.
- Jørgensen & Kabel (red. 2006). *Forældreinddragelse – til barnets bedste. Rør ikke ved min datters bestebale uden at spørge mig først*.
- Kaldal A (2010). *Parallella processer. En rättsvetenskaplig studie av riskbedömningar i vårdnads- och LVU-mål*.
- Kaldal A & Ryberg L (red. 2012). *Rätt, social utsatthet och samhälleligt ansvar. Festskrift till Anna Hollander*.
- Kilkelly U (1999). *The child and the European Convention on Human Rights*.
- Killén K (1991). *Svikna barn*.
- Kling S (2010). *Fosterbarns hälsa: Det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö*.
- Kohli R (2007). *Social work with unaccompanied asylum seeking children*.
- Kristiansen I-H & Skårberg (2010). *A Sluttevaluering av utvecklingsarbetet: utsatte unge 17–23 år i overgangsfaser*. NOVA Rapport 14/10.

- Kristofersen L (2005). *Barnevernbarnas helse: Uførhet og dødelighet i perioden 1990–2002*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor (2014). Haraké L *Mammakampen – från instinkt till insikt*.
- Kyhle Westermarck P (2009). *MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem*. Lunds universitet: Socialhögskolan.
- Körner E (2005). *Föräldraskapet (o)möjligheter. Utredning & behandling av barn och relationen förälder-barn ur ett anknyningsperspektiv*.
- Lagerberg D (2009). *Skydd och stöd i social barnavård*. I bilaga till SOU 2009:68.
- Lagerberg D & Sundelin C (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*.
- Lagerlöf H (2012). *Samhällsvård och välfärdsresurser. En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och institutioner*. Stockholms universitet.
- Lehmann S, Havik O E, Havik T & Heiervang E R (2013). *Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors*. I Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7, s. 39–39.
- Leviner P (2011). *Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete*.
- Leviner P (2012). *Domstolens funktion i LVU-ärenden – behov av specialiserade barndomstolar?* I Nordisk socialrättslig tidskrift nr 5–6 2012.
- Leviner P (2014). *När kan och bör placerade barn flytta hem – en oklar balansering mellan återförening och stabilitet i tre processer*. I Cederborg A-C & Warnling-Nerup W (red.) Barnrätt. En antologi.
- Lindén G (1984). *Byta föräldrar*.
- Lindqvist E (2014). *Kontraktproblem vid institutionsvård: Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:8.

- Lindroth M, Löfgren-Mårtenson L & Månsson S-A (2012). *Marginaliserad sexualitet – tvångsombändertagna ungdomars attityder, erfarenhet och handlingar*. I Socionomens forskningssupplement, 31, s. 44–52.
- Lundén K (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*.
- Lundgren L, Sunesson P-A & Thunved A (2014). *Nya sociallagarna – med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2014*.
- Lundström T (1993). *Tvångsombändertagande av barn. En studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. Rapport i Socialt arbete, nr 61. Stockholms universitet: Socialhögskolan.
- Lundström T (1996). *Den sociala barnavården*. I Andersson G (red.) *Barnet i den sociala barnavården*.
- Lundström T (2009). *Etik i den sociala barnavården*. I Pettersson U (red.) *Etik och socialtjänst*.
- Lundström T (2012). *Risk och riskbedömningar*. I Höjer I m.fl. *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*.
- Lundström T & Sallnäs M (2009). *Samhällsvårdade ungdomars kontakter med föräldrar och syskon*. I Socionomens forskningssupplement, 26, s. 52–63.
- Lundström T & Sallnäs M (2012). *Tvång och marknad. De särskilda ungdomsbemmen och deras omgivningsvillkor* I Rätt, social sårbarhet och samhälleligt ansvar. Festskrift till Anna Hollander.
- Lundström T & Sallnäs M (2013). *Att värdera dygnsvård – hur nöjda är barnen och vilken betydelse har det*. I Socionomens forskningssupplement, 33.
- Lundström T & Sallnäs M (2014). *Social barnavård under 30 år – mer av samma eller något nytt?* I Tre decennier med socialtjänstlagen.
- Länsstyrelserna (2008). *Socialtjänsten och barnen. Länsstyrelsernas granskning av den sociala barn- och ungdomsvården 2006–2007*.
- Länsstyrelsen Östergötland (2011). *Våga göra skillnad*. Rapport 2011:4.
- Länsstyrelsen Östergötland (2014). *Våga göra skillnad*. Delrapport 2.
- Länsstyrelsen Östergötland (2015). *Nationella Kompetensteamet. Delrapport*.

- Mattsson T (1998). *Barnets mening i LVU-processen*. Socialvetenskaplig tidskrift nr 1 98.
- Mattsson T (2002). *Barnet och rättsprocessen – rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård*.
- Mattsson T (2006). *Barnet som subjekt och aktör: en rättslig studie om barn i familjehem*.
- Mattsson T (2007). *Barnets bästa – till vilken nytta?* I Vahlne Westerhäll L (red.) Legitimitetsfrågor inom socialrätten.
- Mattsson T (2008). *Ungas delaktighet: Exemplet institutionsvård*. Statens institutionsstyrelse. Forskningsrapport nr 2 2008.
- Mattsson T (2010). *Rätten till familj inom barn och ungdomsvården*.
- Migrationsverket (2015). *Aktuellt om ensamkommande barn & ungdomar*. Maj 2015.
- Munro E (2008). *Effective child protection*.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (2013). *Ung idag 2013*.
- Møllholt A-K m.fl. (2012). *Efterværn for tidligere anbragte unge: En videns- og erfaringsopsamling*. SFI.
- Nordens Velfärdscenter (2015). *Barn kan inte vänta. Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar*.
- Nordens Velfärdscenter (2015a). *Ungas röst. Samling med nordiska ungdomar som har bott i fosterhem*.
- Nordin H (2003). *Permanent eller tillfälliga placeringar? Om lag och verklighet vid flyttningsförbudsbestämmelsens tillämpning?* Rapport i socialt arbete nr 106.
- Olsen L & Saldeen Å (red. 2008). *Barn som aktörer – en slutpunkt*. Forskningsprogrammet "Barn som aktörer".
- Oscarsson L & Lindahl R (2014). *Utvärdering av den nationella försöksverksamheten med tillsynsombud. Slutrapport*.
- Peczenik A (1995). *Vad är rätt? Om demokratisk, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*.
- Ponnert L (2007). *Mellan klient och rättssystem. Tvångsvård av barn och unga ur socialsekreterares perspektiv*.
- Rasmusson B (2009). *20 år med barnkonventionen*. I bilaga till SOU 2009:68.

- Riksdagens Revisorer (1992). *Familjehemsvård för barn och ungdom*. Rapport 1991/92:4.
- Rikspolisstyrelsen (2009). *Hedersnormer och hedersrelaterat våld*.
- Rädda Barnen (2009). *Tillfälligt uppbrott. Om ungdomar som rymmer och kastas ut hemifrån*.
- Rädda Barnen (2011). *Tillfälligt uppbrott – unga berättar. Om att rymma eller kastas ut hemifrån*.
- Sallnäs M (2012). *Institutionsvård för barn och unga* I Höjer I m.fl. (red.) *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*.
- Sallnäs M, Wiklund S & Lagerlöf H (2010). *Social barnavård i ett välfärdsperspektiv – resurser i familjehem och vid institutioner*. Socialvetenskaplig tidskrift 17 (1).
- Sandin B & Halldén G (red. 2003). *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*.
- SCB, Statistiska centralbyrån (2008). *Ungdomars flytt hemifrån. Demografiska rapporter 2008:5*.
- Schiratzki J (2010). *Barnrättens grunder*.
- Schiratzki J (2013). *Föräldraansvar i välfärdsrätten. Om vårdnad, vårdnadstvist och barnskydd*.
- Schlytter A (1999). *Kön och juridik i socialt arbete*.
- Servicestyrelsen, Danmark (2011). *Håndbog om barnets reform*.
- Singer A (2000). *Föräldraskap i rättslig belysning*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2003). *SiS statistik år 2002*. Allmän SiS-rapport 2003:5.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2004). *SiS statistik år 2003*. Allmän SiS-rapport 2004:6.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2005). *SiS statistik år 2004*. Allmän SiS-rapport 2005:7.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2006). *SiS statistik år 2005*. Allmän SiS-rapport 2006:6.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2007). *SiS statistik år 2006*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2008a). *SiS statistik år 2007*.

- SiS, Statens institutionsstyrelse (2009). Basic G, Thelander J & Åkerström M. *Vårdkedja för ungdomar eller professionella? En processutvärdering av projektet "Motverka våld och gäng"*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2010). *SiS statistik år 2009*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2011). *SiS i korthet 2010*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2011a). *Fokusgrupper om särskilda befogenheter – delredovisning av resultat*. Dnr 42-711-2011.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2012). *SiS i korthet 2011*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2012a). *Institutionsvården i fokus nr 7 2012. En systematisk översikt av insatser i syfte att minska avskiljningar och andra tvångsingripande åtgärder inom ungdomsvården*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2012b). *Institutionsvården i fokus, Tillämpningen av avskiljningar inom statlig ungdomsvård med fokus på skillnader mellan flickor och pojkar*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2012c). *Årsredovisning 2012*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2012d). Lundström T m.fl. *Utvärdering av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2013). *Kartläggning av vård i enskildhet på SiS ungdomshem*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2013a). *Samarbetet mellan Statens institutionsstyrelse (SiS) och landstingens psykiatriska vård – historik och lägesbeskrivning*. Dnr 201300250.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2013b). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem 2012*. SiS Institutionsvård i fokus 4 2013.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2013c). *SiS i korthet 2012. En samling statistiska uppgifter om SiS*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2013d). *SiS Institutionsvård i fokus 4 2013. Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem 2012*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2013e). *Redovisning av resultat av fokusgrupper om vård i enskildhet med dnr 42-711-2011*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2014). *Tvångsvård ur ett juridiskt perspektiv*.

- SiS, Statens institutionsstyrelse (2014a). *Redovisning – SiS uppdrag att stödja arbetet med samordnad individuell planering S2014/2927/FS (delvis) 2014-12-18*. Dnr 1.1.4-544-2013.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2014b). *SiS i korthet 2013. En samling statistiska uppgifter om SiS*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2014c). *Ensamkommande flyktningbarn inom SiS – kartläggning av målgrupp och flyktingområden 2014-10-17*. Dnr 3.1-4036-2014.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2014d). *Etiska riktlinjer*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2014e). *Beslut om barns och ungas rättigheter i tvångsvården – handlingsplan för SiS åren 2014–2015*. Dnr 39-371-2012.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2015). *SiS Årsredovisning 2014*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse (2015a). *SiS i korthet 2014. En samling statistiska uppgifter om SiS*.
- SiS, Statens institutionsstyrelse & Specialpedagogiska skolmyndigheten (2010). *För alla elevers rätt till lärande och utveckling och information*.
- Sjöblom Y (2002). *På väg ut. När ungdomar rymmer och kastas ut hemifrån – ur socialtjänstens perspektiv*. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Sjöblom Y (2012). *Ungdomsproblem och ungdomars problem*. I Höjer I m.fl. (red.) *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*.
- Skerfving A (1993). *Föräldrar men ändå inte föräldrar – om långtidsplacerade fosterbarns biologiska föräldrar*. FoU-byrån i Stockholm.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2004). *Vårdnadsöverflyttning till familjehemsföräldrar – avtal*. Cirkulär 2004:39.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer med giltighet fr.o.m. den 1 maj 2011*.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Generella förbud mot ljud- och bildupptagningar på sjukhus*.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning för perioden 2009–2011*.

- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting när det gäller insatser för barn och ungdomar med psykisk funktionsnedsättning*. Cirkulär 13:44.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013a). *Åblénsbranden – kommuners ansvar vid LVU-placeringar*. Cirkulär 13:35.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013b). *Stabilitet som kompetensstrategi för social barn- och ungdomsvård*.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, Barn och Unga-satsningen. Redovisning av 2014 års arbete*.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2015a). *Nationell kartläggning. Läkareundersökning inför placering av barn och unga i familjehem och HVB*.
- SKL, Sveriges Kommuner Landsting & SiS, Statens institutionsstyrelse (2005). *Samverkan inom ungdomsvården. Om psykiatriska vårdinsatser för ungdomar vid särskilda ungdomshem*.
- Skolinspektionen (2010). *Undervisning vid Hem för vård eller boende, HVB. Elever får inte den undervisning de har rätt till*.
- Skolinspektionen (2015). *Skolverksamheten vid statens särskilda ungdomshem. Sammanfattande resultatrapport 2015-03-12*.
- Skolverket (2007). *Utbildningsinspektion av Statens Institutionsstyrelsens skolverksamhet vid de särskilda ungdomshemmen*.
- Skoog V (2013). *Barn som flyttas i offentlig regi. En studie av förekomst och upplevelser av instabil samhällsvård för barn*. Umeå universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Skoog V (2013a). *Barns upplevelser av instabil samhällsvård*. I Socialvetenskaplig tidskrift nr 1 2013.
- Smed L (2011). *En undersökning av rekvisitet annat socialt nedbrytande beteende 3 § LVU ur rättighets- och rättssäkerhetsperspektiv*. Uppsats 30p vid Programmet för juris kandidatexamen vt 2011. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet: Juridiska institutionen.
- Socialministeriet, Danmark (2011). *Vejledning om magtanvendelse over for barn og unge, der er anbragt uden for hjemmet*.
- Socialstyrelsen, Danmark (2012). *Det har du ret till – til forældre, hvis barn skal anbringes eller er anbragt*.



- Social- och hälsovårdsministeriet, Finland (2014). *Regeringens proposition till riksdagen med förslag till socialvårdslag och vissa lagar som har samband med den* (RP 164/2014 rd).
- Staaf A (2005). *Rättssäkerhet och tvångsvård*.
- Stein M (2006). *Research review: Young people leaving care*. I Child and Family Social work, 11, s. 27–279.
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset & Norrköpings kommun (2012). *Skolprojekt inom Familjehemsvården – Projektrapport Skolfam 2*.
- Stockholm stad (2012). *Krutons arbete med pojkar och unga män utsatta för hedersrelaterat våld*.
- Ståhlberg O, Anckarsäter H & Nilsson T (2010). *Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalence and treatment needs*. I European Child & Adolescent Psychiatry, 19, s. 893–903.
- Sundell K (2007). *Barnvårdsutredningar – en kunskapsöversikt*.
- Sundell K (2002). *Familjerådslag i Sverige. Socialtjänstens fortsatta insatser till barn och föräldrar*. FoU-rapport 2002:3. Stockholms socialtjänstförvaltning.
- Sundell K, Egelund T, Andréé Löfholm C & Kaunitz C (2007). *Barnvårdsutredningar. En kunskapsöversikt*.
- Sundell K & Vinnerljung B (2004). *Outcomes of family group conferencing in Sweden. A three year follow up*. I Child Abuse & Neglect, 28, s. 267–286.
- Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri (2011). *Barn och ungdomar som utmanar. Vårdprogram för bedömning och behandling vid trotssyndrom och uppförandestörning inom barn- och ungdomspsykiatri*.
- Svensson G (2011). *Barnets bästa och rättssäkerheten i LVU-mål*. I festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll.
- Svensson G (2012). *Högsta förvaltningsdomstolen och tvångsvården*.
- Thiblin I & Michard J-F (2014). *Rättsmedicin i teori och praktik – en guide för läkare och jurister*.
- Thoburn J, Lewis A & Shemmings D (1995). *Paternalism or partnership? Family Involvement in the child protection*.

- Thoburn J (1999). *An overview of UK permanency policies in the European and USA context*. Arbetsmaterial inom ramen för SOU 2000:77 med dnr 2/99.
- Trulsson K (1997). *Det är i alla fall mitt barn*.
- Turnell A & Edwards S (1999). *Signs of safety: A solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework*.
- UNICEF Sverige (2013). *Barnets bästa? En studie om asylsökande barn i socialtjänstens barnavård*.
- Vahlne Westerhäll L (2002). *Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000*.
- Vinnerljung B (1996). *Svensk forskning om fosterbarnsvård*.
- Vinnerljung B, Franzén E & Danielsson M (2007b). *Teenage parenthood among child welfare clients – a Swedish national cohort study*. I Journal of Adolescence, 30, s. 97–116.
- Vinnerljung B, Hjern A & Lindblad F (2006). *Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study*. I Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, s. 723–733.
- Vinnerljung B & Sallnäs M (2008). *Into adulthood: a follow-up study of 718 youths who were placed in out-of-home care during their teens*. I Journal of Child and Family Social Work, 13, s. 144–155.
- Vinnerljung B, Sallnäs M & Kyhle Westermarck P (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Vinnerljung B, Öman M & Gunnarsson T (2004). *Återplacering av barn i dygnsvård. Hur vanligt är det?* I Socialvetenskaplig tidskrift nr 11, 2004.
- Vinnerljung B, Öman M & Gunnarsson T (2005). *Educational attainments of former child welfare clients – a Swedish national cohort study*. I International Journal of Social Welfare, 14, s. 265–276.
- Vinterhed K (1985). *De andra föräldrarna*.
- Wiklund S (2006). *Den kommunala barnavården – om anmälningar, organisation och utfall*. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.

- Åklagarmyndigheten (2013). *Vårdnadshavarens skadeståndsskyldighet – 3 kap. 5 § skadeståndslagen*. RättsPM 2010:6.
- Örebro universitet & Hälsoakademin (2012). Danermark B, Englund U & Germundsson P. *Uppföljande analys av samverkan för barns psykiska hälsa*.
- Östberg F (2010). *Från anmälan till insats. Bedömningar och beslut i den sociala barnvården*. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

# Kommittédirektiv 2012:79

## Översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, m.m.

Beslut vid regeringssammanträde den 12 juli 2012

### Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, samt analysera behovet av förändringar och förtydliganden av regelverket. Vissa frågor som berör socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ingår också i uppdraget. Syftet med utredningen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga som tvångsvårdas enligt LVU samt att bidra till kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, med särskilt fokus på tvångsvård.

Utredaren ska bl.a.

- göra en övergripande översyn av bestämmelserna om tvångsvård av barn och unga enligt LVU,
- se över vissa frågor som berör både LVU och SoL, t.ex. om kraven på familjehems- och jourhemsföräldrars lämplighet bör skärpas samt analysera om privata konsulentstödda verksamheter i vissa fall bör vara tillståndspliktiga,
- göra en översyn av bestämmelserna som reglerar Statens institutionsstyrelses verksamhet vid de särskilda ungdomshemmen, bl.a. de särskilda befogenheterna,
- se över tillämpningen av förebyggande insatser enligt LVU,

- analysera hur sådan samverkan som sker mellan olika myndigheter och andra relevanta aktörer i samband med att barn tvångsvårdas enligt LVU kan förbättras,
- analysera gränsdragningen mellan familjehem och hem för vård eller boende och lämna förslag till hur kraven på dessa verksamheter bör utformas för att ge förutsättningar för en god och säker vård, och
- analysera gränsdragningen mellan tvångsvård enligt LVU och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT.

Förslag till förändringar och förtydliganden i relevant lagstiftning ska lämnas i de delar som utredaren bedömer lämpligt. Uppdraget ska redovisas senast den 3 mars 2014.

## Inledning

Samhället har ett stort ansvar för utsatta barn och unga. Detta ansvar är särskilt tydligt i fråga om barn och unga som befinner sig i samhällets vård. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) har Sverige en plikt att tillgodose barns rättigheter, t.ex. när det gäller skyldigheten att vidta åtgärder för att skydda barn och barns rätt att uttrycka sina åsikter. Vidare måste andra konventioner om mänskliga rättigheter, bl.a. den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som gäller som lag, beaktas.

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Utgångspunkten är att alla insatser till skydd och stöd för barn och unga inom socialtjänsten ska ske under frivilliga former. I syfte att ge utsatta barn och unga det stöd och den behandling de behöver har socialnämnden i vissa fall möjlighet att ingripa även om behövlig vård inte kan ges på frivillig väg. Dessa fall regleras i LVU. Barnets bästa ska vara avgörande för allt som görs och barnet ska ha rätt att komma till tals i frågor som rör henne eller honom.

*Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga*

Bestämmelser om tvångsvård av barn och unga finns i dag i LVU. Vård enligt LVU kan beslutas endast om behövlig vård inte kan ges med samtycke av vårdnadshavaren och när den unge fyllt 15 år, av henne eller honom själv. Målsättningen är som regel att barn och unga ska kunna flytta tillbaka till vårdnadshavaren eller till eget boende när vården upphört. Vården kan bedrivas i familjehem, hem för vård eller boende eller särskilda ungdomshem. I LVU finns också bestämmelser om förebyggande insatser som innebär att socialnämnden kan besluta att den unge ska hålla regelbunden kontakt med en särskilt kvalificerad kontaktperson eller delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten, s.k. mellantvång.

I de flesta fall placeras barn och unga i familjehem, dvs. enskilda hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran. Barn och unga kan också placeras på ett hem för vård eller boende. För vårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen och socialtjänstförordningen (2001:937). Socialstyrelsens har beslutat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende.

Vård enligt LVU kan också beredas på ett särskilt ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse. Statens institutionsstyrelse bedriver individuellt anpassad tvångsvård för unga med behov av särskild tillsyn, många gånger unga med allvarliga och omfattande psykosociala problem. Där vårdas också unga vid verkställighet av slutna ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård. För att vården vid de särskilda ungdomshemmen ska kunna genomföras på ett tryggt och säkert sätt har Statens institutionsstyrelse möjlighet att använda sig av särskilda befogenheter, t.ex. att avskilja en ungdom som är så våldsam eller så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen.

*Utvecklingen av vård enligt LVU*

Under 1990-talet ökade omfattningen av vård utanför hemmet av barn och unga påtagligt. Institutionsvården har delvis ersatts av familjehemsvård och tillfälliga placeringar i jourhem. Under 2010 fick 6 200 barn och unga vård enligt LVU någon gång under året.

Av dessa var totalt 2 400 omedelbara omhändertaganden av barn och unga. I 70 procent av fallen var orsaken till beslutet om tvångsvård brister i hemmiljön och i 25 procent av fallen handlade det om problem med det egna beteendet. För 5 procent var orsaken en kombination av brister i hemmiljön och beteendet. När det gäller yngre barn var orsaken vanligtvis bristande omsorg. Det huvudsakliga skälet till att unga vårdades enligt LVU var egna missbruksproblem eller kriminalitet. Majoriteten av dem som omhändertas är pojkar.

## Bakgrund

Under de senaste åren har den sociala barn- och ungdomsvården genomgått stora förändringar och arbetet genomsyras i dag av ett barnrättsperspektiv där barn och unga i högre utsträckning än tidigare har rätt att komma till tals och vara delaktiga. Såväl allmänheten som de som arbetar med barn och unga uppmärksammar också barns och ungas problem i allt högre grad. Ett flertal lagstiftningsåtgärder har vidtagits i syfte att stärka barnrättsperspektivet i tvångsvården. Bestämmelserna har bl.a. kompletterats med principen om att barnets bästa ska vara avgörande vid alla beslut samt att den unges inställning ska klargöras. Det har även införts bestämmelser som syftar till att stärka barns och ungas delaktighet och inflytande t.ex. genom rätten till information för att bättre kunna ta ställning i frågor som rör dem. Regeringen har även träffat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting i syfte att utveckla vården så att den bättre överensstämmer med bästa tillgängliga kunskap.

Genom tillsynsreformen 2010 har ambitionsnivån höjts när det gäller den sociala barn- och ungdomsvården. Vid tillsynen får man t.ex. prata med barn utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet. Vidare ska hem för vård eller boende som riktar sig till barn och unga inspekteras genom besök minst två gånger per år, varav en gång oanmält.

Vanvårdsutredningen konstaterade i ett delbetänkande att det förekommit övergrepp och försummelser mot placerade barn och unga i den sociala barnvården under 1900-talet (Vanvård i social

barnavård under 1900-talet, SOU 2009:99). Den utredning som regeringen tillsatte mot bakgrund av vad som framkommit i Vanvårdsutredningen, Upprättelseutredningen, uppmärksammade i sitt betänkande att det fortfarande förekommer brister i heldygnsvården (Barnen som samhället svek, SOU 2011:9). I syfte att undvika att liknande missförhållanden för samhällsvårdade barn förekommer i framtiden genomför regeringen en rad åtgärder för att stärka skyddet för utsatta barn. Regeringen har bl.a. gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende.

Den 14 juni 2012 överlämnade regeringen lagrådsremissen Stärkt stöd och skydd för barn och unga till Lagrådet. Bestämmelserna i remissen baseras på förslagen i Barnskyddsutredningens betänkande Lag om stöd och skydd för barn och unga (SOU 2009:68). I lagrådsremissen föreslår regeringen bl.a. att barnrättsperspektivet ska stärkas att socialnämnden ska utse en särskild socialsekreterare för barn som placeras utanför det egna hemmet. Den särskilda socialsekreteraren ska följa och ansvara för kontakterna med barnet. I syfte att tydliggöra socialtjänstens roll i det förebyggande arbetet och ansvaret för uppsökande verksamhet föreslås nya bestämmelser som klargör socialnämndens ansvar. Vidare föreslås att anmälningsskyldigheten ska förtydligas och att kommunerna ska tillhandahålla utbildning för familjehemmen. Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2013.

### Behov av en översyn

Även om utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården har genomgått stora förändringar och barns och ungas rättigheter i högre utsträckning än tidigare i dag uppmärksammas i lagstiftningen, har en rad brister och problem identifierats. Det gäller brister i utformningen av lagstiftningen men också otillräcklig kunskap och kompetens hos personalen samt brister i genomförande och uppföljning av vården. Särskilda problem och brister i vården enligt LVU har lyfts fram och flera instanser efterfrågar ett ytterligare stärkt rättighets- och rättssäkerhetsperspektiv. Det finns även vissa frågor som berör både LVU och SoL som det finns anledning att titta närmare på i detta sammanhang.



Barnskyddsutredningen hade i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna om skydd och stöd för barn och unga i SoL och LVU (dir. 2007:168). Utredningen konstaterar dock i sitt betänkande att det inte varit möjligt att inom ramen för den tid man haft till förfogande genomföra en total översyn av bestämmelserna som reglerar den sociala barn- och ungdomsvården. Regeringen bedömer således att behovet av en samlad analys av bestämmelserna i LVU kvarstår.

Några av de förslag som Barnskyddsutredningen lämnat, som rör både LVU och SoL, är intressanta men regeringen bedömer att de behöver analyseras ytterligare. Barnskyddsutredningen har t.ex. föreslagit att privata konsulentstödda verksamheter ska vara tillståndspliktiga i den del de erbjuder psykosocialt stöd eller behandling till barn och unga som är placerade i familjehem. Socialstyrelsen anser i remissyttrandet att det är angeläget att den behandling och det psykosociala stöd som ges till barn och unga placerade i familjehem uppfyller kravet på god kvalitet. Myndigheten avstyrker däremot förslaget eftersom förutsättningarna och konsekvenserna för tillståndsgivning i den här formen inte är tillräckligt utredda.

I Socialstyrelsens tillsynsrapport för 2011 uppmärksammas en rad brister på området. De unga som myndigheten samtalat med upplever sig ofta rättslösa och uppger att de inte känner sig respekterade och lyssnade på. Vidare visar tillsynsrapporten att det förekommer stora kvalitetsskillnader mellan olika hem för vård eller boende, t.ex. när det gäller personalens kompetens. Rutiner och regler är enligt tillsynsrapporten inte alltid förenliga med ungas rätt till integritet och ett respektfullt bemötande. Vidare konstateras att inskränkningar i ungas frihet på ungdomshem inte alltid sker på ett rättssäkert sätt. Enligt tillsynsrapporten saknas också kunskap om hur hälso- och sjukvårdsfrågor ska hanteras, vilket leder till att unga på de särskilda ungdomshemmen har svårt att få adekvat hjälp, särskilt från barn- och ungdomspsykiatrin.

FN:s barnrättskommitté har i sina rekommendationer och slutsatser om Sveriges efterlevnad av barnkonventionen bl.a. lyft upp frågan om avskiljning och rekommenderat Sverige att se över tillämpningen och reglerna kring denna insats. Europarådets kommitté mot tortyr (CPT) har framfört synpunkter främst i fråga om tillämpningen av lagstiftningen.

Barnombudsmannen har på regeringens uppdrag inhämtat barns och ungas synpunkter på och erfarenheter av vistelse i familjehem och hem för vård eller boende (S2010/2273/FST) och redovisat deras egna upplevelser och erfarenheter av att ha varit placerade. Många unga har upplevt att de inte blivit lyssnade på och att deras synpunkter inte tagits på allvar.

Barnombudsmannen har i olika skrivelser (bl.a. S2009/1417/FST och S2010/2758/FST) till regeringen efterfrågat en översyn av den lagstiftning som rör placerade barn och unga, oavsett var de har placerats. Barnombudsmannen har bl.a. anfört att den nuvarande lagstiftningen som rör placerade barn och unga är repressiv och inriktad på de begränsningar och tvångsmedel som styr deras vardag. Barnombudsmannen har lämnat en rad förslag till åtgärder för att garantera rättssäkerheten för dessa barn, t.ex. att Statens institutionsstyrelses möjlighet att hålla barn och unga avskilda på särskilda ungdomshem bör förbjudas. Vidare har Barnombudsmannen lyft upp behovet av en översyn av den lagstiftning som styr tillståndsgivningen för hem för vård eller boende.

Statens institutionsstyrelse har sett behov av att förtydliga den lagstiftning som gäller för den egna verksamheten och inkom till regeringen i juni 2009 med förslag till författningsändringar (S2009/5113/FST). Statens institutionsstyrelse föreslår bl.a. att barn som inte har fyllt 15 år, och som vårdas på Statens institutionsstyrelses institutioner med stöd av LVU, bör ges en möjlighet att genom en ställföreträdare överklaga beslut som fattas av Statens institutionsstyrelse. Ett annat förslag syftar till att på ett bättre sätt kunna följa upp den slutna ungdomsvården. Statens institutionsstyrelse anser även att vissa sekretessfrågor bör ses över i detta sammanhang.

Statens institutionsstyrelse har även på regeringens uppdrag genomfört en särskild översyn av tillämpningen av bestämmelserna om avskiljning på de särskilda ungdomshemmen och lämnat förslag till författningsändringar (S2009/5081/FST). Vidare har Statens institutionsstyrelse inkommit med förslag i fråga om bl.a. så kallade skyddsvisitationer (S2011/6227/FST).

Upprättelseutredningen har föreslagit att en översyn av lagstiftningen bör övervägas i syfte att stärka placerade barns och ungas rättigheter under genomförandet av vården. Vidare har Upprättel-

seutredningen i betänkandet föreslagit att kraven på familjehems- och jourhemsföräldrars lämplighet ska skärpas.

Som ett led i regeringens strävan att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården, och med utgångspunkt från de brister och problem som uppmärksammats på området, anser regeringen att det är angeläget med en analys av bestämmelserna om tvångsvård enligt LVU av barn och unga och till denna angränsande frågor.

När samhället griper in med tvingande åtgärder för att skydda barn och unga är det särskilt viktigt att de bestämmelser som reglerar insatserna är tydliga och konsekventa och beaktar den enskildes rättigheter och rättssäkerhet, samtidigt som de tillgodoser en rimlig säkerhetsnivå.

Barn, unga och deras föräldrar men även allmänheten och berörda aktörer måste kunna ställa höga krav på rättssäkerheten och kvaliteten i insatserna och på att vården utförs på ett säkert sätt. Verksamheten måste hålla god kvalitet och bygga på bästa tillgängliga kunskap. Studier visar t.ex. att både hälsan och skolprestationen är sämre för placerade barn. Därutöver är det betydelsefullt med en effektiv och samordnad tillsyn som utgår ifrån ett tydligt barnperspektiv.

Det är oroväckande att placerade barn och unga uppger att de inte har blivit lyssnade på och att deras synpunkter inte har tagits på allvar samt att de inte har känt till sina rättigheter. Samhällets ansvar för att säkerställa att barns rättigheter tillgodoses är särskilt tydligt i fråga om barn och unga som befinner sig i samhällets vård. Lagstiftningen behöver ses över med sikte på att ytterligare stärka rättssäkerheten med barnets och den unges behov och rättigheter som utgångspunkt. Som framgått finns det även frågor som berör både LVU och SoL där regeringen bedömer att det finns behov av en närmare analys.

## Utredarens uppdrag

*En övergripande översyn av bestämmelserna om tvångsvård enligt LVU*

Utredaren ska genomföra en övergripande översyn av LVU och analysera behovet av förändringar och förtydliganden av bestämmelserna om tvångsvård av barn och unga enligt LVU. I detta sam-

manhang är det viktigt att utgå ifrån den enskilda individens rättigheter, behov och förutsättningar. Behov och förutsättningar kan dock vara olika för pojkar respektive flickor. De särskilda behov som barn och unga med funktionsnedsättning kan ha ska även beaktas i sammanhanget.

Det är angeläget med en väl sammanhållen och konsekvent lagstiftning för den sociala barn- och ungdomsvården. Det är viktigt att arbetet vilar på en gemensam grund och att begrepp och termer används på samma sätt, oavsett om det handlar om vård med eller utan samtycke. Detta är viktigt inte minst för att öka tydligheten och förenkla tillämpningen, vilket bidrar till ökad rättssäkerhet för den enskilde. Om utredaren under arbetets gång finner skäl att föreslå förändringar även i SoL för att åstadkomma en sådan gemensam grund, ska författningsförslag redovisas även i dessa delar. Det kan handla om att se över målformuleringar och definitioner med barnets och den unges rättighetsperspektiv som utgångspunkt. Ett exempel på en begreppsanalys kan t.ex. vara hur begrepp som vård och omsorg bör komma till uttryck i lagstiftningen.

I samband med en översyn av LVU ska utredaren bl.a. belysa och analysera

- hur lagstiftningen tydligare kan utgå ifrån barns och ungas rättigheter och bidra till ökad rättssäkerhet, samtidigt som kraven på säkerhet och trygghet säkerställs,
- hur vårdens innehåll och kvalitet samt uppföljning kan utvecklas, t.ex. avseende den placerades rätt till delaktighet, information, god utbildning och hälso- och sjukvård,
- om särskilda åtgärder behöver vidtas för att säkerställa en god och säker vård för barn och unga som på grund av hedersrelaterat våld och förtryck bereds vård enligt 2 § LVU,
- om det ur ett barnrätts- och rättssäkerhetsperspektiv finns behov av att tydligare reglera verksamheten vid de hem för vård eller boende som bedrivs i annan form än vid Statens institutionsstyrelse,
- bestämmelserna om tillståndsgivning för hem för vård eller boende,

- regelverket kring flyttningsförbud,
- rättsäkerheten inom processen för omedelbart omhändertagande enligt LVU,
- barns och ungas möjlighet att i högre utsträckning komma till tals.

Det ingår dessutom i uppdraget att se över några specifika frågor som gäller både LVU och SoL. Utredaren ska analysera om kraven på familjehems- och jourhemsföräldrars lämplighet ytterligare kan skärpas samt om det finns behov av att införa tillståndsplikt för privata konsulentstödda verksamheter när de erbjuder psykosocialt stöd eller behandling till barn och unga som är placerade i familjehem.

### *Förebyggande insatser*

Ett beslut om vård enligt LVU föregås ofta av frivilliga insatser enligt socialtjänstlagen. Det kan t.ex. handla om öppna insatser som vård- eller behandlingsinsatser där barnet fortfarande bor kvar i det egna hemmet. Liksom när det gäller andra åtgärder är grundtanken att sådana insatser ger bäst genomslag om de ges i samförstånd med föräldrarna och barnet eller den unge.

I dag finns också möjlighet att, utan samtycke, besluta om vissa förebyggande öppna insatser enligt 22 § LVU, om den unge på grund av sitt eget beteende kan antas behöva vård enligt LVU om beteendet fortsätter och insatsen som den unge behöver inte kan ges med samtycke. Det rör beslut om att den unge ska hålla regelbunden kontakt med en särskilt kvalificerad kontaktperson eller att den unge ska delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten. Beslutet kan överklagas och ska omprövas minst var sjätte månad. Bestämmelsen används i liten utsträckning. Barnskyddsutredningen gjorde en övergripande analys av orsakerna och konstaterar att det finns flera orsaker till detta, bl.a. att kunskapen om bestämmelsen och dess tillämpning är bristfällig och att sanktioner saknas om den enskilde inte genomför insatserna. Barnskyddsutredningen menar att det finns skäl att se över bestämmelserna i LVU om förebyggande insatser på grund av den unges beteende ytterligare. Regeringen instämmer i den bedömningen. Utredaren ska således analy-

sera behovet av ändrade regler för de insatser som tar sikte på den unges beteende och som i dag kan beslutas enligt 22 § LVU utan den unges samtycke. I Norge och Danmark finns olika former av tvingande öppna insatser som utredaren i detta sammanhang bör studera närmare.

När det gäller öppna insatser på grund av misstänkta missförhållanden i hemmet finns inte motsvarande möjlighet att besluta om förebyggande öppna insatser utan samtycke. Barnskyddsutredningen, som övervägt frågan, menar att det inte finns skäl att införa någon sådan möjlighet och föreslår i stället andra ändringar som man anser fyller de behov som finns av regler till stärkt skydd för denna grupp av barn. Regeringen föreslår i den lagrådsremiss om stärkt stöd och skydd till barn och unga som överlämnades till Lagrådet den 14 juni 2012 att dessa ändringar ska genomföras. Några remissinstanser, bl.a. Barnombudsmannen och Rädda Barnen, menar att det dessutom finns ett behov av tvingande förebyggande insatser även i de här situationerna. Även tidigare utredningar har kommit till den slutsatsen (se SOU 1998:3 och SOU 2000:77). Regeringen anser att det kan finnas skäl att överväga frågan ytterligare. Utredaren är därför fri att på nytt överväga frågan.

### *Översyn av den lagstiftning som gäller för vård enligt LVU vid de särskilda ungdomshemmen*

För att den vård som bedrivs av Statens institutionsstyrelse vid de särskilda ungdomshemmen ska kunna genomföras på ett tryggt och säkert sätt har Statens institutionsstyrelse möjlighet att i vissa fall vidta tvångsåtgärder mot den unge, s.k. särskilda befogenheter. De unga som har placerats på de särskilda ungdomshemmen har ofta en komplex problembild med omfattande sociala och psykosociala problem. Det är inte ovanligt att de unga brister i insikt och motivation och därför kan ha svårt att fatta väl avvägda beslut och bedöma vad som är bäst för dem. De kan vara utåtagerande och därigenom riskera att skada sig själva, andra unga och personal.

De särskilda befogenheterna ska användas med omdöme och restriktivitet samt med respekt för barnets rättigheter och behov. De får enligt lagstiftningen endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga ska sådana användas i stället. Det är viktigt att

bestämmelser som ger Statens institutionsstyrelse rätt att tillgripa tvångsmedel är tydliga, konsekventa och väl avvägda så att de inte görs mer omfattande än vad som är nödvändigt. Samtidigt ska de tillgodose de behov som finns av säkerhet vid institutionerna, såväl för de unga som vårdas där som för personalen.

Regeringen anser att det är angeläget att se över bestämmelsernas utformning. Den nuvarande regleringen har kritiserats för att vara otydlig. Det har också framförts att det förekommer brister i tillämpningen. Det är av stor vikt för rättssäkerheten att beslut om att använda särskilda befogenheter motiveras, att den beslutet rör informeras om anledningen till beslutet och om möjligheten att överklaga det.

I uppdraget ingår att göra en övergripande översyn av de bestämmelser som gäller för Statens institutionsstyrelsens verksamhet enligt LVU och att bedöma behovet av författningsändringar på området. Förslagen ska bidra till att stärka den enskildes rättssäkerhet samt till ökad tydlighet och förutsägbarhet. I detta ingår att studera bestämmelserna om de särskilda befogenheterna, bl.a. avskiljning, i syfte att tydligare ge uttryck för den restriktivitet som ska iakttas vid användningen. I denna del ska utredaren beakta de förslag som Statens institutionsstyrelse har lämnat till regeringen.

Utredaren ska föreslå följdändringar även i annan lagstiftning som avser Statens institutionsstyrelse verksamhet, t.ex. vård som bedrivs enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, i den mån de är en konsekvens av eventuella ändringsförslag i LVU.

### *Samverkan och gränsdragning*

För att barnet eller den unge ska få det skydd och stöd som han eller hon behöver måste flera olika aktörer vara involverade i arbetet, på olika nivåer och med olika ansvarsområden. Fungerande samverkan och ett tydligt uttryckt ansvar för olika aktörer är således av central betydelse i arbetet med att skydda och stödja barn och unga, inte minst för att så långt som möjligt förebygga behovet av tvångsingripanden. Utredaren ska mot denna bakgrund beakta frågor om samverkan och gränsdragning mellan socialtjänsten och

andra relevanta verksamheter när det gäller stöd och skydd för barn och unga.

Utredaren ska se över bestämmelserna om samverkan inom den sociala barn- och ungdomsvården. I uppdraget ingår att analysera hur samverkan kan förbättras såväl på strategisk nivå som på individnivå, mellan de olika huvudmän som är involverade i arbetet för att stödja och skydda barn och unga.

På flera angränsande områden har man utvecklat olika former av samverkansmodeller både på strategisk och individuell nivå. Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen och dåvarande Myndigheten för skolutveckling har gemensamt tagit fram en strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa (2007). Rikspolisstyrelsen har, i samverkan med Åklagarmyndigheten, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen tagit fram gemensamma riktlinjer för samverkan inom ramen för barnahus (2010). Inom ramen för det pilotprojekt med sociala insatsgrupper som bedrivs inom ett uppdrag till Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2011) sker strukturerad samverkan på individnivå.

Ett tillfälle då samverkan är extra viktig är i samband med att barn och unga ska avsluta sin tid på institution, såväl när det gäller Statens institutionsstyrelses ungdomshem som andra hem för vård eller boende. Under tiden på institutionen kan barn och unga ha fått olika former av vård och behandling som, för att effekterna ska vara effektiva och långsiktiga, kan behöva fortsätta också efter institutionstiden. Samverkan mellan berörda aktörer, såsom föräldrar, skola, institutioner och socialtjänsten är i dessa fall av avgörande vikt. Utredaren ska således även pröva behovet av åtgärder för att utveckla samverkan i dessa delar.

Regeringen anser vidare att frågan om var gränsen går mellan familjehem och hem för vård eller boende är av intresse i detta sammanhang. I dag kan familjehem driva verksamhet som liknar den verksamhet som drivs av hem för vård eller boende utan tillstånd medan de som driver hem för vård eller boende behöver leva upp till ett antal krav som ställs för att få tillstånd. Även Barnskyddsutredningen har lyft denna fråga. Utredaren ska därför närmare analysera hur kraven på dessa verksamheter bör utformas för att ge förutsättningar för en god och säker vård.



*Gränsdragningen mellan tvångsvård enligt LVU och LPT*

En angelägen fråga i detta sammanhang, som berörts av bl.a. Barnpsykiatrikommittén (SOU 1998:31) och LVU-utredningen (SOU 2000:77), gäller gränsdragningen mellan LVU och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Högsta förvaltningsdomstolen har slagit fast (RÅ 2010 ref. 24) att ett beteende som enbart är att betrakta som ett symptom på en psykisk störning inte kan utgöra ett sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § LVU. Barn eller unga som lider av en psykisk störning får alltså inte enbart av det skälet bli föremål för vård enligt LVU. För att sådan vård ska bli aktuell krävs, i de s.k. beteendefallen, att personen i fråga missbrukar eller bedriver brottslig verksamhet eller uppvisar något annat socialt nedbrytande beteende. Gränsdragningen för vad som är att betrakta som ett socialt nedbrytande beteende som ligger utanför den psykiatriska problembilden är dock inte alltid lätt att göra. Det kan också vara så att barnet eller den unge varken uppfyller förutsättningarna för att beredas vård inom socialtjänsten på grund av sitt beteende eller uppfyller kravet på allvarlig psykisk störning enligt LPT, trots att han eller hon har ett stort vårdbehov. Utredaren ska därför se över hur gränsdragningen mellan LVU och LPT fungerar i praktiken och överväga behovet av åtgärder för att förtydliga ansvarsfördelningen inom området. I denna del ska utredaren beakta Psykiatrilagsutredningens förslag i betänkandet *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* (SOU 2012:17) som kan få stor betydelse för gränsdragningen mellan LVU och LPT. Vidare ska utredaren analysera hur samverkan mellan berörda aktörer ska kunna utvecklas, med syfte att säkerställa att barn och unga får bästa möjliga vård och omsorg.

**Övrigt**

Utredaren ska även bedöma behovet av åtgärder, förutom förändringar i lagstiftningen, som kan bidra till kvalitetsutveckling av den sociala barn- och ungdomsvården, särskilt avseende tvångsvården. Det kan handla om ökad användning av bästa möjliga kunskap och metod- och kunskapsutveckling. Det är viktigt att kontinuerligt arbeta för att ny kunskap och erfarenheter på området kommer de

verksamma till del. Utredaren ska därför även lämna förslag som bidrar till att sprida kunskap om och främja tillämpningen av nya bestämmelser med barns och ungas rättigheter som utgångspunkt hos kommunerna, familjehemmen, på Statens institutionsstyrelses institutioner och andra hem för vård eller boende.

## Konsekvensbeskrivningar

### *Författningsreglering*

Utredaren ska föreslå de författningsändringar som behövs.

### *Ekonomiska och andra konsekvenser*

Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för staten, landsting, kommuner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska utredaren föreslå en finansiering, se 14 § kommittéförordningen (1998:1474). Om betänkandet innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagets kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning, se 15 a § kommittéförordningen. I 14 kap. 2 § regeringsformen finns ett förtydligande av att principen om kommunalt självstyre gäller för all kommunal verksamhet. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den, dvs. en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i denna utredning påverkar den kommunala självstyrelsen ska utredaren särskilt redovisa dessa konsekvenser och de särskilda avvägningar som lett till förslagen.

Arbetet ska präglas av ett jämställdhetsperspektiv. En barnkonsekvensanalys ska genomföras. Om individbaserad statistik används ska den presenteras och analyseras efter kön, om det inte finns särskilda skäl mot detta.

## Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta för uppdragets genomförande relevantt arbete som bedrivs inom Regeringskansliet och berörda myndigheter. Utredaren ska under arbetet samråda med berörda myndigheter och andra för sammanhanget relevanta aktörer, t.ex. Statens institutionsstyrelse, Barnombudsmannen, Socialstyrelsen, Statens Skolverk, Rikspolisstyrelsen, Länsstyrelsen i Östergötland, Sveriges Kommuner och Landsting och andra organisationer samt med forskare. Information ska även inhämtas beträffande Riksdagens ombudsmäns tillsyn över vård enligt LVU. Utredaren ska även på lämpligt sätt inhämta synpunkter från barn och unga som är eller har varit föremål för insatser enligt LVU. Samråd och avstämning ska ske med pågående utredningar som berör de frågeställningar som angivits i uppdraget, t.ex. utredningen Utbildning för barn och ungdomar i samhällsvård samt distansundervisning (U 2011:08).

Det är viktigt att ta del av erfarenheter från andra länder. Utredaren bör därför inhämta kunskaper och goda exempel från andra länder, t.ex. de övriga nordiska länderna. Utredaren ska vidare beakta de synpunkter som framförts av internationella organ som granskar efterlevnaden av konventioner om mänskliga rättigheter, bl.a. FN:s barnrättskommitté.

Uppdraget ska redovisas senast den 3 mars 2014.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2014:87

## **Tilläggsdirektiv till Utredningen om tvångsvård för barn och unga (S 2012:07)**

Beslut vid regeringssammanträde den 12 juni 2014

### **Sammanfattning av tilläggsuppdraget**

Regeringen beslutade den 12 juli 2012 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU (dir. 2012:79).

Uppdraget kompletteras nu med en översyn av hur långsiktighet och stabilitet i större utsträckning kan säkerställas för barn som är eller bedöms bli långvarigt placerade. Inom ramen för översynen ska utredaren bl.a. överväga om det behövs bestämmelser som innebär en särskild prövning av om vården ska upphöra, när barnet har placerats i tidig ålder (t.ex. i åldern noll till tre år), och om bestämmelsen om flyttningsförbud behöver förtydligas. Utredaren ska även se över lagstiftningen om föräldrars rättigheter att begära prövning av om vården ska upphöra trots att ingen förändring har skett i deras livssituation.

Utredaren ges vidare i uppdrag att analysera orsakerna till att vårdnadsöverflyttningar och adoptioner används i relativt liten utsträckning, samt överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att socialnämnden ska uppmärksamma dessa möjligheter i högre grad. Detta kan exempelvis, avseende vårdnadsöverflyttningar, vara fallet i situationer då allvarligt våld förekommer i familjen. Utredaren ska pröva om förutsättningarna för när socialnämnden ska ansöka om överflyttning av vårdnaden behöver förtydligas.

Utredaren ska även överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att stödja socialtjänsten i att uppmärksamma frågan om adoption av familjehemsplacerade barn, t.ex. om adoption bör uppmärksammas efter att placeringen pågått en viss tid.

Tiden för slutredovisning förlängs till den 15 juni 2015.

## Bakgrund

Den 1 november 2012 hade 2 469 barn varit placerade i familjehem i fem år eller mer. Av dessa var 904 yngre än ett år när de placerades första gången. Barn som placeras i familjehem blir ibland kvar i vården under lång tid. Det är inte ovanligt att barn lever i ovisshet om var de hör hemma och om och hur länge de får bo kvar i ett familjehem. Detta gäller barn som är placerade enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, som lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). En studie från Socialstyrelsen om sammanbrott i familjehemsplasseringar visar att bland yngre barn (0–10 år) slutade 13 procent av placeringarna med ett sammanbrott. Bland de barn som var långvarigt placerade slutade 24 procent av placeringarna med ett sammanbrott. Enligt en ännu ej publicerad studie från Socialstyrelsen om oplanerade avbrott i familjehemsplasseringar av 144 yngre barn och långvarigt placerade barn var 18 procent av barnen övergivna eller hade en död förälder.

Barn som varit placerade sedan tidig ålder kan få en stark anknytning till familjehemmet och behöva få stanna där. Om det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas om hon eller han skiljs från familjehemmet, får förvaltningsrätten på ansökan av socialnämnden för en viss tid eller tills vidare förbjuda en vårdnadshavare att ta hem barnet från ett annat enskilt hem (24–26 §§ LVU). Flyttningsförbud innebär dock inte något fullgott skydd för dessa barn. Rättspraxis ger en motstridig bild av om flyttningsförbud kan användas i avvaktan på att frågan om en s.k. vårdnadsöverflyttning kan prövas.

När ett barn har varit placerat tre år i samma familjehem gäller i dag att socialnämnden ska överväga om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden enligt 6 kap. 8 § FB. I förarbetena (prop. 2002/03:53) uttrycks att en överflyttning av vårdnaden

skapar bättre möjligheter för kontinuitet och trygghet i vården. Vidare påpekas att det kan anses rimligt, mot bakgrund av att de flesta barn som blir kvar länge i vården placerats i åldern noll till tre år, att ett övervägande görs när barnet varit placerat i tre år i samma hem. Tre år är då en lång tid satt i relation till barnets ålder och mognad. Det kan, enligt förarbetena, inte uteslutas att det kan behövas längre tid i familjehemmet för att barnet ska ha rotat sig så att det kan anses vara till barnets bästa att vårdnaden överflyttas till familjehemmet. Det är angeläget att övervägandet sker regelbundet.

Möjligheten till en vårdnadsöverflyttning har funnits sedan 1983 och ett flertal undersökningar sedan dess har visat att detta sker i relativt låg utsträckning även ca 30 år efter lagens ikraftträdande. Under 2012 flyttades den juridiska vårdnaden över till familjehemsföräldrarna för 246 långvarigt placerade barn.

Ett barn som varit långvarigt placerat i ett familjehem kan även i vissa fall komma i fråga för adoption. I praktiken aktualiseras frågan sällan. Orsaker till detta kan bl.a. vara att det är ett definitivt och i många hänseenden oåterkalleligt beslut och att det kan vara svårt för socialtjänsten att överblicka konsekvenserna för barnets framtid. Det är även en etiskt känslig fråga. Socialstyrelsens undersökningar visar att familjehemsföräldrar kan vara negativt inställda till en adoption, eftersom stödet avseende såväl ekonomisk ersättning som samtalsstöd och liknande från socialtjänsten då upphör eller minskar. Socialnämnden har inte någon skyldighet att initiera en adoption till skillnad från en vårdnadsöverflyttning. Det framgår inte heller av nuvarande lagstiftning eller vägledningar att socialtjänsten på annat sätt bör uppmärksamma möjligheten till adoption för barn som är placerade i familjehem.

Intentionen i den svenska sociallagstiftningen är sedan länge att barn ska återförenas med sina föräldrar när syftet med vården har uppnåtts. Den vård som ges utanför den unges hem ska ingå som en del i en samlad behandling med syftet att så långt som möjligt skapa förutsättningar för barnet att återknyta gemenskapen med familjen under trygga förhållanden. Gruppen barn för vilka en adoption skulle vara ett alternativ är dock inte homogen. Det kan handla om barn vars föräldrar försvunnit eller är döda och barn som placerats i familjehem som mycket små och som med mycket stor sannolikhet inte kommer att kunna återvända till sina föräldrar. För vissa barn kan avsteg från återföreningsprincipen vara en

förutsättning för en stabil och trygg uppväxt. Barnet kan i och med en vårdnadsöverflyttning eller adoption tänkas uppleva ökad tillhörighet och trygghet. Men åtgärderna, och även övervägandet av dem, kan också innebära svåra lojalitetskonflikter för barnet. Det är av yttersta vikt att barnets bästa är avgörande i de beslut som fattas.

Regeringen beslutade den 12 juli 2012 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över LVU (dir. 2012:79). Syftet med översynen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga som tvångsvårdas enligt LVU samt bidra till kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, med särskilt fokus på tvångsvården.

Regeringen beslutade den 19 juni 2013 att genom tilläggsdirektiv (dir. 2013:74) komplettera utredarens uppdrag till att omfatta även en översyn av olika former av placeringsalternativ för barns och ungas boende, vård och fostran enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, som LVU samt att lämna förslag till fler placeringsalternativ än vad som finns i dag. Förslagen skulle svara mot barns och ungas skiftande behov samt säkerställa god kvalitet och hög kostnadseffektivitet i verksamheten liksom barns och ungas behov av skydd. Utredningen redovisade detta uppdrag den 11 februari 2014 genom att överlämna delbetänkandet ”Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga” (SOU 2014:03).

## Nuvarande reglering

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 1 § SoL, i nära samarbete med hemmen, sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet. Enligt 24–26 §§ LVU får förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden för en viss tid eller tills vidare förbjuda den som har vårdnaden om en underårig att ta denne från ett annat enskilt hem om det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas om han eller hon skiljs från hemmet. Socialnämnden ska överväga om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden enligt 6 kap. 8 § föräldrabalken, förkortad FB, när ett barn varit placerat i samma familjehem i tre år (6 kap. 8 § SoL och 13 § LVU).

Om socialnämnden får veta att någon åtgärd behöver vidtas i fråga om vårdnad, umgänge eller förmyndarskap för ett barn, ska nämnden göra en framställning eller ansökan om det hos den domstol till vilken ärendet hör (5 kap. 2 § socialtjänstförordningen [2001:937], förkortad SoF). Av 6 kap. 2 a § FB, framgår att barnets bästa ska vara avgörande för alla beslut om vårdnad, boende och umgänge. Vid bedömningen av vad som är bäst för barnet ska det fästas avseende särskilt vid risken för att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp eller att barnet olovligen förs bort eller hålls kvar eller annars far illa, och barnets behov av en nära och god kontakt med båda föräldrarna. Hänsyn ska tas till barnets vilja med beaktande av barnets ålder och mognad. Av 4 kap. 5–5 a §§ FB framgår att huvudregeln är att den som är under 18 år inte får adopteras utan samtycke av de biologiska föräldrarna. Om barnet är över 12 år krävs som regel även barnets samtycke. Enligt 1 kap. 2 § SoL ska barnets bästa särskilt beaktas vid åtgärder som rör barn och vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande.

### Återrapporteringar från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen lämnade i mars 2014 sin återrapportering på ett regeringsuppdrag om nationella adoptioner (S2014/2097/FST) i vilken det framkom att socialtjänsten inte alltid uppmärksammar att undantag kan behöva göras från lagstiftningens huvudprincip om återförening mellan barn och föräldrar. Socialstyrelsen pekade på behovet av en fördjupad analys av frågan kring hur långsiktighet och stabilitet i högre utsträckning ska kunna tillförsäkras barn som inte kan växa upp med sina föräldrar och att det bör förtydligas att undantag kan behöva göras från principen om återförening mellan barn och föräldrar.

Vidare rapporterade Socialstyrelsen att det har framkommit exempel på situationer som skapar särskild oro för de barn som placerats tidigt och som blir långtidsplacerade samt för deras familjehem. Ett exempel är då föräldrar med barn som är omhändertagna enligt LVU återkommande begär att vården ska upphöra trots att ingen förändring har skett i deras livssituation sedan beslutet om omhändertagande fattades.



Enligt allmänna förvaltningsrättsliga principer finns det ingen inskränkning i den enskildes rätt att begära att vården ska upphöra (JO dnr 2710-2001). Det saknas i dag särskild reglering kring denna fråga.

Det ovanstående tyder på att barnets bästa, som ska vara avgörande vid alla åtgärder som rör vård- och behandlingsinsatser för barn, ibland kan få stå tillbaka till förmån för andra bestämmelser som tillvaratar föräldrars rättigheter. Socialstyrelsen menar därför att en översyn av lagstiftningen kan behöva genomföras när det gäller kriterierna för vårdnadsöverflyttning enligt 6 kap. 8 § FB samt föräldrars rättigheter att obegränsat begära vårdens upphörande trots att ingen förändring har skett i deras livssituation.

Tidigare har Socialstyrelsen även i ett uppdrag gällande vårdnadsöverflyttningar (S2013/7656/FST) redovisat att socialnämnden i låg utsträckning väcker talan om vårdnadsöverflyttningar då allvarligt våld förekommit i familjen. Detta trots att regeringen tidigare uttalat (i prop. 2005/06:99, s. 44) att det är viktigt att socialnämnden uppmärksammar när insatser till stöd för ett barn behövs och att frågan om en eventuell överflyttning av vårdnaden verkligen övervägs.

### **Tilläggsuppdrag**

Barnets bästa ska enligt 1 kap. 2 § SoL vara avgörande vid alla åtgärder som rör vård- och behandlingsinsatser för barn. Intentionen i den svenska sociallagstiftningen är sedan länge att barn ska återförenas med sina föräldrar, när syftet med vården har uppnåtts. Barn som är placerade i familjehem är dock inte en homogen grupp, och behoven kan skifta stort. I de allra flesta fall är återföreningsprincipen för barnets bästa, men inte alltid. Mot den bakgrunden innehåller lagstiftningen vissa undantag från återföreningsprincipen. Möjligheten att flytta över vårdnaden till familjehemmet enligt 6 kap. 8 § FB är ett sådant undantag. Ett flertal undersökningar har dock visat att detta sker i relativt liten utsträckning.

För en liten grupp barn som är familjehemsplacerade kan dock även adoption vara ett alternativ. Det handlar om barn vars föräldrar försvunnit eller är döda, samt barn som placerats i familjehem som mycket små och som med stor sannolikhet inte kommer att

återvända till föräldrarna. Individuella bedömningar behöver göras i varje enskilt fall utifrån barnets bästa och det är av stor vikt att utreda de blivande adoptivföräldrarnas vilja och lämplighet eftersom beslutet är slutgiltigt. Eftersom en adoption är oåterkallelig fordras det att även andra lämpliga insatser noggrant har övervägts innan. Enligt Socialstyrelsens redovisning bör det förtydligas när undantag från principen om återförening mellan barn och föräldrar kan behöva göras.

Mot denna bakgrund finns det anledning att överväga ytterligare åtgärder för att stärka barnets rätt till stabila och trygga uppväxtvillkor. Utredaren ges därför i uppdrag att analysera orsakerna till att vårdnadsöverflyttningar och adoptioner används i relativt liten utsträckning, samt överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att socialnämnden ska uppmärksamma dessa möjligheter i högre grad. Detta kan exempelvis, avseende vårdnadsöverflyttningar, vara fallet i situationer då allvarligt våld förekommer i familjen. Utredaren ska pröva om förutsättningarna för när socialnämnden ska ansöka om överflyttning av vårdnaden behöver förtydligas.

Utredaren ska även överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att stödja socialtjänsten i att uppmärksamma frågan om adoption av familjehemsplacerade barn, t.ex. om adoption bör uppmärksammas efter att placeringen pågått en viss tid. Det bör poängteras att det inte är en målsättning i sig att antalet vårdnadsöverflyttningar eller adoptioner ska öka jämfört med i dag. Syftet är, som påpekats, att säkerställa stabiliteten och långsiktigheten för barn i familjehem som bedöms bli långvarigt placerade.

Även andra vägar för att stärka förutsättningarna för stabilitet och långsiktighet ska prövas.

Utredaren ska

- överväga om bestämmelsen om flyttningsförbud enligt 24–26 §§ LVU behöver förtydligas,
- se över lagstiftningen om föräldrars rättigheter att begära prövning av om vården ska upphöra trots att ingen förändring har skett i deras livssituation,
- överväga om det behövs bestämmelser som innebär en särskild prövning av om vården ska upphöra, när barnet har placerats i tidig ålder (t.ex. i åldern noll till tre år), samt

- uppmärksamma behovet av långsiktighet i samband med rekrytering och matchning av vissa familjehem och särskilt förordnade vårdnadshavare.

Utredaren ska föreslå de författningsändringar som bedöms nödvändiga. Utredaren ska, i enlighet med vad som anges i direktiv 2012:79, redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen. Analyser, överväganden och förslag ska utgå från samt reflektera flickors respektive pojkars behov och villkor.

Långvarigt placerade barns egna erfarenheter och åsikter bör så långt det är möjligt utgöra underlag för utredningen.

Utredaren ska göra de internationella jämförelser som är befo- gade. Utredaren ska hålla sig informerad och vid behov inhämta synpunkter från Utredningen om en utvärdering av 2006 års vårdnadsreform (Ju 2014:84) när det gäller frågan om vårdnadsöverflyttning.

### **Förlängning av tid och redovisning av uppdraget**

Tiden för slutredovisning av uppdraget förlängs till den 15 juni 2015.

(Socialdepartementet)

# Barnrättsperspektivet i LVU-sammanhang

*Titti Mattsson Professor i offentlig rätt, Lunds universitet*

## Bakgrund

Enligt regeringens direktiv till Utredningen om tvångsvård för barn och unga (dir. 2012:79) är ett huvudsyfte med utredningens arbete att föreslå hur man kan stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga som tvångsvårdas.<sup>1</sup> Direktivet innebär att just frågor om barns rätt i tvångsvårdssammanhang spelar en central roll i utredningsarbetet. Samtidigt är frågan om ett stärkt barnrättsperspektiv i tvångsvårdssammanhang inte oproblematisk. Ett beslut om tvångsvård innebär i sig en kraftig inskränkning av enskildas rätt. En central fråga är vad ett stärkt barnrättsperspektiv bör innebära i tvångsvården. Jag har blivit ombedd att, på ett övergripande och principiellt plan, föra ett resonemang som fångar olika perspektiv på frågor om barns rättigheter inom ramen för tvångsvård. I det följande kommer jag att resonera kring följande frågeställningar: Vad innebär, allmänt sett, ett stärkt barnrättsperspektiv? Vad är typiska kännetecken för system och regler som har ett sådant perspektiv? Vad kan, övergripande och principiellt uttryckt, ett stärkt barnrättsperspektiv i tvångsvården innebära? Vilka olika tänkbara angreppssätt/strategier finns för att stärka barnrättsperspektivet i tvångsvården?

Artikeln kommer att vara av övergripande karaktär, och den gör inte anspråk på att vara en heltäckande analys av begreppets tänkbara innehåll. I stället vill jag behandla ett antal grundläggande aspekter som enligt min mening bör ingå i ett barnrättsperspektiv i LVU-sammanhang, och diskutera dessa med utgångspunkt i den nuvarande regleringen, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Jag utgår alltså från att barnvårdslagstiftningen ingår som en del av den sociala lagstiftningen, vilket har varit fallet i Sverige sedan början på 1980-talet.

## 1. Ett stärkt barnrättsperspektiv

### 1.1 Allmänna utgångspunkter

Sedan ett par decennier tillbaka pågår en utveckling där barnets roll som rättighetsinnehavare successivt införlivas i det offentliga verksamheten i Sverige genom förändrad lagstiftning. Begrepp såsom barnets rätt och barnets bästa har därigenom kommit att bli en vanlig företeelse i reglering inom lagstiftning som rör barn, såsom inom familje- och socialrätten. Barnets rätt har under senare år även fått grundlagsstöd. Sedan år 2011 anges i 1 kap. 2 § femte stycket regeringsformen att det allmänna ska verka för att barns rätt tas till vara. Såväl den tidigare som den nuvarande regeringen har påtalat vikten av att stärka barns rättigheter i det svenska samhället, och det har utvecklats vissa riktlinjer genom de senaste årens

---

<sup>1</sup> Utredningen ska också bidra till kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, med särskilt fokus på tvångsvården. Härutöver har två tilläggsdirektiv angett ytterligare uppdrag.

barnrättspolitik.<sup>2</sup> Bland annat finns det en politisk enighet om att ett barnrättsperspektiv ska grundas på de normer och principer som uppställs i FN:s konvention om barnets rättigheter, den så kallade barnkonventionen.<sup>3</sup> På detta sätt håller ett barnrättsperspektiv i vid mening på att successivt utvecklas i svensk rätt. Samtidigt verkar det saknas en tydligt uttalad uppfattning i doktrin och praktik vilka bärande rättsliga beståndsdelar ett sådant perspektiv ska innefatta, vilka typiska kännetecken som ska återspeglas i barnrättslig reglering och vilken praktik som kan utmärkas ha ett barnrättsligt förhållningssätt. Det är förstås ett tämligen komplext fält och utmanande att fastställa på ett generellt plan. Det är inte heller givet att det ska finnas en generell definition och ett enda tydligt innehåll som kan fastslås ha allmän bärlighet. Barn och ungas skiftande ålder, mognad, personliga situation och övriga livsförhållanden, i kombination med de varierande frågor som ska analyseras i ett barnrättsperspektiv talar emot detta. Samtidigt är det av vikt att utvecklingen inom reglering och praktik stämmer överens med såväl principer i globala barnrättsliga dokument som offentligrättsliga principer i svensk rätt som avser att tillgodose enskildas rätt, och på detta sätt går i en någorlunda enhetlig riktning. Vissa grundkrav bör därför kunna uppställas och strategier formuleras för hur ett sådant perspektiv ska regleras och tillämpas. För det fall som barnkonventionen ska bli svensk lag är det dessutom särskilt väsentligt att all ny lagstiftning är i överensstämmelse med konventionens principer och artiklar, inte minst för att undvika snara regeländringar efter en inkorporering av konventionen.<sup>4</sup>

Barnkonventionen bör inte ensam utgöra grunden för ett barnrättsperspektiv som rör barn i samhällsvård eller annan reglering rörande barn och unga. Det finns andra grundläggande rättsliga krav och principer som behöver behandlas, såsom rättssäkerhetskravet och proportionalitetsprincipen. Rättighetsreglering har också vissa allmänna kännetecken inom rättsvetenskapen som bör diskuteras i förhållande till en barnrättsreglering.

I artikeln kommer jag att resonera kring begreppets komplexitet och behandla några av de hänsynstaganden som kan behöva göras. Redan här kan man dock ändå konstatera att ett barnrättsperspektiv har sin grund i rätten att bli bemött med *värdighet och respekt på lika villkor* som andra människor.<sup>5</sup> Med andra ord kräver detta perspektiv att barnet och dess rättsliga relationer till både det omgivande

---

<sup>2</sup> Se exv. Regeringskansliet, Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2011); prop. 2009/10:232 Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.

<sup>3</sup> Regeringskansliet, Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2011), s. 8.

<sup>4</sup> Enligt tilläggsdirektiv till Barnarättighetsutredningen (S 2013:08 i februari 2015, Dir 2015:17, ska utredningen lämna förslag till en lag om inkorporering av barnkonventionen.

<sup>5</sup> I 1 kap. 2 § Regeringsformen (1974:152, RF) anges att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och att allas frihet och värdighet ska respekteras. I bestämmelsens femte stycke anges att det allmänna ska särskilt verka för att barns rätt tas till vara. I fråga om insatser inom familje- och socialrätten, se bland annat rättighetskatalogen i 6 kap. 1 § Föräldrabalken samt målbestämmelserna i 1 kap. socialtjänstlagen (2001:453), 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt 1 kap. 6 och 8 §§ patientlagen (2014:821).

samhället och till sin familj uppmärksammas i frågor som rör barn och unga.<sup>6</sup> Detta innebär bland annat att barnrättsperspektivet bör ha en tydlig koppling till allmänna offentlighetsrättsliga bestämmelser som syftar till att tillvarata enskildas intressen vid all kontakt med myndigheter och verksamheter som utövar offentlig makt. Grundläggande principer om krav på delaktighet, integritetsskydd och rättssäkerhet vid beslut, behandling och vård ska också vara relevanta för barns situation och kunna tillämpas på beslut som rör barn och unga. Det innebär vidare att diskriminering och särbehandling av vissa barn utan sakskäl inte är tillåtet. I grundprinciperna om värdighet och respekt på lika villkor finns vidare en tydlig koppling till *grundläggande mänskliga rättigheter*. Denna koppling innefattar krav dels att utforma reglering som rör barn i överensstämmelse med barns rättigheter enligt de dokument som formulerar dessa rättigheter, dels att koppla den praktiska tillämpningen på myndighets- och verksamhetsnivå till dessa rättigheter. Med andra ord är det *både* fråga om vikten av att bistå barnet eller den unge när det gäller att tillvarata sina rättigheter *och* att se till att man som företrädare för ett offentligt organ inte agerar på ett sätt som strider mot barnets eller den unges rätt.

Det dokument som särskilt formulerar barns mänskliga rättigheter är FN:s konvention om barnets rättigheter, den så kallade barnkonventionen. Konventionen innehåller både allmänna rättigheter (för alla barn) och särskilda rättigheter (för barn i vissa situationer). Barnens rättighetslista spänner över ett brett fält, med allt från medborgerliga och politiska rättigheter till ekonomiska, sociala och kulturella sådana. Konventionen syftar till att synliggöra barns grundläggande rättigheter och uppmärksamma offentliga organ på skyldigheten att se till att dessa rättigheter och behov tillgodoses. Sverige har förbundit sig att följa konventionen genom att säkerställa att den nationella lagstiftningen stämmer överens med konventionen.<sup>7</sup> Grundläggande för ett barnrättsperspektiv är således att följa barnkonventionens artiklar och låta dess andemening prägla lagstiftning och tillämpning. Barns rättigheter kan inte realiseras utan materiella individuella rättigheter och ett förpliktande från det allmännas sida att arbeta för att förverkliga dessa rättigheter.<sup>8</sup> Det finns även andra konventioner än barnkonventionen som innehåller bestämmelser som rör barn och som också ska iaktas. Noteras bör särskilt

<sup>6</sup> Warnling-Nerep, W och Rohdin, A, Fallet E.S. – reflektioner kring barns behov av skydd för sin integritet, i Cederborg och Warnling-Nerep (red.) *Barnrätt. En antologi*, Norstedts juridik, 2014, s. 437.

<sup>7</sup> Detta tar sig bland annat uttryck i den familjerättsliga och socialrättsliga lagstiftningen, se Barnkonventionen och utlänningslagen (SOU 1996:115), Barnets bästa i främsta rummet. FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige (SOU 1997:116) samt Hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med rättigheterna i barnkonventionen – en kartläggning (Ds 2011:37). Hittills har Sverige ratificerat konventionen, d.v.s. landet har förbundit sig att följa konventionens innehåll och se till att lagar och förordningar inte strider mot någon artikel. Sedan barnkonventionen ratificerades har frågan om huruvida den svenska rätten överensstämmer med denna konvention varit föremål för utredning. För närvarande utreds frågan om konventionen ska bli svensk lag, med andra ord om den ska inkorporeras i svensk lag (Barnrättsutredningen (S 2013:08). Uppdraget ska redovisas den 4 mars 2015.) Den nuvarande regeringen har uttryckt att konventionen ska bli svensk lag.

<sup>8</sup> Jfr Gustafsson, H. *Rättens polyvalens. En rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet*, Göteborgs universitet, 2002, s. 231ff.

Europakonventionens bestämmelser, såsom artikel 8 som reglerar rätten till respekt för privat- och familjelivet och artikel 6 som rör rätten till en rättvis rättegång. En annan konvention är ILO-konventionen om förbud mot och omedelbara åtgärder för att avskaffa de värsta formerna av barnarbete. Barnets rättigheter uttrycks vidare i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Det finns även EU-rättslig reglering där barns rättigheter framkommer. Här kan särskilt nämnas Lissabonfördraget som trädde ikraft 2009. I artikel 3 i EU-fördraget anges att ett av unionens mål är att främja skyddet av barnets rättigheter. Genom Lissabonfördraget har Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna blivit rättsligt bindande. I stadgans 24:e artikel finns en särskild bestämmelse om barnets rättigheter som anger barns rätt att få komma till tals och att få påverka beslut som rör dem personligen i förhållande till deras ålder och mognad.

Ett barnrättsperspektiv aktualiserar också frågan vad en rättighetsreglering bör utgöras av, i allmänhet och i det specifika sammanhanget. Begreppen rättighetslag och skyldighetslag är vanligt förekommande begrepp i juridisk doktrin och i förarbeten. Det är emellertid inte helt klart vad begreppen egentligen står för. Man kan i vart fall konstatera att en offentlighetslag riktar sig till den enskilde. Denna typ av lagstiftning syftar vanligen att tala om för de enskilda vad de har rätt att kräva av det allmänna. En skyldighetslag, däremot, har som syfte till att ange för myndigheter vilka befogenheter och skyldigheter som de har i förhållande till enskilda.<sup>9</sup> Oavsett lagkonstruktion finns ett ömsesidigt förhållande mellan de två begreppen genom att en rättighet för den enskilde behöver motsvaras av en skyldighet för det allmänna för att ha någon praktisk innebörd, och att en skyldighet för det allmänna kan skapa individuella förmåner och rättigheter för individer. Såväl en rättighets- som en skyldighetslagstiftning innehåller också krav på rättssäkerhet för den enskilde. För så ingripande åtgärder som en tvångsreglering medger ställs mycket höga rättssäkerhetskrav.

I det följande kommer jag att behandla och utveckla dessa samt några ytterligare utgångspunkter för ett barnrättsperspektiv.

## 1.2 Barns rättigheter enligt Barnkonventionen

Konventionen är en vittomfattande rättighetsstadga för barn och innehåller såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Den innehåller fyra grundläggande principer som ska vara styrande för tolkningen av konventionens övriga artiklar. Det gör dem särskilt betydelsefulla när målet är att finna fram till ett barnrättsperspektiv. Principerna innefattar förbud mot diskriminering (artikel 2), barnets bästa i främsta rummet (artikel 3), rätten till liv och utveckling (artikel 6) samt rätten att få komma till tals (artikel 12). Dessa grundläggande rättigheter innebär att samtliga barn i Sverige har rätt att få ta del av sina rättigheter. Vidare ska barnets bästa beaktas vid alla beslut som berör barn. Målet för samhällliga insatser ska inte bara röra barnets överlevnad utan också hans eller hennes individuella utveckling. Slutligen innefattar grundprinciperna kravet att barnets åsikter ska få komma fram och visas respekt. De fyra

---

<sup>9</sup> SOU 1994:139, s. 299.



grundläggande principerna ska relateras till varandra och tillsammans forma en attityd till barn som man skulle kunna kalla konventionens barnrättssyn. Det innebär att dessa grundprinciper genomgående ska tillämpas av myndigheter och verksamheter i alla frågor som rör barn. De bör därför ges en särskild betoning vid en utformning av ett barnrättighetsperspektiv.

Utöver dessa grundprinciper innehåller barnkonventionen både civila och politiska rättigheter och ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Vissa av rättigheterna är generella och regleras även i andra centrala konventioner om mänskliga rättigheter. Det gäller exempelvis religionsfriheten, rätten till utbildning, rätten till en tillfredsställande levnadsstandard och rätten till bästa uppnåeliga hälsa. Andra rättigheter i barnkonventionen är sådana som är specifika för barn. Det rör barnets rätt till kontakt med sina föräldrar, rätt till omvårdnad för ett barn som berövats sin familjemiljö och barnets rätt till utbildning. Förutom artiklarna innehåller konventionen även tre fakultativa tilläggsprotokoll. Det första protokollet rör frågan om barns indragning i väpnade konflikter och anger att minimiåldern är 18 år för obligatorisk rekrytering. Det andra protokollet behandlar frågan om sexuell exploatering av barn, handel med barn, barnprostitution och barnpornografi. Det tredje protokollet är tämligen nytt<sup>10</sup> och behandlar barns klagorätt. Sverige har hittills ratificerat de två första fakultativa tilläggsprotokollen.

Såsom redan påpekats ska barnkonventionen med tillhörande dokument utgöra ett centralt element vid en analys av barnrättsperspektivets innebörd. Konkret bör detta – för det första – innebära en genomlysning av i vad mån lagens paragrafer och allmänna syfte harmonierar med konventionens principer och artiklar. För en barnrättslig tillämpning vid myndigheter och domstolar behövs, för det andra, tillräcklig kunskap hos tillämpare om konventionens innehåll och arbetsmetoder för att kunna åstadkomma en reell förändring i praktiken. Slutligen ter det sig lämpligt att överväga en rättighetslista (motsvarande konstruktionen i 6 kap. 1 § Föräldrabalken [1949:381]) vid en översyn av en lag eller vid nyttillkommen reglering, vars syfte primärt är att tydliggöra för såväl barn som tillämpare om centrala rättigheter i ifrågasatt reglering.

### 1.3 Rättighetslagstiftning

För att få en grundläggande förståelse för begreppet rättighetslag är det nödvändigt att kort nämna något om rättighetsbegreppet som ett juridiskt begrepp. Hur denna term ska definieras har diskuterats inom den juridiska doktrinen inom olika rättsområden. Jag kommer att begränsa framställningen till några huvuddrag som brukar framhållas inom den socialrättsliga doktrinen, till vilken tvångsvården av barn och unga hör.

Inledningsvis kan man konstatera att inom den offentligrättsliga regleringen särskiljs traditionellt relationen mellan stat och individ från den rättsliga relation som råder mellan två individer. Det anses därför vara relevant att göra en distinktion mellan offentligrättsliga och civilrättsliga rättigheter. En annan vanlig

<sup>10</sup> Det tredje protokollet om en klagorättsprocedur beslutades av FN:s generalförsamling den 2 november 2011 och öppnades för signering den 28 februari 2012.

uppfattning är, vidare, att det inte är tillräckligt om en förmån formellt benämns som en rättighet i lagtext eller motiv. Rättighetsbegreppet i sig självt kan med andra ord sägas sakna en bestämd mening.<sup>11</sup> En rättighetslagstiftning tillkommer istället genom att vissa förutsättningar är uppfyllda. Här brukar traditionellt uppställas följande krav i doktrin: att den enskilde är garanterad en allsidig prövning av det beslutande organet, att villkoren för rättigheten är klar och preciserad i lagtexten och att individen har reell möjlighet att utkräva sin rättighet.<sup>12</sup>

Dessa grundläggande förutsättningar för rättighetsbegreppet är fortfarande allmängiltiga och bör i princip ingå i en rättighetsreglering. I och med den alltmer rättighetsbaserade syn som kommit att präglade den svenska rätten under de två senaste decennierna, bland annat präglad av de dokument som anger enskildas mänskliga rättigheter, kan dock diskuteras på vilka sätt som en sådan reglering kan behöva anpassas till de individer som ska kunna åberopa och utkräva rättigheten. Eftersom de mänskliga rättigheterna och grundläggande fri- och rättigheterna inte kan realiseras utan materiella individuella rättigheter – med motsvarande förpliktelser från de allmännas sida – krävs en lagkonstruktion som är funktionell till den grupp som lagen riktar sig till. Det innebär inledningsvis att rättigheten är formulerad i den aktuella lagtexten. Därefter är det väsentligt att undersöka de reella förutsättningarna för att gruppen/individen ska kunna erhålla den aktuella rättigheten, det vill säga att rättighetsregleringen verkligen har den inverkan som är målet, generellt sett och i det enskilda fallet. För att kunna göra sina rättigheter gällande krävs exempelvis att man kan göra sin röst hörd med rättslig verkan.<sup>13</sup> Barn tillhör en grupp som har en särskilt utsatt position i rättighetssammanhang och som därför ofta behöver rättsligt stöd att kunna tillgodogöra sig sina rättigheter. Detta inte minst eftersom de inte erhåller någon generell rättslig handlingsförmåga förrän vid 18 års ålder, utan står under föräldrars vårdnadsutövande och förmynderskap. Problemet är alltså att även om vi erkänner barn som rättighetsinnehavare kan de ha stora svårigheter att utkräva eller erhålla sina rättigheter i praktiken. Ställföreträdare och ombud för barnet i olika former och situationer är därför ofta centrala för att förverkliga barns rätt i praktiken. Hänsyn behöver också tas till andra väsentliga omständigheter för att kunna

<sup>11</sup> Se exempelvis Westerhäll, L, *Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten. Tidskrift för rettsvetenskap*, 1986, s. 644-646.

<sup>12</sup> Se exempelvis Eek, H, *Socialrätt*. Helsingfors 1954, s. 78-79; Bramstång, G, *Sociallagstiftningen. En kommentar*, Stockholm 1985, s. 71; Westerhäll, L, *Den svenska socialrätten*, Norstedts förlag 1990; Gustafsson, H, *Rättens polyvalens - En rettsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet*, Lunds universitet 2002; Lind, A-S, *Sociala rättigheter i förändring. En konstitutionellrättslig studie*, Uppsala universitet 2010. I statliga utredningsarbeten har begreppet indirekta rättigheter införts för hälso- och sjukvårdens område. Den nya patientlagen anses innehålla endast indirekta rättigheter och förmåner för patienterna vilka inte är utkrävbara i domstol, se särskilt SOU 2013:2 Patientlag, s. 20. Lagen innehåller inte utkrävbara rättigheter i den meningen att beslut som fattas inom vården kan överprövas av domstol. Det innebär att lagar och förordningar på hälso- och sjukvårdens område definierar skyldigheter för vårdens huvudmän, vårdgivare och anställda och vissa – icke utkrävbara – rättigheter för patienterna.

<sup>13</sup> Fridström Montoya, R, *Leva som andra genom ställföreträdare – en rättslig och faktisk paradox*, Iustus förlag 2015, s. 177.

förverkliga barnets rättigheter i det enskilda fallet, såsom kommunikationssvårigheter, funktionshinder, anpassat språkbruk samt att personal förenar professionellt handlande med hänsyn till barnet ifråga. Ett barnrättsperspektiv bör således fokusera *differentierade och anpassade former* för att på bästa och mest effektiva sätt försöka förverkliga utsatta barns rättigheter i praktiken.<sup>14</sup>

En rättighetslagstiftning ställer vanligen höga krav på enskildas rättssäkerhet. En utgångspunkt är här att lagens materiella förutsättningar ska vara preciserade och tydligt utformade, liksom lagens innehåll i övrigt framgå klart. Tanken är att ju mer preciserad en rättighet är, desto lättare är det för myndigheten att göra en allsidig och hållbar prövning och därigenom optimera förutsättningarna för likabehandling och förutsebarhet. Det är också väsentligt att den enskilde kan förutse rättighetens existens och innehåll. Utan kunskap vilka rättigheter personen har och vad dessa innebär är det förstas omöjligt att utkräva dessa själv. Den enskilde ska vidare garanteras en allsidig prövning (inklusive en möjlighet till överprövning) avseende både rättighetens förutsättningar och innehåll.<sup>15</sup>

Rättssäkerhetsbegreppet används på flera sätt. De krav som uppställts på rättighetskonstruktionen i doktrinen som avser främst att skydda den formella rättssäkerheten och brukar betecknas som den ”traditionella” tolkningen av begreppet.<sup>16</sup> Formell rättssäkerhet handlar om förutsebarhet och likabehandling i lagstiftning och tillämpning samt om kontrollerbarhet av desamma. En central förutsättning för den formella rättssäkerheten är legalitet, det vill säga att maktutövning sker i enlighet med lagstiftningen samt att denna lagstiftning är tydlig. Förutsebarhet ställer också krav på det allmännas agerande, närmare bestämt att den agerar opartiskt vid varje ärendehandläggning och beslut.

Ett vidare rättssäkerhetsbegrepp innefattar även den offentliga maktens omsorg om att lagstiftning som kan skydda medborgarnas rättigheter skapas och tillämpas. Detta vidare begrepp, den materiella rättssäkerheten, utgår från att det finns vissa målsättningar som ska uppnås med hjälp av det allmänna och fokuserar på innehållet i de beslut som fattas. Det kan röra sig om att beslut är rättvisa eller att beslut leder till att alla får det ”lika bra”. Det handlar med andra om en *likvärdig behandling*. Medan lika behandling utgår från antagandet att alla individer faktiskt har samma eller lika möjligheter att agera, utgår likvärdig behandling från de förhållanden och förmågor som villkorar varje människas möjligheter här och nu.<sup>17</sup> Likvärdighet bygger ytterst på omtanke och respekt för den enskildes människovärde, vilket tar sig uttryck i att som personal eller beslutfattare anpassa sig till den person man möter, dennes behov och förutsättningar. För det allmännas

<sup>14</sup> Jfr Mattsson, T, National Ombudsman for the Elderly: A solution for a more responsive welfare state? *Reifaerd* 36 2013 nr 3/142 s. 9-26, s. 20f.

<sup>15</sup> Se exempelvis Westerhäll, L, Juridiken och rättigheterna, *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 1 1995 s 78 och Mattsson, T, *Barnet och rättsprocessen*, s. 29f.

<sup>16</sup> Zila, J, Om rättssäkerhet, *SvJT* 1990, s. 284-305, s. 285-287.

<sup>17</sup> Brodin, H och Mattsson, T, Lägst ner på skalan? Hälso- och sjukvårdens bemötande av äldre kvinnor som migrerat till Sverige, i *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 3-4, 2014, s. 372-398, s. 387.

verksamhet som rör barn är det centralt att ta hänsyn såväl till barns begränsade faktiska och/eller rättsliga förmågor i allmänhet som till varje barns specifika situation och utsatthet. Den materiella rättssäkerheten har visat sig svår att konkretisera och kontrollera i praktiken.<sup>18</sup> Detta till trots brukar krav uppställas på såväl formell som materiell rättssäkerhet inom socialrätten, till vilken tvångsvården hör.<sup>19</sup> När det gäller barn blir båda beståndsdelarna av rättssäkerhetskravet väsentligt att betona, då barn är personer med ingen eller begränsad egen handlingsförmåga att tillvarata sina behov och intressen. De behöver därför ett särskilt noggrant utformat skyddsnät för att ha ett fullgott rättsskydd. Det finns alltså en tydlig koppling till barnets utsatthet och behovet av rättssäkra former för förebyggande arbete, beslut, vård och eftervård.

Vad man sammantaget kan konstatera är att en rättighetslagstiftning – på ett mer eller mindre uttalat sätt – utgår från enskildas individuella rättigheter och att dessa rättigheters förutsättningar och innehåll är preciserade i lagen. I fråga om rättigheter som omfattar beslutsoförmögna personer, såsom barn, behöver det konkreta realiserandet av rättigheten framgå av regleringen. En sådan utveckling är i linje med de reformer som hittills företagits där vissa rättigheter har reglerats, såsom rätten att få komma till tals för barn som är föremål för insatser av socialtjänsten. En fortsatt utveckling i sociallagarna kan innefatta att lagtexten uttrycker att barn har rätt till skydd och förändrade förhållanden vid allvarliga missförhållanden i hemmet (oavsett vårdnadshavarens samtycke).<sup>20</sup> Dylika uttryck för barns rätt till drägliga uppväxtvillkor synliggör och tydliggör att barnet är ett eget rättssubjekt med egna rättigheter.

En rättighetsreglering bör uppställa krav på utkrävbarhet. För att återkoppla till den tidigare diskussionen kan man notera att ett konkret sätt är att i lag ange tillräckliga reella medel. Dessa medel kan bestå dels av konkreta rättsinstitut som syftar till att tillhandahålla en rättighet (såsom i fråga om samhällsvård: flyttningsförbud, mellantvång och beredande av vård med stöd av LVU), dels av processuella medel

---

<sup>18</sup> Fyra sätt att analysera rättssäkerheten i socialrättsliga beslut har föreslagits i nordisk doktrin, se Kjönstad, A, Översikt över lov om sociale tjenester og grunnprinsipper i sosialretten, i Kjönstad, Bernt, Kjellvold och Hove, *Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barnevernloven*, 2:a uppl, Bergen 2000, s. 49-51. Det första sättet är att studera i vilken mån de materiella reglerna är utformade så att de blir enkla att tillämpa och inte ger uttryck för godtycklighet. Dessa regler ska skapa en tydlig och översiktlig lagtext. Det andra sättet att undersöka rättssäkerhet är att studera de processuella reglerna. Regler som möjliggör insyn in, kommunikation under och representation av en jurist eller annan person under den rättsliga processen skapar trygga förutsättningar för den enskilde. Ett tredje sätt att utreda graden av rättssäkerhet är att undersöka om det beslutande organet består av kompetenta personer med både god fackkunskap och tillräcklig juridisk kunskap. Slutligen fastställs rättssäkerhet genom att man undersöker om det finns möjlighet till överprövning av beslutet och om andra organ utöver tillsyn.

<sup>19</sup> Se bl.a. Vahne Westerhäll, L, *Rättssäkerhetsfrågor inom socialpolitiken*. Norstedts juridik, 2002 samt Vahne Westerhäll, L, *Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000*. Norstedts juridik, 2004. Se även Gustafsson 2002.

<sup>20</sup> Det finns flera rättsfall i Europadomstolen där de sociala myndigheternas passivitet att omhänderta barn som haft allvarliga missförhållanden i hemmet ansetts vara ett brott mot artikel 3 i Europakonventionen. Artikelns stadgar att "Ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning".

att hävda sin rätt (såsom exempelvis rätten att överklaga ett beslut att bli omhändertagen). Det finns möjligen anledning att överväga ytterligare möjligheter att stärka barns rätt inom samhällsvården. Detta gäller inte minst i fråga om barns behov av att kunna initiera en prövning av sitt vårdbehov. Idag krävs i princip att socialnämnden eller vårdnadshavaren initierar denna fråga. En ytterligare möjlighet vore att skapa utökade förutsättningar för barnen själva att göra en anmälan om sin situation, alternativt att ge ett ombud (tillsyn, BO etc) ökade möjligheter att agera å barnets vägnar.<sup>21</sup> För den som är missnöjd med ett beslut ska därutöver finnas möjlighet att få en omprövning respektive överprövning i tillämpliga fall.

Redan idag innehåller LVU generösa möjligheter att överklaga beslut som rör barnet i samband med frågan om vård ska genomföras med stöd av lagen och under vårdtiden. Som kommer att behandlas vidare nedan (avsnitt 2.3.1) har också barnets möjligheter att utkräva vård, alternativt motsätta sig vård, vid en överklagande stärkts genom rättspraxis under de senaste tio åren. Denna utveckling har kunnat ske genom att ställföreträdarinstitutet har preciserats genom att stärka både barnets och ställföreträdarens möjligheter att agera för att tillvarata barnets rätt. Denna utveckling är lovvärd och i linje med det rättighetsbaserade synsättet. Genom att ställföreträdaren kan agera i samklang med barnets rätt och vilja optimeras sannolikt barnets möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda. Det är troligen en mer tilltalande utveckling än en generell sänkning av processbehörighetsåldern, vilket kan föranleda andra problem.<sup>22</sup> Situationer som fortfarande skapar särsosäkerhet för barn är dels de regler som hindrar vissa barn att överklaga de särskilda befogenheterna vid placering i sådana hem som Statens institutionsstyrelse driver på grund av sin ålder, dels de regler som skapar risk för avbruten vård på grund av vårdnadshavarens möjligheter att återkommande överklaga barnets vårdbehov trots att nya omständigheter inte har uppkommit.

#### 1.4 Barns generella och specifika utsatthet

Barn är generellt sett en särskilt utsatt grupp i samhället som kan ha svårigheter att få sina rättigheter tillgodosedda. De kan sällan utkräva sina rättigheter själva utan behöver vuxnas aktiva insatser för detta. Rätten kräver vanligen att en person är 18 år för att kunna rättshandla och agera självständigt i förhållande till myndigheter och andra verksamheter. Det är i stället vanligen vårdnadshavarna som får agera för barnets vidkommande respektive samtycka till (eller vägra) insatser och andra förändringar i barnets tillvaro. Även om socialtjänstlagen medger ökade möjligheter för den unge att kunna påverka sin situation från 15 års ålder kvarstår föräldrarnas legala bestämmanderätt i egenskap av vårdnadshavare i flera frågor och kan i princip begränsas endast med tvångsvårdsinsatser.

Föräldrabalkens reglering, innebärande vårdnadshavarens betydande roll som ställföreträdare för barnet fram till barnets 18-årsdag, grundas på förutsättningen att

<sup>21</sup> Se vidare exempelvis Arrhenius, L och Schultz, M, En förstärkt barnombudsman, i Cederborg och Warnling-Nerep (red.) *Barnrätt. En antologi*, Norstedts juridik 2013, s. 55ff.

<sup>22</sup> Se Barnskyddsutredningens diskussion, där bl a risken för ökat ansvar för barn och sänkt straffbarhetsålder behandlas. Ställföreträdarens roll skulle emellertid behöva preciseras i någon form för att säkerställa barnets rätt och kompetenskrav på vederbörande övervägas.

föräldern stödjer barnet i sin utveckling och uppväxt på bästa sätt och själv agerar (kravlöst) utifrån det individuella barnets behov och intressen. Denna förutsättning är vanligen väl grundad. De flesta föräldrar har sina barns bästa för ögonen och försöker säkerställa en trygg och meningsfull uppväxt för dem. I några fall erhåller emellertid barn inte det stöd och skydd från sina vårdnadshavare som lagstiftningen förutsätter. Det kan bero på en mängd olika skäl (frånvaro, sjukdom, oförmåga etc.). I sådana situationer är grundregleringen i Föräldrabalken tämligen verkningslös för barnet, som ju i princip är beroende av sina vårdnadshavare för att få de personliga behoven och intressena tillgodosedda. Den föräldrarättsliga regleringen skapar på detta sätt en utsatt position för barnet. Denna utsatthet i egenskap av omyndig och begränsad i sin förmåga att hävda sina rättigheter måste särskilt beaktas i ett barnrättsperspektiv. Utsattheten kan givetvis variera i olika åldrar och situationer, och den behöver därför undersökas och bedömas från barn till barn och från fall till fall.

Den familjerättsliga regleringen tillgodoser inte heller skydd för de barn som i ökat antal når Sveriges gränser utan en vårdnadshavare. Under 2000-talet har det skett en konstant ökning av antalet ensamkommande barn till Sverige. År 2002 beräknade Migrationsverket att 550 barn anlände till Sverige utan någon vuxen som kunde sörja för barnets välbefinnande.<sup>23</sup> År 2014 hade antalet barn ökat till cirka 6000 barn. I diskussionen om hälsa och välbefinnande bland dessa och andra invandrar- och flyktingbarn och om barns bästa inom lagstiftning och praxis i Sverige som ett mångkulturellt samhälle behöver inte bara dessa barns självklara utsatthet som ensamkommande påpekas. Den familjestruktur som sedan länge har präglat västerländska modeller, inklusive den svenska, sätter en avgörande betoning på vårdnadshavarens roll – i form av rättigheter och skyldigheter – för barnets välbefinnande. I avsaknad av närvarande vårdnadshavare blir konsekvensen att dessa barnet får en särskilt utsatt position i förhållande till andra barn.

Ytterligare en utgångspunkt i förståelsen av utsatthet är att utsatthet är ett universellt fenomen. Fineman hävdar i sin teori om utsatthet (*vulnerability theory*) att innebörden av att vara människa är utsatthet.<sup>24</sup> Det inträffar återkommande personliga situationer i människors liv vilka får till konsekvens att vederbörande upplever utsatthet. Alla kan drabbas av sjukdom, skada, arbetslöshet, svår sorg eller andra skyddsbehövande situationer. Även som barn är alla inledningsvis totalt beroende av andra människor omkring sig. Vidare kan man konstatera att människans utsatthet påverkas inte endast av de personliga förutsättningarna under hennes liv – såsom skydds- eller vårdbehövande under vissa livsstadier såsom sjukdom och ålderdom – utan också av de rättsliga och institutionella förutsättningarna som kan variera i tid och rum.<sup>25</sup> Genom en förändrad reglering

---

<sup>23</sup> SOU 2011:64, s. 27.

<sup>24</sup> Fineman, M. (2008). The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition. *Yale Law Journal of Law & Feminism*, 20 (1).

<sup>25</sup> Ett exempel på ett sådant organisatoriskt och professionellt hanterande av offentliga tjänster och service för allmänheten är införandet av digitala kontaktvägar med myndigheter. Även om syftet med utvecklingen är att skapa snabbare, mer tillgängliga och enkla kontaktvägar med myndigheter kan det, samtidigt, skapa negativa följder för

och/eller tillämpning kan graden av utsatthet generellt sett förändras. Därför är det väsentligt att *undersöka om de reella förutsättningarna för att samhällsinsatser för barn och unga verkligen har den inverkan som är målet*, generellt sett och i det enskilda fallet. Ett exempel på hur de rättsliga förutsättningarna kan skapa ytterligare utsatthet är den delen av överklaganderätten i 41 § LVU som rör vårdnadshavarens befogenheter att överklaga beslut som rör sitt placerade barn. Denna överklaganderätt innefattar möjligheten att kontinuerligt överklaga placeringen av sitt barn utan förändrade sakomständigheter. För de barn vars placering präglas av kontinuerliga rättsprocesser är risken stor att de upplever otrygghet i vården. Stabiliteten rubbas och framtiden blir oförutsebar då vårdbehov och vårdplan ständigt ifrågasätts.

Utgångspunkten är alltså att barn har en utsatt position *både* som grupp *och* som individ. Genom att försöka anta barnets perspektiv kan man skapa viss klarhet i omfattningen av dessa typer av utsatthet. Det kan skilja sig väsentligt från vuxnas situation. Exempelvis kan man konstatera att utsattheten för ett tvångsvårdat barn generellt sett inte behöver vara större än för ett barn som vårdas på frivilliga grunder. Själva tvångsvården behöver med andra ord inte föranleda ytterligare utsatthet (till skillnad från tvångsvård av vuxna, där tvångsinsatser i princip alltid anses vara ett ingrepp i den privata sfären som föranleder utsatthet). Barn har på grund av sin omyndighet redan från början ett beroende till de vuxna som ansvarar och beslutar för henne eller honom, såsom föräldrar, skolpersonal och personal på vårdinrättningar. Särskilt påtaglig blir denna utsatthet för de mindre barnen, där barnets eget handlingsutrymme vanligen är mycket begränsat och där barnet har små möjligheter att uttrycka sin åsikt och berätta om sin situation. Oavsett om vårdnadshavarens föresatser här är mycket goda, exempelvis vid en placering av barnet på förskola eller inom den frivilliga barn- och ungdomsvården, är barnet beroende av de enskilda förhållandena i den aktuella kommunen. Det är med andra ord hanterandet vid varje enskild välfärdsinstitution som styr barnets individuella utsatthet under vistelsen där, och inte i första hand själva vårdformen. 'Frivillighetsdraget' till trots kan barnet hamna i en mycket stor utsatthet.<sup>26</sup> Utsatthet uppkommer när de rättsliga och organisatoriska förhållandena i den enskilda verksamheten inte är tillräckliga, och det enskilda barnets reella situation inte tillräckligt beaktats. Det sagda innebär att en *bärande beståndsdel* i ett barnrättsperspektiv behöver innefatta *en analys av vilken utsatthet, eller risker för reell utsatthet, som barn och unga kan åsamkas vid olika insatser och ingripanden*

---

människor som saknar tillgång till internet, såsom vissa äldre, boende på landsbygden där internet är svårtillgängligt etc. Om inverkan blir negativ för dessa människors möjligheter att kontakta myndigheter för att erhålla hjälp med någon insats har den rättsliga och institutionella strukturen skapat en utsatthet (vilket självklart inte var syftet med förändringarna).

<sup>26</sup> Ett aktuellt exempel är de barn som blev utsatta för sexuella övergrepp av en förskolepersonal som under 2014 och som blev föremål för stor uppmärksamhet i media. Dessa barn hamnade i en ytterst skyddslös och utsatt situation på en förskola under sin vistelse där, trots vårdnadshavarens samtycke till placeringen. Ett annat exempel är de barn som samhällsvårdats under 1900-talet där Vanvårdsutredningen kunnat konstatera att vissa barn – frivilligt såväl som tvångsvis placerade – utsatts för allvarliga övergrepp genom åren.



*av det allmänna, samt vilka insatser som kan förebygga barnets utsatthet genom rättslig reglering eller förändrad praktik.*

### 1.5 Delaktighet som en del av integritetsskyddet

Såsom vi redan konstaterat är barnets utsatthet nära kopplat till barnets behov av rättstrygghet och integritetsskydd. En utgångspunkt vid all myndighetskontakt med barn i frågor som rör dem personligen är, som påpekats tidigare, kravet på rättsäkerhet vid handläggning och verkställighet av beslut.<sup>27</sup> Rättsäkerhetskravet ska gälla alla barn som kommer i kontakt med svenska myndigheter respektive andra organ som utför förvaltningsuppgifter enligt lag. Vid bedömningen av barns rättsliga skydd är det emellertid också centralt att analysera i vad mån det föreligger ett fullgott integritetsskydd för barnet och möjlighet att delta inför beslut som rör barnet personligen. Kravet på integritetsskydd genom delaktighet härrör från grundtanken att barn är fullvärdiga individer med rätt att bli behandlade med samma värdighet och respekt som vuxna personer. Detta integritetsskydd tar sig tydligt uttryck i lagstiftarens betoning på barns behov av *delaktighet* av det informationsflöde som råder rörande barnet i mål och ärenden som rör barnet personligen. Integritetsskydd handlar i en sådan betydelse om rätten till informationsutbyte och skyddet för densamma, det vill säga rätten att få information, att få lämna information och att känsliga uppgifter skyddas från insyn. Det har visat sig vara ett användbart sätt att undersöka barns integritetsskydd vid myndighetskontakt.<sup>28</sup> I vilken utsträckning bör barnet vara inkopplat i handläggningen av sitt ärende och sin vård/skolgång m.m., hur mycket information bör barnet få tillgång till, hur ska det ske, och ska barnet ges möjligheter att få lämna synpunkter på informationen? I vad mån bör barnets vilja, önskemål och känslor utredas? Vem får tillgång till uppgifter som barnet lämnar och vilka konsekvenser kan det få? Dyliga frågor är betydelsefulla i ärenden som rör barn och poängteras i ökande utsträckning såväl i vår civilrättsliga som i vår offentlighetslagstiftning.<sup>29</sup> Omfattningen av barnens delaktighet kan få varierade beroende av beslutstyp, vårdform, ålder och mognad.

En tendens i svensk offentlighetslagstiftning är stadigt ökade krav från lagstiftaren att informationsflödet är uppmärksammat och tillgodosett i varje enskilt fall. Kravet på barnets delaktighet är emellertid inte begränsat till myndighets- och verksamhetsbeslut som rör barn utan innefattar även mer vardagliga situationer och samtal. Barnets integritetsskydd ska alltså innefatta även verkställigheten av vården, och röra både små och stora frågor/ämnen i vardagen.

---

<sup>27</sup> Mattsson, T, Barnet och rättsprocessen. Rättsäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med tvångsvård, Akademiförlaget Lund, 2002.

<sup>28</sup> Inom förvaltningsrätten benämns detta vanligen kommuniseringsprincipen och är en grundläggande rättsäkerhetsaspekt. Anledningen att jag behandlar den särskilt här är att kommuniseringsbestämmelserna i de allmänna förvaltningsprocessuella lagarna kräver handlingskapacitet, vilket barn ofta saknar. Lagstiftningen har därför kommit att specialreglera detta område inom den speciella förvaltningsrätten, till vilken stora delar av verksamhet rörande barn, såsom socialtjänsten och skolverksamheten hör.

<sup>29</sup> Mattsson, T, Barn som subjekt och aktör. En rättslig studie om barn i familjehem, Iustus förlag, 2006, s. 72f.



Medan principen om barnets bästa sedan länge upplevts som självskriven i svensk rätt och praxis, har delaktighetsprincipen varit trögare att konkretisera i reglering och praktik.<sup>30</sup> I dag är vi emellertid på god väg inom flera områden. För barns delaktighet i allmänhet talar flera grundläggande värderingar i samhället, som demokrati, rättssäkerhet och skydd för individens integritet. Bortsett från detta anses delaktighet ofta vara ett verktyg för utveckling. Att barn och ungdomar respekteras och lyssnas på är tänkt att gynna deras utveckling och även att gynna samhället, genom att ge kunskap om deras levnadsvillkor. Viktigt är dock att delaktigheten ger möjligheter för barnet att göra verkliga val. Det innebär att varje profession nog måste undersöka *förutsättningarna för reell delaktighet* i sitt beslutsfattande. Felaktiga föreställningar om delaktighet kan i stället innebära kränkningar av barns rättigheter och intressen. För vissa barn kan delaktighet vara särskilt problematiskt. Det kan bero på en funktionsnedsättning, språksvårigheter, ålder eller andra hinder för delaktighet. Barn inom den sociala barn- och ungdomsvården anses ha en extra utsatthet som gör det särskilt viktigt att stödja en utveckling som garanterar dem rätt till inflytande och information.<sup>31</sup>

Det finns anledning att markera vikten av att *informationsflödet till barnet behöver anpassas* för att barnet ska kunna tillgodogöra sig informationen och vara reellt delaktiga. Det innefattar bland annat en lagtextutformning som är pedagogisk och lättillgänglig. Information som ges till det enskilda barnet i samband med myndighetskontakt etc. ska innehålla all den information som denne rimligtvis kan behöva känna till, och informationen ska ges på ett enkelt och tydligt språk. Informationen bör med andra ord i allmänhet ske med både ett anpassat muntligt språkbruk och ett lättläst skriftligt språk och i övrigt anpassas till barnets ålder och förutsättningar i övrigt.<sup>32</sup> Detta bör framgå i anvisningar till de professioner som ska möta barnen, inklusive beslutsfattare som skriver beslut som rör barnen. Beslut bör, om möjligt, vara författade på ett sådant sätt att dessa kan få tillgodogöra sig dem vid tillfället för beslutet eller senare under sin uppväxt, gärna tillsammans med annan vuxen.<sup>33</sup>

## 1.6 Slutsatser

Det finns ett antal centrala aspekter som särskilt bör beaktas vid en diskussion om ett stärkt barnrättsperspektiv. En sådan utgångspunkt är de fyra grundläggande principerna i Barnkonventionen (förbud mot diskriminering, barnets bästa i främsta rummet, rätten till liv och utveckling samt rätten att få komma till tals). Konventionens centrala betydelse för ett barnrättsligt perspektiv innebär vidare att *lagens paragrafer och allmänna syfte ska harmoniera med konventionens principer och artiklar*. En så kallad *rättighetslista* i den enskilda lagen kan tydliggöra för såväl barn som tillämpare om centrala rättigheter för ifrågavarande reglering.

<sup>30</sup> Mattsson, T, Delaktighet i vård, omsorg och forskning. Barns beslutsförmågan i relation till ålder, mognad och hälsa. I: *Tvångsvård ur ett juridiskt perspektiv. Institutionsvård i Fokus*, Stockholm: Statens institutionsstyrelse, 2014, s. 76.

<sup>31</sup> Prop. 2006/07:129, s. 34.

<sup>32</sup> Jfr Lättläst 2013:58, s. 44 och 48f.

<sup>33</sup> Jfr Mattsson 2002.

För att kunna benämna en reglering en rättighetslag bör följande krav vara uppfyllda: att den enskilde är garanterad en allsidig prövning av det beslutande organet, att villkoren för rättigheterna är klar och preciserad i lagtexten och att individen har reell möjlighet att utkräva sina rättigheter. Att beakta här är att barn har en utsatt position både som grupp och som individer. I rättighetssammanhang blir denna utsatthet kanske särskilt påtaglig, eftersom barn inte erhåller någon generell rättslig handlingsförmåga förrän vid 18 års ålder och därför har mycket begränsade möjligheter att utkräva sin rätt. Samtidigt uppställer allmänna rättsprinciper att barn har lika värde som vuxna och ska behandlas på lika villkor. Barns rättigheter behöver därför vanligen tillvaratas av annan vuxen person. *Ställföreträdare och ombud för barnet i olika former och situationer* är av denna anledning centrala för att förverkliga barns rätt i praktiken. I uppgiften att tillgodose barns rättigheter bör utgångspunkten vara berörda myndigheters ansvar att uppfylla barnens rättigheter (inklusive vårdnadshavarens skyldigheter enligt Föräldrabalken). Ett barnrättighetsperspektiv bör fokusera *differentierade former* för att på bästa och mest effektiva sätt försöka förverkliga barns rättigheter i praktiken. Det innefattar också ett *aktiv förhållningssätt i regleringssammanhang och i det praktiska arbetet för berörda myndigheter*. Åtgärder för att motverka barns utsatthet kan vidare innebära att *insatser kan vara tidiga men av mindre ingripande natur* även i en tvångslagstiftning. Genom uttalade krav på en rättighet kopplas enskildas rättigheter även till rättssäkerhetsbegreppet, det vill säga att en rättighetslagstiftning ställer *höga krav på enskildas rättssäkerhet*. Barnets utsatthet är härigenom nära kopplat till barnets behov av rättstrygghet, integritetsskydd och likvärdig behandling. Likvärdighet innebär i praktiken att som personal eller beslutfattare anpassa sig till den person man möter, dennes behov och förutsättningar. Såväl rättssäkerhetskravet som behovet av integritetsskydd tar sig tydligt uttryck i lagstiftarens betoning på barns behov av *delaktighet* av det informationsflöde som råder rörande barnet i mål och ärenden som rör barnet personligen. Det finns här anledning att markera vikten av att *informationsflödet till barnet behöver anpassas* för att barnet ska kunna tillgodogöra sig informationen och vara reellt delaktiga.

Möjliga kännetecken i rättslig reglering som bör återspegla en barnrättslig reglering blir med ett sådant förhållningssätt som redovisats ovan

*(1) tydligt och pedagogiskt i lagen uttryckta rättigheter för barn i fråga om den aktuella verksamheten (gärna där viss kvalitetsnivå på rättigheterna anges),*

*(2) tydliga anvisningar hur, i vilka former, för vem och under vilka förutsättningar dessa rättigheter ska tillgodoses (såväl materiellt som processuellt) och*

*(3) tydliga anvisningar hur det ska bedömas, följas upp och kontrolleras att verksamheter (myndigheter, domstolar, familjehem, institutioner etc) tillgodoser barnets rättigheter enligt ifrågakavande reglering.*

För en reell förändring i praktiken krävs dessutom *kompetensstöd* (tillräcklig och aktuell kunskap om rättsläget inkl specialistkompetens), *implementeringsstöd* och *aktuella rutiner* som uppdateras regelbundet om det förebyggande, beslutande,

vårdande och eftervårdsbehandlade delarna av arbetet. Det är alltså fråga om en ömsesidig utveckling av lagreglering/annat författningsstöd, en kunnig och kompetent verksamhet med resurser och stöd att förverkliga regelverket i praktiken samt utvecklade rutiner för uppföljning, återkoppling och tillsyn för att kvalitetssäkra verksamheten utifrån (bland annat) ett barnrättsligt perspektiv.

Forskning inom barnrätten visar tydliga orossignaler att lagstiftningsåtgärder för barn ofta inte får den effekt som varit avsedd. Det kan därför inte nog understrykas vikten av stöd till och uppföljning av praktiken för att kunna skapa förutsättningar för en reell förstärkning av ett barnrättsligt förhållningssätt från första kontakten av ett barn och genom utredningsförfarande och insatser för att skapa en god kvalitet i arbetet. En förutsättning är då givetvis att lag och författningsstöd med tillräcklig tydlighet och precision anger kvalitetsnivåer på den vård och omsorg som ska tillhandahållas, och skapar konkreta processuella och materiella medel för att förverkliga barnens rätt. Här har särskilt berörda myndigheter på nationell nivå ett stort ansvar.

## 2. Ett stärkt barnrättsperspektiv i tvångsvården

Hitills har resonemanget rörande innebörden och innehållet i ett barnrättsperspektiv angett vissa allmänna riktlinjer som bör iaktas inom socialrättslig lagstiftning som rör barn. Vad kan då ett stärkt barnrättsperspektiv i tvångsvården i synnerhet innebära? Vilka olika perspektiv kan urskiljas när det gäller barns rätt i tvångsvårdssammanhang? Och: Vilka åtgärder har hittills företagits?

### 2.1 Redan företagna åtgärder

Under de senaste åren har den sociala barn- och ungdomsvårdslagstiftningen redan genomgått en hel del förändringar i syfte att utveckla ett ökat barnskyddsperspektiv med rättighetsinslag. I linje med det sagda har man särskilt arbetat för att barn och unga i högre utsträckning än tidigare ska ges rätt att komma till tals och vara delaktiga. En rättighetsreglering förutsätter enskildas möjligheter till delaktighet i någon form. I september 2012 överlämnade regeringen propositionen *Stärkt stöd och skydd för barn och unga* till riksdagen.<sup>34</sup> Bestämmelserna baserades på förslagen i Barnskyddsutredningens betänkande *Lag om stöd och skydd för barn och unga*.<sup>35</sup> I propositionen föreslogs att barnrättsperspektivet skulle stärkas på olika sätt i befintliga lagar. Detta skulle bland annat ske genom att socialnämnden utser en särskild socialsekreterare för barn som placeras utanför det egna hemmet, som får till uppgift att följa och ansvara för kontakterna med barnet. Vidare föreslogs att anmälningsskyldigheten skulle förtydligades och att reglerna rörande barns delaktighet skulle stärkas. Förslaget antogs och trädde i kraft den 1 januari 2013.

---

<sup>34</sup> Prop. 2012/13:10.

<sup>35</sup> SOU 2009:68.

Inför och under en vistelse i ett familjehem eller en vistelse vid ett hem för vård eller boende (HVB-hem) fattas många beslut som rör barnet personligen av familjehemmet, institutionen, socialtjänsten, vårdnadshavaren och, i tillämpliga fall, av förvaltningsdomstolen. Dessa beslut kan exempelvis röra frågan om var barnet ska placeras, vilken vård och omsorg barnet ska ges, vilka behov som ska tillgodoses vad gäller skola och utbildning samt vilket umgänge barnet ska ha med vårdnadshavaren och andra närstående. Ett återkommande spörsmål är om vården ska fortgå eller upphöra. I enstaka fall uppkommer även frågan om vården i formell mening ska övergå till familjehemsföräldrarna. Barn kan också vara föremål för en mängd andra insatser än placering utanför hemmet. Enligt 3 kap. 6a § SoL ansvarar socialnämnden för att det finns tillgång till öppna insatser för att kunna möta barns, ungdomars och vårdnadshavares olika behov.

Insatser med stöd av SoL bygger på frivillighet och samtycke från vårdnadshavaren, och om barnet fyllt 15 år, också av honom eller henne själv.<sup>36</sup> Även om lagen bygger på frivillighet, är det emellertid socialnämnden som bestämmer vårdens utformning. För de fall där vårdnadshavaren inte samtycker till sådan vård och denna vårdform anses nödvändig för att tillgodose barnets vårdbehov, kan en ansökan om tvångsvård med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, i vissa fall aktualiseras. För att socialnämnden ska erhålla befogenheter att genomföra vården under tvång, ska de särskilda förutsättningarna som denna lag uppställer vara uppfyllda. Enligt 10 § andra stycket LVU gäller bestämmelserna i SoL och föreskrifterna i 11–20 §§ LVU för vårdens utformning och innehåll.<sup>37</sup> Det är således socialnämnden som beslutar om vårdens utformning och som har ansvar för vården även i fråga om tvångsvård. Inom ramen för socialnämndens ansvar för barnet under dess vistelse i familjehemmet ingår alltid ett visst övertagande av vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet. Detta är förstås särskilt märkbart för de föräldrar vars barn är placerade med stöd av LVU och där deras samtycke inte krävs för att genomföra vården. Även vid en frivillig placering har emellertid barnet en ökad rätt, utifrån ålder och mognad, att få vara med och påverka i vardagliga frågor, vilket har stöd av föräldrabalkens rättighetskatalog (6 kap. 1 § FB).

Ett barnrättsperspektiv förutsätter skydd av det allmänna när vårdnadshavaren inte själv kan skapa förutsättningar för en trygg och säker tillvaro i hemmet. Samhällsansvaret att tillgodose barnets rätt tilläts alltså dominera framför vårdnadshavarens samtycke när det behövs för att tillgodose barnets bästa. Vårdnadshavarens samtycke är annars en förutsättning för insatser med stöd av SoL. Inom ramen för SoL finns emellertid möjlighet att vid viss ålder ge barn enstaka insatser utan vårdnadshavarens samtycke, såsom kontaktperson eller kontaktfamilj. Enligt 3 kap. 6a § SoL får nämligen nämnden besluta om öppna

---

<sup>36</sup> Lagreglerna rörande barns och ungas kontakter med socialtjänsten, förvaltningsdomstolen och SiS under handläggning av sociala ärenden som innebär myndighetsutövning och andra beslut finns i första hand i socialtjänstlagen (2001:453) och förvaltningslagen (1986:223), samt i tillämpliga fall i lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52) och förvaltningsprocesslagen (1971:291).

<sup>37</sup> Därutöver finns viss reglering i socialtjänstförordningen (2001:937). Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende.

insatser för barn som har fyllt 15 år även utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det. Det kan innebära att en särskild person eller familj utses, med uppgift att hjälpa den unge och hans eller hennes närmaste. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson enligt 3 kap. 6b § första stycket utses i de fall där barnet självt begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson däremot utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det.<sup>38</sup>

Enligt 11 kap. 10 § första stycket SoL föreligger ett informationskrav till barnet vid åtgärder som rör honom eller henne. Detta stycke har sedan den senaste reformen 2013 följande lydelse:

När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information. Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Först år 2008 tillkom ett tydligt lagstadgat krav att särskilt se till yngre barns informationsbehov i sociallagstiftningen. I propositionen betonas att rätten till information är en väsentlig förutsättning för att ge barn och unga möjlighet att komma till tals och bli delaktiga.<sup>39</sup> Det fastslås att informationen ska anpassas utifrån barnets ålder och mognad på ett sådant sätt att barnet kan ta den till sig. Det är socialtjänsthandläggarens skyldighet att se till att den unge får relevant information. Vad som är relevant information ska prövas utifrån barnets vilja att få information, barnets ålder och mognad, barnets tidigare kunskaper och barnets bästa. Informationen bör ges så tidigt som möjligt för att den ska kunna skapa förutsättningar för barnet att förstå vad som händer och kommer att hända, samt för att ge barnet möjlighet att ange sin inställning tidigt i processen. Informationen bör sedan ges kontinuerligt under hela tiden som en rättslig process eller tvångsvård pågår. Vid samtal är det väsentligt att ta reda på om barnet kan ta emot och förstå informationen. Informationsskyldigheten till barn gäller även under verkställighet av beslut och under hela vårdperioden.<sup>40</sup>

Den andra meningen i samma stycke, 11 kap. 10 § första stycket, avser att tydliggöra barnets rätt att komma till tals enligt artikel 12 i barnkonventionen. Barnet kan framföra sina åsikter på olika sätt, muntligen, skriftligen eller på något annat sätt.<sup>41</sup> Utöver informationskravet och rätten att få komma till tals, reglerar

<sup>38</sup> Det finns även möjlighet att utse en särskilt kvalificerad kontaktperson för den unge om denne begär eller samtycker till det i vissa fall enligt 3 kap. 6b §, 2 st SoL. Av bestämmelsen framgår att en sådan person kan utses till en person som inte har fyllt 21 år och som har behov av särskilt stöd och särskild vägledning för att motverka en risk för missbruk av beroendeframkallande medel, för brottslig verksamhet eller för något annat socialt nedbrytande beteende. För barn som inte har fyllt 15 år får en sådan kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det, och om barnet har fyllt 15 år får personen utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

<sup>39</sup> Prop. 2006/07:129, s. 34 ff.

<sup>40</sup> Prop. 2006/07:129, s. 38f.

<sup>41</sup> Clevesköld, Karnov, Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga 36 §, inhämtat den 10 november 2013.

detta stycke även barnets möjligheter till medinflytande. Barnets ålder och mognad ska sedan styra vilken hänsyn som ska tas till barnets vilja. Hur mognadskriteriet ska förstås och användas framgår inte av tillämpliga rättskällor. I brist på vägledning har hittills en rimlighetsbedömning fått göras i det enskilda fallet, där barnets intellektuella och emotionella mognad blir relevanta för en sådan bedömning.<sup>42</sup> Det pågår ett arbete hos Socialstyrelsen att utverka riktlinjer för mognadsbedömningar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, vilka kan bli vägledande för praktiken inom en snar framtid.

Enligt bestämmelsens andra stycke har barn som fyllt 15 år rätt att själva föra sin talan i mål och ärenden enligt lagen. Yngre barn får höras i domstolen enligt samma stycke om de inte anses ta skada av detta. När barnet är mellan 15 och 18 år har i princip både vårdnadshavaren och barnet partsställning, medan vårdnadshavarna är legala ställföreträdare för barn under 15 år.

I fråga om tvångsvård finns liknande bestämmelser för barn och unga i mål och ärenden enligt LVU i 36 § LVU, även denna paragraf ändrad i januari 2013. I bestämmelsen uttrycks ett informationskrav till barnet och ett krav att, om möjligt, låta barnet få komma till tals. Barnets åsikter ska tillmätas vikt i förhållande till ålder och mognad, och vid 15 års ålder ges den unge rätten att föra sin egen talan. Vad gäller möjligheten att vara delaktig oberoende av vårdnadshavarens samtycke vid utredningar om behov av ingripanden på grund av brister i omsorgen, är denna numera reglerad.<sup>43</sup> Även vid tillsyn av den sociala verksamheten får personalen prata med barn utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet.<sup>44</sup>

Man kan sammanfattningsvis konstatera att LVU sedan dess tillkomst innehållit viss rättighetsreglering för barn, såsom att barn tillerkänts partsstatus och rätten till ett offentligt biträde, jämfört med exempelvis familjerätten där barn sällan är part eller kan få sin sak prövad i domstol. Genom de lagändringar som skett det senaste decenniet har barns position stärkts ytterligare genom bland annat utökade informations- och delaktighetskrav samt möjligheter att höra barn utan vårdnadshavarens samtycke i vissa fall. Successivt frångår socialtjänsten det traditionellt familjestödsorienterade arbetet där barnen har en mer undanskymd roll till förmån för hela familjens behov och inser vikten av ett specifikt skydd för barn där barns behov och intressen lyfts fram.<sup>45</sup> Man har mer och mer börjat lyssna på barnen och ta med deras perspektiv i sina bedömningar och beslut, och den sociala barnvården blir alltmer präglad av ett barnskyddsorienterat arbete med utsatta barn. Det pågår med andra ord ett långsamt men väsentligt förändringsarbete, där barnet successivt kan bli huvudaktören som det rättighetsbärande subjekt som en rättighetsreglering kräver. Ett avgörande steg för ett fortsatt förändringsarbete är att formulera LVU som en rättighetsreglering och anpassa den efter de krav som en

<sup>42</sup> Mattsson, Lexino, Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, 36 §, inhämtat den 13 november 2013.

<sup>43</sup> 11 kap. 10 § 3 st SoL.

<sup>44</sup> 13 kap. 4 § SoL.

<sup>45</sup> Leviner, P, *Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete*, Jure förlag AB, 2011, s. 75.

sådan reglering kräver, där det med ökad tydlighet framgår vilka övergripande principer för det sociala arbetet med barn som inte kan frångås av rättstillämpare i sina bedömningar. En sådan fortsatt lagreglering krävs sannolikt för att vägleda myndigheter och domstolar i deras arbete att stärka det rättighetsbärande barnets roll inom den sociala barnavården de kommande åren och möjliggöra en likriktad utveckling där barnet är huvudaktören och inte vårdnadshavaren.<sup>46</sup>

## 2.2 Att stärka barnrättsperspektivet i LVU

### 2.2.1 Allmänt om lagens innehåll, funktion och struktur

#### *Lagens innehåll*

En central fråga är vad som bör vara typiska kännetecken för nationella system och regler som har ett rättighetsperspektiv i sin tvångsvårdslagstiftning. Det är givetvis problematiskt att försöka finna några enkla lösningar på en ganska komplicerad fråga. Vissa utgångspunkter kan emellertid skönjas. I tidigare kapitel behandlades några grundläggande utgångspunkter för en rättighetsreglering. För att återkoppla till den diskussionen till frågan om hur den sociala tvångslagstiftningen för barn ska kunna få ett tydligare barnrättsperspektiv ter det sig rimligt att det av lagen tydligt framgår de rättigheter som barn har inför, och i samband med, en placering med stöd av LVU. En inledande rättighetslista kan följas av de undantag som bör gälla. Ett exempel på en svensk lagstiftning som har en sådan inledande struktur är fängelselagen (2010:610). Lagen är uppbyggd utifrån att den intagne ska ges möjlighet till vissa insatser och rättigheter, och därefter anges undantagen. I fråga om en tvångsreglering som rör barn skulle på liknande sätt en paragraf (motsvarande 6 kap. 1 § Föräldrabalken) kunna inleda lagen. En sådan bestämmelse skulle därigenom kunna ange grunden för vilka centrala rättigheter som ska iakttas inför, under och efter en vårdplacering.

#### *Lagens funktion*

En rättighetsreglering inom tvångsvården bör mana till ett aktivt förhållningssätt till sociala insatser för utsatta barn, i syfte att tillvarata barnets rättigheter. Inom sociallagstiftningen torde detta kunna leda till tidigare men mindre ingripande åtgärder i praktiken. Då det gäller barns rätt till skydd mot allvarliga missförhållanden i hemmet kräver ett barnrättsligt perspektiv att man från socialtjänstens sida vågar se barnets situation och finna lämpliga åtgärder vid uppkomna vårdbehov. Idag domineras tvångsvården av familjehems- och institutionsplaceringar. Det är emellertid ingripande åtgärder som äventyrar både barnets rätt till familj och stabilitet. Tidigare och mindre ingripande åtgärder kan i vissa fall gynna barnets utveckling och samvaron med föräldrarna, och möjligheten till sådana åtgärder borde därför framhåvas tydligare i lagen. Ett exempel på en annan tvångsinsats är det så kallade mellantvånget. Det svenska mellantvångsinstitutet består för närvarande av ett tvång till vissa öppna insatser

---

<sup>46</sup> Jfr Schiratzki, J. *Föräldransvar i välfärdsstaten*, 2013, s. 92.

som är riktat till ungdomar med beteendeproblematik, reglerat i 22 § LVU. Bestämmelsen har en mycket undanskymd placering i lagen och insatsen verkar i dagsläget användas mycket sällan av socialtjänsten. Barns rätt till skydd mot omsorgsbrister borde i ökad utsträckning kunna föranleda insatser som inte kräver dygnsvård utanför hemmet i tillämpliga fall. Förutom att analysera denna tvångsinsats för ungdomar med beteendeproblematik kan man – med stöd av lagens form av rättighetsreglering – kunna överväga möjligheten att reglera mellantvång att innefatta också yngre barn.<sup>47</sup> Mellantvång för små barn skulle kunna innebära att barnet får hjälp i ett tidigare skede genom att barnet och familjen får hjälp utan att barnet placeras utanför hemmet. Genom ett sådant rättsinstitut skulle barnets rätt till skydd och förändrade förhållanden vid allvarliga missförhållanden i hemmet kunna realiserars. På detta sätt kan en rättighetsreglering stärka barnets rättigheter och förbättra möjligheterna för att tillgodose barnets behov i skadliga omsorgssituationer.

En rättighetsreglering inom det sociala fältet bör ge ett heltäckande skydd för utsatta barn och unga där det inte finns risker att hamna mellan olika lagstiftningar. Det finns därför anledning att tydliggöra relationen mellan SoL och LVU, och i möjligaste mån betona vikten av att LVU används när det finns behov för att tillvarata barns rätt till skydd och förändrade förhållanden vid allvarliga missförhållanden. Nuvarande tvångslagstiftning är ett ”bihang” till den lagstiftning som också anger ramarna för den frivilliga vården, SoL. LVU är till stora delar en processlagstiftning, och anger dels de processuella reglerna för de olika tvångsvårdsinsatserna (beredande av vård, omedelbart omhändertagande, mellantvång, flyttningsförbud, umgängesbegränsning), dels de materiella förutsättningarna som ska vara uppfyllda för att ifrågavarande tvångsinsatser ska kunna komma i fråga. Lagen beskrivs vara ett komplement till SoL (1 § LVU), men innebär samtidigt inte att den aktualiseras om den frivilliga vården enligt SoL inte är tillräcklig eller aktuell. Det finns alltså ingen given ordning att någon insats med stöd av LVU prövas om en insats med stöd av SoL inte är verkningfull eller möjlig. Detta är en utmaning för en reglering som vill anta ett barnrättsperspektiv, där alternativa åtgärder bör följa när behov föreligger, oavsett vårdnadshavarens samtycke. LVU ska vara en skyddslag i olika lägen och bör konstrueras så att den täcker upp för de situationer då utsatta barn verkligen behöver stöd och skydd. Samtidigt är det givetvis av vikt att påpeka proportionalitetsprincipens krav och minsta ingreppets princip. På samma sätt bör det inte förekomma risk för att vård och placering i familjehem avslutas trots fortsatt behov på grund av att de ursprungliga omständigheterna som föranledde beslut om placering inte längre föreligger. Som skyddslagstiftning är det rimligt att lagen täcker upp för de fall där barnet har fortsatt ett vårdbehov, även om de problem som fanns i hemmet vid omhändertagandebeslutet inte är lika aktuella längre. Idag kan barn som är placerade i en dylik situation falla mellan stolarna, vilket rättsfallet HFD 2012 ref. 35 åskådliggör. Målet rörde frågan om fortsatt vård och om de förhållanden som föranledde tvångsomhändertagandet har upphört. Domstolen konstaterade att förhållandena har förändrats efter tvångsomhändertagandet och att det inte längre

<sup>47</sup> I Norge och Danmark finns till skillnad från i Sverige bestämmelser av mellantvångskaraktär som omfattar små barn.



kunde anses föreligga en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skulle skadas på grund av misshandel i hemmet. Den risk för skada som kunde föreligga på grund av separationen från ett familjehem skulle enligt domstolen inte vägas in i bedömningen av om vård enligt LVU ska upphöra. HFD fann att det därför inte längre fanns grund för fortsatt vård enligt LVU. Målet är bara en av flera domar där även flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttning aktualiserades och som åskådliggör hur komplexiteten inom barnskyddsregleringen i vissa fall kan inverka menligt i ett barnrättsperspektiv.<sup>48</sup>

### *Lagens struktur*

Det finns anledning att se över lagens struktur och pedagogiska utformning. I den nuvarande konstruktionen av LVU ligger tonvikten på insatsen beredande av vård och de särskilda befogenheterna. Flera mindre ingripande insatser, såsom mellantvång och flyttningsförbud, har en mer undanskymd placering i lagen. Dessa är också sällan praktiserade inom barn- och ungdomsvården, vilket kan ha visst samband med denna placering. Lagen saknar en struktur som anger mindre ingripanden före mer omfattande sådana, vilket ter sig olämpligt av bland annat proportionalitetshänsyn. Med en kapitelindelning skulle lagen kunna bli mer lättöverskådlig och tillämparvänlig. Det är av stor vikt att en rättighetsreglering – med främsta avnämare de rättighetsbärande subjekten, i det här fallet utsatta barn och unga – har en tydlig, begriplig och pedagogisk struktur och ett klart innehåll. Ambitionen borde vara att ha en utformning av tvångsvårdsregleringen så att även unga själva kan förstå vad lagen anger.

### **2.2.2 Lag och praktik ska harmoniera**

Grunden för barnrättsperspektivet är, som redan påtalats ovan, iakttagandet av barns rättigheter i reglering och praktik hos verksamheter som innefattar arbete med barn eller som möter barn av annan anledning. Som vi också kunnat konstatera, är utsatthet, rättstrygghet, likvärdighet, integritetsskydd genom delaktighet samt rättssäkerhet i kontakten med dessa verksamheter grundläggande. Om vi ser till den lagstiftning som påkallats under senare år och som kort redovisats ovan kan den på ett övergripande plan sägas vara i enlighet med dessa principer.

Exempelvis har den utökade regleringen skapat förutsättningar för att barns rättssäkerhet och integritetsskydd bättre kan tillgodoses genom de ändrade delaktighetskraven. En lag är emellertid aldrig bättre än den praktik som den föranleder. Här finns det ännu inte tillräckliga studier som kan besvara frågan om praktiken har förändrats i samma utsträckning som lagen sedan senare lagändringarna skett. I fråga om barns delaktighet krävs att förutsättningarna för reell delaktighet i beslutsfattandet och det faktiska utövandet av vård och omsorg uppfylls. Felaktiga föreställningar om delaktighet kan ju i stället innebära

---

<sup>48</sup> Se vidare en intressant diskussion om rättsfallen i Leviner, P, När kan och bör placera barn flytta hem – en öklar balansering mellan återförening och stabilitet i tre olika processer, i Cederborg och Warnling-Nerep, *Barnrätt. En antologi*, 2013, s. 297ff.

kränkningar av barns rättigheter och intressen. För vissa barn kan delaktighet vara särskilt problematiskt. Barn inom den sociala barn- och ungdomsvården anses här ha en extra utsatthet som gör det särskilt viktigt att stödja en utveckling som garanterar dem rätt till inflytande och information.<sup>49</sup>

Den nya regleringen uttrycker således rätten att få vara delaktig i beslut som rör den unge. Däremot saknas anvisningar i lagen hur det ska bedömas, följas upp och kontrolleras. I föregående avsnitt föreslog jag att det, som grundregel, ingår i en reglering med ett barnrättsperspektiv att tydligt i lagen uttrycka rättigheter för barn i fråga om den aktuella verksamheten samt att anvisa hur, den aktuella verksamheten samt att anvisa hur, i vilka former, för vem och under vilka förutsättningar rättigheten ska tillgodoses. Här torde en lucka kunna fyllas vid en förändrad reglering.

## 2.3 Barns rätt till skydd och förändrade förhållanden vid allvarliga missförhållanden

### 2.3.1 Utveckling genom rättspraxis: Barns rätt till skydd genom att överklaga beslut om beredande av vård genom ställföreträdare

En väsentlig fråga vid all lagstiftningsverksamhet är en reglerings inverkan och genomslagskraft i praktiken. Detta är centralt även för implementeringen av ett barnrättsperspektiv. Ett sätt att finna lösningar kan då vara att studera områden där ett i författning stärkt barnrättsperspektiv har kunnat få tydligt genomslag i praktiken, exempelvis genom en väl fungerande implementering eller uppföljning. Exempelvis verkar de nya striktare reglerna rörande uppföljningar av anmälningar till socialtjänsten samt bestämmelsen om krav på återkoppling av sådana anmälningar ha föranlett ett snabbt och positivt förändringsarbete i flera kommuner.<sup>50</sup>

Det är också värt att notera hur de prejudicerande domstolarna kan åstadkomma ett barnrättsligt genomslag genom sin rättsbildning. I fråga om barnets möjligheter att erhålla vård utan vårdnadshavarens samtycke har utvecklingen inom rättspraxis under det senaste decenniet nämligen gått i riktning mot en rättighetssyn som kan föranleda fortsatt utvidgning där barnet som rättssubjekt successivt tydliggörs och innebörden av barnets rätt till vård preciseras och konkretiseras. Barnets möjligheter att kräva sin rätt genom sin ställföreträdare har här visat sig vara central.

Utvecklingen har sett ut enligt följande. År 1996 tillkom en bestämmelse om ställföreträdare för barn under 15 år i 36 § LVU. Regeln föreskriver att den som är förordnad som offentligt biträde för någon som är under 15 år utan särskilt förordnande också ska vara den unges ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Därigenom fick barnet någon som kunde tillvarata barnets rätt

<sup>49</sup> Prop. 2006/07:129, s. 34.

<sup>50</sup> Se exempelvis Hässleholms kommun och flera andra kommuner, där särskilda mottagandeenheter bildats som ansvarar för anmälningar som kommer in och som har i uppgift att ta ställning till om en utredning ska inledas eller om barnet och familjen ska ges erbjudanden om andra insatser såsom föräldrautbildning.

och bästa genom sin självständiga ställning gentemot vårdnadshavaren. Enligt förarbetena ska ställföreträdaren beakta barnets önskemål och framföra barnets åsikter.<sup>51</sup>

Vissa frågor rörande ställföreträdarens befogenheter att tillvarata barnets rätt till vård har därefter kommit att få besvaras av rättspraxis. I det första fallet, RÅ 2006 ref 10, kom Högsta förvaltningsdomstolen fram till att ställföreträdarskapet innefattade behörigheten att överklaga en dom om avslag på socialnämndens ansökan om beredande av vård med stöd av LVU.<sup>52</sup> Utgångspunkten för om barnen var klagoberättigade enligt 33 § förvaltningsprocesslagen borde enligt domstolens förmenande vara det enskilda barnets bästa. Eftersom barnet, genom sin ställföreträdare, hade tillstyrkt socialnämndens ansökan hade länsrätten gått emot barnens uppfattning i frågan. Tillsammans med socialnämnden ansågs barnen därmed klagoberättigade i målet.

År 2011 meddelade Högsta förvaltningsdomstolen ett beslut, mål 5247-11 (8 december 2011) där ställföreträdarens befogenheter gentemot vårdnadshavaren förtydligades ytterligare. Efter ett ordförandebeslut i juli 2011 omhändertogs ett spädbarn omedelbart med stöd av 6 § LVU på grund av brister i omsorgen. Enligt gängse regler i 39 § LVU förordnades ett offentligt biträde till barnet och ett annat offentligt biträde till föräldrarna. Förvaltningsrätten fastslog i beslut samma månad omhändertagandebeslutet. Föräldrarna överklagade beslutet både för egen och för barnets räkning.<sup>53</sup> Motiveringen till detta var att man hävdade att 36 § LVU inte uteslöt en sådan möjlighet. Argumentet var med andra ord att det var fel att tolka bestämmelsen på det sättet att föräldrarnas rätt att företräda barnet bryts automatiskt i och med att barnet erhåller en ställföreträdare genom sitt offentliga biträde. Högsta förvaltningsdomstolen klargjorde att syftet med bestämmelsen i 36 § LVU är att den unge inte ska företrädas av vårdnadshavaren i sådana mål där det finns motstridiga intressen mellan dem. I de fall där det kan finnas motstridiga intressen tillförordnas barn och föräldrar separata biträden. För de yngre barnen uppnås syftet genom att beslutet att förordna ett offentligt biträde för barnet i målet också innefattar att denne får en separat ställföreträdare i processen. Föräldrarna hade därmed inte rätt att föra barnets talan i LVU-målet och att företa rättshandlingar å barnets vägnar. Domen tydliggör vikten av att se till barns rätt att få en "självständig" prövning av rätten till vård vid allvariga missförhållanden i hemmet.

---

<sup>51</sup> Prop. 1994/95:224, s. 46ff.

<sup>52</sup> Efter att dåvarande länsrätt avslagit en ansökan från socialnämnden att omhänderta två små barn på grund av föräldrarnas bristande omsorg överklagade barnen, genom sitt offentliga biträde, tillika ställföreträdare i målet, domen. Kammarrätten avvisade överklagandet med hänvisning till att barnen inte var klagoberättigade i fråga om att överklaga ett beslut att *inte* bli omhändertagna. HFD ansåg däremot att ställföreträdaren hade agerat korrekt.

<sup>53</sup> Förvaltningsrätten avslag överklagandet. Målet kom sedermera emellertid att tas upp av Högsta förvaltningsrätten. Frågan i målet var om föräldrarna som legala ställföreträdare för barnet – med rätt att företa sedvanliga rättshandlingar för barnets räkning i allmänhet – kunde företa sådana rättshandlingar även under LVU-processen då barnet erhållit en särskild ställföreträdare. Föräldrarna menade att deras ombud också skulle vara barnets ombud (de hade ett särskilt ombud utöver det offentliga biträdet).

År 2014 kom ytterligare en dom som innebar en ökad rättighetspraxis för barn. Genom HFD 2014 ref. 38 fastslås att ett icke processbehörigt barn (med viss mognad) kan genom sin ställföreträdare överklaga ett beslut om omhändertagande enligt LVU, trots att ställföreträdarens egen uppfattning är att detta bör bestå. Ett snart 13-årigt barn hade klart gett uttryck för att han ville att förvaltningsrättens beslut att fastställa ett beslut om omedelbart omhändertagande skulle överklagas och även angett förslag till andra lösningar än att han placeras på ett ungdomshem. Domstolens utgångspunkt för bedömningen är att se till det övergripande syftet med lagstiftningen, vilket bland annat är att förstärka barnets rätt att komma till tals. Om inte ställföreträdaren och det offentliga biträdet överklagar beslut i enlighet med den unges uttalade önskemål härom, får det till följd att barnet förvägras en flerstansprövning.<sup>54</sup> HFD fastslog att barnet hade klagarätt genom sin ställföreträdare och kunde överklaga beslutet att fastställa det omedelbara omhändertagandet oavsett ställföreträdarens inställning.

Dessa fyra domar speglar en successivt förändrad syn på barn som likaberättigade rättighetssubjekt och de ökade krav som en sådan syn medför i form av en tydlig rättighetsstruktur i LVU-processen, där såväl frågan om barns rätt till vård som dess rätt att få komma till tals betonas. Domarna speglar också den väsentliga roll som rättspraxis kan ha att precisera utsatta barns skydd och rättigheter i svensk förvaltningsdomstol. Det finns anledning att noggrant följa praxis och att anpassa lagreglering i tillämpliga fall. I detta fall kan vi konstatera att ett barnrättsligt perspektiv på barns överklaganderätt har vidareutvecklats genom praxis.

### 2.3.2 Barnets rätt att hävda vårdbehov utan vårdnadshavarens samtycke

Genom den nuvarande rättspraxisen ges barn rätt att få överklaga beslut att bli/inte bli omhändertagna med stöd av LVU före 15 års ålder. Barnet har emellertid få möjligheter att påverka frågan om fortsatt vård utan vårdnadshavarens samtycke. Om barn ska ha rätt till skydd vid allvarliga missförhållanden i hemmet bör regelverket konstrueras på ett sådant sätt att barnet ges möjlighet att få påverka även denna fråga. Här kan man tänka sig en rad förslag, såsom vidgade möjligheter att erhålla olika former av stöd utan vårdnadshavarens samtycke och utökade möjligheter för barnet att erhålla en ställföreträdare eller ombud. Rätten till skydd behöver inte nödvändigtvis föranleda placering utanför hemmet, utan kan innebära andra insatser. Mellantvång har tidigare nämnts som en möjlighet till ett mildare och tidigare ingripande. Målet är att kunna tillse barns rätt till vård genom en mängd olika möjligheter vid sådana missförhållanden i hemmet att de bör föranleda någon åtgärd från socialnämndens sida.

### 2.3.3 Barnets rätt att få överklaga särskilda befogenheter före 15 års ålder

Den unges överklaganderätt i samband med beslut som rör tvångsinsatser med stöd av LVU inträder den dag som han eller hon fyller 15 år.<sup>55</sup> Överklaganderätten

<sup>54</sup> En förutsättning för klagarätt är att beslutet kan anses ha gått den unge emot, 33 § 2 st förvaltningsprocesslagen (1971:291).

<sup>55</sup> 36 § LVU, 11 kap. 10 § SoL. I lagstiftningshänseende är 15-årsgränsen en lämplig bestämmelse att sätta under lupp. Enligt 36 § LVU har den som fyllt 15 år rätt att föra sin egen talan, överklaga och i vissa fall initiera mål eller ärenden med stöd av lagen. Den individuella rättssäkerheten stärks alltså påtagligt på 15-årsdagen. Dessförinnan har barnets

innefattar ett flertal beslut som kan fattas under vården, i synnerhet för de unga som vistas på ett särskilt ungdomshem enligt 12 § LVU. Här får särskilda befogenheter vidtas mot de boende i vissa situationer. Det kan röra sig om kroppsvisitering, beslagtagande av egendom, avskiljande etc. som får ske mot barnets vilja under vissa i lag angivna villkor. Dessa beslut är överklagbara i förvaltningsdomstol för den som fyllt 15 år. Med fokus på individen ter sig rättssäkerheten tillfredsställande. Men hur kan då denna åldergränsregel uppfattas för en processobehörig ungdom som råkar ut för ett likadant beslut om inskränkning? En åldergräns innebär ju att några faller utanför gränsen. Medan den som fyllt 15 år ges legala möjligheter att överklaga ett beslut saknar 14-åringen alltså motsvarande möjligheter. Dessa konsekvenser av åldergränsen förefaller exkluderande i rättssäkerhetsavseende för den som ännu inte fyllt 15 år. Barnet nekas möjligheten till ändring av beslutet på grund av strukturella förutsättningar, i det här fallet ålder.

#### 2.3.4 Barns rätt till viss vårdkvalitet

Ett frekvent återkommande begrepp i LVU är vårdbegreppet. Exempelvis anges i 11 § att ”Socialnämnden bestämmer hur vården av den unge skall ordnas och var han eller hon skall vistas under vårdtiden.” Det finns emellertid inga angivelser vilken kvalitet eller vilka grundkrav som denna vård ska ha. I forskning och myndighetsrapporter genom åren har uppmärksammats den skiftande kvalitet och det varierande innehåll som denna vård kan ha, även i situationer när barnens förhållanden och vårdbehov ter sig liknande. Lagen är inte tydlig i fråga om vad barnet kan förvänta sig.

Det finns anledning att begrunda möjligheten att uppställa krav på kvalitet och grundkrav för vården inom de sociala barn- och ungdomsvården på motsvarande sätt som finns inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I 2a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:7563) anges följande:

*Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.*

*Detta innebär att den ska särskilt*

- 1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,*
- 2. vara lätt tillgänglig,*
- 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,*
- 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,*
- 5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.*

*Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Lag (2014:822).*

---

ställföreträdare rollen att kunna agera å barnets vägnar, exempelvis att överklaga beslut som strider mot barnets bästa, se bl.a. RÅ 2006 ref. 10. Under den process som föregår ett beslut om LVU-vård har det offentliga biträdet för barn som inte fyllt 15 år också rollen som ställföreträdare för barnet.

Här finns anledning att se över möjligheterna att formulera liknande – för ändamålet anpassade – kvalitetskrav på vården inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Nämnas kan också patientlagen (2014:821) där det regleras tydligt i lagen ifråga om bland annat information (3 kap.), delaktighet (5 kap.), individuell planering (6 kap.), val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.), val av utförare (9 kap.) och synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

## 2.4 Barns rätt till familj

### 2.4.1 Allmänna synpunkter

Rätten till familj har behandlats tidigare och utgör en central rättighet för barn enligt barnkonventionen. Denna rätt skapar vissa skyldigheter för hanterandet av att upprätta barnets familjerelationer vid en placering enligt SoL eller LVU. Socialtjänsten har ofta rutiner för hur dessa relationer ska kunna upprättas under placeringstiden genom umgänge. Formerna för hur rätten till familj ska förverkligas kan emellertid kräva ytterligare insatser. För de barn och ungdomar vars familjerelationer är svaga eller obefintliga behövs en fördjupad analys av hur och under vilka förutsättningar rättigheten kan tillgodoses ett enskilt barn. I vissa fall kan fråga om en vårdnadsöverflyttning behöver övervägas. I andra fall bör utformningen av barnets rätt till umgänge med de biologiska föräldrarna eller syskonen bättre anpassas till vad som är till barnets bästa under rådande förhållanden.

Barnets rätt till familj föranleder också en kritisk granskning av hur rätten till familj kan förverkligas för barn och unga som är institutionsplacerade. Till skillnad från familjehemmen, som avser att utgöra en familjeliknande miljö, har flertalet institutioner inga sådana ansatser. Ett krav på hur den aktuella nämnden (och verksamheten) avser att tillgodose barnets rätt till familj (liksom andra grundläggande rättigheter, såsom rätten till hälsa, utveckling, skolgång etc) kan stärka barnets rättsliga ställning och är i linje med det barnrättighetsperspektiv som föreslås i denna artikel. Likaså behövs klargörande hur rätten till familj ska bedömas, följas upp och kontrolleras.

Ett annat uttryck för rätten till familj är rätten att få vara kvar i (familje)hemmet i de fall som det gynnar barnet (och barnets rätt till familj) mest. Här bör övervägas en inskränkning i vårdnadshavarens överklaganderätt vid samhällsplaceringar i vissa fall. Fram till dess att barnet fyllt 18 år har vårdnadshavaren i princip alltid rätt att föra talan i domstol och hos socialnämnden i mål som rör barnet. Denna talerätt har sin grund i krav på rättssäkerhet för vårdnadshavarens vidkommande, som ju är utsatt för en inskränkning i sitt vårdnadshavarutövande. I många fall överensstämmer givetvis vårdnadshavarens och barnets intressen, vilka då inte bör skapa några konflikter (utan istället stärka barnets rättssäkerhet). I andra fall kan man dock finna intressekollisioner. Ett exempel är mål som rör frågan om upphörande av vård där föräldrar och barn har olika uppfattningar om vården ska

pågå eller inte. Vårdnadshavarens överklaganderätt kan här exkludera barnets rätt till förutsebarhet av verkställigheten av beslutet, om vårdnadshavaren regelmässigt utnyttjar sin överklaganderätt (vilket är möjligt utan att några sakomständigheter har ändrats sedan ursprungsbeslutet om vård och oavsett om barnet vill vara fortsatt placerat). Barnets behov av trygghet i verkställigheten av vårdbeslutet riskerar i sådana fall här att få stå tillbaka, grundat i någon annans rättssäkerhetskrav.<sup>56</sup> Följden riskerar då att bli att barnets rätt till familj inte respekteras.

#### 2.4.2 Barnets umgängesrätt

Bestämmelsen i 14 § reglerar umgängesrätten. I sin nuvarande utformning saknar den ett tydligt rättighetsperspektiv. Dess lydelse är följande: "Socialnämnden har ett ansvar för att den unges behov av umgänge med föräldrar och vårdnadshavare så långt möjligt tillgodoses." Praktiken visar att det på institutioner exempelvis kan förekomma bestraffningssystem som innehåller så kallade permissionsförbud, och att barnet på detta eller liknande sätt hindras från att träffa sina biologiska föräldrar under kortare eller längre tid på HVB-hem. Barnets rätt till kontakt med sina föräldrar bör därför framgå tydligt, liksom barnets rätt till kontakt med syskon. Givetvis behöver det, som i nuvarande reglering, finnas möjlighet att göra avsteg från en sådan huvudprincip.. Rätten till kontakt med biologiska föräldrar/vårdnadshavare är ett område som inte är självklart för att tillgodose barns vårdbehov i alla situationer.

#### 2.4.3 Besök och telefonsamtal m.m.

15a § LVU är intressant eftersom den redan idag uttrycker vad den unge har rätt till i form av besök och telefonsamtal. Motsvarande bestämmelse hade varit ändamålsenlig även vid andra vårdformer för att motverka den förvirring som kan uppstå eftersom det saknas en sådan regel för vanliga HVB-hem. Även om praktiken till synes fungerar ganska väl är en enhetlig reglering som har en inneboende logik för både barn och vuxna att föredra.

### 3 Sammanfattning

Såsom påpekats i första avsnittet finns vissa allmänna aspekter som särskilt bör beaktas vid en diskussion om ett stärkt barnrättsperspektiv. En sådan utgångspunkt är en svensk lagreglering ska harmoniera med de fyra grundläggande principerna i Barnkonventionen (förbud mot diskriminering, barnets bästa i främsta rummet, rätten till liv och utveckling samt rätten att få komma till tals) samt övriga principer och artiklar. För en rättighetslag bör vidare följande krav vara uppfyllda: att barnet är garanterat en allsidig prövning av det beslutande organet, att villkoren för rättigheterna är klar och preciserad i lagtexten och att barnet har reell möjlighet att få erhålla sina rättigheter. Ett barnrättsperspektiv bör därför fokusera

---

<sup>56</sup> I norsk rätt finns en bestämmelse som begränsar vårdnadshavarens överklaganderätt i motsvarande situationer, se *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)* § 4-21.

differentierade former för att på bästa och mest effektiva sätt försöka förverkliga barns rättigheter i praktiken, innefattande ett aktiv förhållningssätt i regleringssammanhang och i det praktiska arbetet för berörda myndigheter. Barnrättsperspektivet bör även kopplas till rättssäkerhetsprincipen, en central princip i fråga om all offentlig maktutövning som ska tillhandahålla den enskilde rättstrygghet, integritetsskydd och likvärdig behandling. En återspeglning av denna princip är vikten av barns delaktighet i det informationsflöde som rör handläggning och verkställighet av en vårdinsats. Detta informationsflöde till barnet behöver även anpassas för att barnet ska kunna tillgodogöra sig informationen och vara reellt delaktiga.

Vidare behandlades i första avsnittet vissa kännetecken som bör återspeglas i en barnrättslig reglering. Dessa innefattar (1) tydligt och pedagogiskt i lagen uttryckta rättigheter för barn i fråga om den aktuella verksamheten (gärna där viss kvalitetsnivå på rättigheterna anges), (2) tydliga anvisningar hur, i vilka former, för vem och under vilka förutsättningar dessa rättigheter ska tillgodoses (såväl materiellt som processuellt) och (3) tydliga anvisningar hur det ska bedömas, följas upp och kontrolleras att verksamheter (myndigheter, domstolar, familjehem, institutioner etc) tillgodoser barnets rättigheter enligt ifrågavarande reglering. Härutöver erfordras kompetensstöd, implementeringsstöd och aktuella rutiner som uppdateras regelbundet om det förebyggande, beslutande, vårdande och eftervårdsbehandlade delarna av arbetet. Det krävs alltså en ömsesidig utveckling av lagreglering/annat författningsstöd, en kompetent verksamhet med resurser och stöd att förverkliga regelverket samt rutiner för uppföljning, återkoppling och tillsyn för att kvalitetssäkra verksamheten utifrån ett barnrättsligt perspektiv.

Detta andra avsnitt har avsett att i mer specifikt behandla frågan vad ett stärkt barnrättsperspektiv i den sociala barn- och ungdomsvården kan innebära och i synnerhet inom tvångsvården. Inledningsvis har konstaterats att den sociala barn- och ungdomsvårdslagstiftningen redan har ett visst barnskyddsperspektiv med rättighetsinslag. LVU har exempelvis långtgående rättigheter för barn att få delta i rättsliga processer genom sin partsbehörighet/processbehörighet med stöd av ett offentligt biträde/ställföreträdare samt krav att särskilt se till yngre barns informationsbehov i övrigt i samband med beslut som sker med stöd av lagen. Genom rättspraxis har barns rätts stärkts ytterligare i vissa fall. En ändrad samhällssyn på barn som subjekt och aktörer i kombination med den förändrade lagregleringen och rättspraxisen påverkar givetvis socialtjänstens arbete med barn och unga. Successivt frångår socialtjänsten det traditionellt familjestödsorienterade arbetet där barnen har en mer undanskymd roll till förmån för hela familjens behov och arbetar för ett specifikt skydd för barn där barns behov och intressen lyfts fram.<sup>57</sup>

Samtidigt kan konstateras att ett avgörande steg för ett fortsatt förändringsarbete är att formulera LVU som en rättighetsreglering och anpassa den efter de krav som en sådan reglering kräver. Denna nya lag bör mana till ett aktivt förhållningssätt till

---

<sup>57</sup> Leviner, P, *Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete*, Jure förlag AB, 2011, s. 75.



sociala insatser för utsatta barn, i syfte att tillvarata barnets rättigheter. Tidigare och mindre ingripande åtgärder kan i vissa fall gynna barnets utveckling och samvaron med föräldrarna, och möjligheten till sådana åtgärder skulle därför kunna framhåvas i lagen. Barns rätt till skydd mot omsorgsbrister borde i ökad utsträckning kunna föranleda insatser som inte kräver dygnsvård. En rättighetsreglering inom det sociala fältet bör också ge ett mer heltäckande skydd än idag för utsatta barn och unga som riskerar att "hamna mellan" olika lagstiftningar. Det finns därför anledning att tydliggöra relationen mellan SoL och LVU. LVU ska vara en skyddslag i olika lägen och bör konstrueras så att den täcker upp för de situationer då utsatta barn verkligen behöver stöd och skydd. Exempelvis bör det inte förekomma risk för att vård och placering i familjehem avslutas trots fortsatt vårdbehov. Samtidigt är det givetvis av vikt att påpeka proportionalitetsprincipens krav och minsta ingrepps princip.

Lagens struktur och pedagogiska utformning har vissa brister som har uppmärksammats i andra avsnittet. I den nuvarande konstruktionen av LVU ligger tonvikten på placeringar utanför hemmet. Mindre ingripande insatser, såsom mellantvång och flyttningsförbud, har en mer undanskymd placering i lagen. Lagen saknar således en struktur som anger mindre ingripanden före mer omfattande sådana, vilket ter sig olämpligt av proportionalitetshänsyn. Med en kapitelindelning kan lagen dessutom bli mer lättöverskådlig och tillämparvänlig. En ambition med en rättighetsreglering som rör barn och unga bör i möjligaste mån vara en tvångsvårdsreglering som även kan förstås av de lite äldre barnen.

Vidare har påtalats att det finns anledning att överväga möjligheten att uppställa krav på kvalitet och grundkrav för vården inom den sociala barn- och ungdomsvården på motsvarande sätt som finns inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I forskning och myndighetsrapporter genom åren har uppmärksammats den skiftande kvalitet som socialtjänsten vård av barn och unga kan ha. Lagen är inte tydlig i fråga om vad barnet kan förvänta sig. Man bör se över möjligheterna att formulera vissa för ändamålet anpassade kvalitetskrav på vården inom den sociala barn- och ungdomsvården. Barnets möjligheter att få kontinuitet och stabilitet i kontakten med sin familj bör ingå som en del av dessa kvalitetskrav. Formerna för hur rätten till familj ska förverkligas kan kräva olika typer av insatser, beroende av omständigheterna kring barnets situation och placering, förutsättningarna för stabila familjeförhållanden på kort och lång sikt, barnets egen uppfattning och möjligheterna att bibehålla för barnet betydelsefulla personer i barnets närhet under dess uppväxt.

# Små barns behov av en långsiktig trygg bas – en barnpsykologisk kunskapsöversikt

*Pia Risholm Mothander, FD, Docent,  
Psykologiska institutionen, Stockholms universitet*

*Anders Broberg, FD, Professor,  
Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet*

## Sammanfattning

Detta kunskapsunderlag handlar om de yngsta barnens behov i de situationer där brister i deras omvårdnad kräver särskild samhällelig uppmärksamhet. Rapporten inleds med en genomgång av anknytningsteorin. Denna används som en utvecklingspsykologisk referensram för att beskriva barns känslomässiga utveckling med speciellt fokus på de anknytningsrelationer som skapas under de första tre till fyra levnadsåren. Människobarnet är vid födseln fysiskt och psykiskt beroende av den vuxne för sin överlevnad och den eller de föräldrapersoner som regelbundet tar hand om barnet kommer genom sin omvårdnad att bli barnets anknytningsperson/er och påverka barnets psykosociala utveckling, både på kort och på lång sikt.

Barn är programmerade att ta emot omvårdnad, det nyfödda barnet signalerar sitt behov av att bli omhändertaget, och från 8-9 månader protesterar barnet mot att skiljas från den som barnet fått erfarenheter av har tillhandahållit omvårdnad. För barnet är det gynnsamt med minst en, men gärna fler än en, långsiktigt engagerade föräldrar som med lyhördhet svarar på barnets behov av närhet, tröst och skydd. Anknytningspersonen bör vara ”stor, stark, klok och snäll” för att kunna erbjuda barnet en trygghet baserad på utforskning av världen från och en säker hamn att kunna återvända till när världen är eller upplevs som farlig. Barn som med hjälp av sin anknytningsperson lär sig att använda sina egna resurser och lita på andras hjälp vid behov kan själv reglera sin stress och lättare klara rimliga och åldersrelevanta utmaningar under uppväxten. En viktig del av anknytningsteorin beskriver små barns reaktioner på att bli skilda från sin anknytningsperson, där protest, förtvivlan och losskoppling beskriver de tre reaktionsmönster som kännetecknar barnets försök att hantera den psykologiska förlusten av trygghet.

En genomgång av den internationella forskningslitteraturen speglar de variationer som finns i former för barns boende och de situationer där barn inte kan bo hos sina föräldrar. Vi redogör för förutsättningar och krav som kan ställas när barn ska övernatta i mer än en omsorgsmiljö, t.ex. hos biologiska föräldrar och tidigare familjehemsföräldrar. Varje land har sina rättssystem och principer som styr formerna för samhällsvård av små barn vars liv och hälsa är i fara. Vi redogör för kunskapen om den långsiktiga psykosociala utvecklingen hos barn på institution, barn i familje-hem och adopterade barn. Slutsatserna är entydiga, den mest olämpliga miljön för späda och små barn är att bo på institution (utan sin förälder), och denna form bör därför inte användas annat än i undantagsfall. De stora svårigheterna med institutionsvård är de begränsade möjligheterna att erbjuda långsiktigt, engagerat och stabilt omhändertagande där barnen får möjlighet att knyta an till en eller ett par specifika personer. Familjehem är den vanligaste vårdformen i västvärldens kulturer men flera uppföljningar visar att barn i denna vårdform inte alltid når de goda utvecklingsresultat som barn har rätt till. Forskningen pekar på brister och poängterar hur denna vårdform kräver stort engagemang från samhället för att fungera på ett godtagbart sätt. En god familjehemsvård förutsätter att de sociala myndigheterna ansvarar för att tillhandahålla utbildning, handledning och långsiktigt stabila förutsättningar så att

de vuxna som ska träda in i de biologiska föräldrarnas ställe och ta emot ett barn i sin egen familj kan göra det på ett bra sätt. En "triadisk trygg bas", där barn, familjehem och biologisk familj kan samarbeta är eftersträvarvärt, men kräver ofta stora insatser och stöd från myndigheterna. Till sist visar adoptionsforskningen en trend mot alltmer öppna adoptioner, en form som uppfattas positivt av alla inblandade och som underlättar för barnet att behålla en kontakt med sitt biologiska ursprung. De öppna adoptionerna har gemensamma drag med den vårdnadsöverflyttning som i Sverige kan föreslås av socialnämnd och prövas i tingsrätt.

Vårdnadsöverflyttning ska alltid övervägas efter det att barnet bott tre år i samma familjehem, men kan också initieras tidigare. Vissa betydelsefulla skillnader finns emellertid mellan en öppen adoption och en vårdnadsöverflyttning. En adoption är, även om den är öppen, definitiv då alla rättsliga relationer mellan barnet och den biologiska familjen bryts. Denna brytning sker inte vid vårdnadsöverflyttning, då barnet i dessa fall har kvar umgänges- och arvsrätt. Varför vårdnadsöverflyttning, som utgår från barnets rätt till fortsatt relation till sina "psykologiska" föräldrar och som förespråkats i Sverige, används i så begränsad omfattning bör utredas närmare och de hinder, som försvårar lagstiftarens intentioner med vårdnadsöverflyttning, bör undanröjas.

I rapportens diskussionsavsnitt behandlas frågan om den bästa formen för akuta placeringar av små barn, vars liv och hälsa är i omedelbar fara. Vi föreslår att små barn om möjligt inte ska skiljas från sin förälder och placeras i ett jourfosterhem för att därefter eventuellt uppleva ytterligare separation och introduceras till en ny föräldraomgivning. Den biologiska föräldern och barnet bör i stället vistas tillsammans (såvida inte föräldern är akut farlig för barnet) i form av en gemensam placering, där föräldern kan få stöd, familjens situation kartläggas och relationen mellan biologisk förälder och barn observeras under utredningstiden. Om barnet och föräldern måste skiljas åt ska barnet placeras så att en tät kontakt mellan barn och förälder kan upprätthållas till dess att slutligt beslut fattats.

I diskussionsavsnittet ger vi också synpunkter på betydelsen av längden på samhällsvården i förhållande till barns ålder, samt frågor om stöd för kontinuitet mellan olika personer och miljöer i barnets liv. Hänsyn till barns ålder måste tas i varje enskilt fall. Barn som varit två av sina första fyra år i ett familjehem har t ex i de allra flesta fall utvecklat en starkare förankring i familje-hemmet jämfört med äldre barn som varit där tre av sina tolv år. Yngre barns behov av sina familjehemsföräldrar kan därför se annorlunda ut än äldres.

I de fall grunden för samhällsvård, i form av föräldrarnas oförmåga att ta hand om sitt barn, har upphört måste barnens anknytning och behov av omvårdnadsnära stabilitet vägas in. I synnerhet små barn måste med tvingande biologisk nödvändighet rikta sitt anknytningsbehov mot de vuxna som trätt i de biologiska föräldrarnas ställe. Risken för barnets utveckling, genom att ryckas upp ur den miljö som barnet rotat sig i och flytta från de familjehems-föräldrar som barnet upplever som sina "riktiga" föräldrar, måste nogsamt vägas mot de biologiska föräldrarnas berättigade önskan att återfå sitt barn.

Till sist understryks de specifika hänsyn som måste tas när det gäller barn som utsatts för allvarlig omsorgssvikt och vars behov av extra trygghet och långsiktig stabilitet är avgörande för deras fortsatta utveckling. Om socialnämnden beslutar om familjehemsplacering krävs för att kunna handlägga dessa svåra ärenden: (1)

särskilt välfungerande familjehem (2) en långsiktig planering, (3) en stödjande organisation för familjehemmet att luta sig mot, (4) särskilt anpassad utbildning och handledning samt (5) att familjehemmet tillåts fokusera på barnets välbefinnande och inte belastas med långtgående krav på samarbete med de biologiska föräldrarna.

## Begrepp

För att språkligt underlätta för läsaren använder vi ofta ordet förälder men vi vill klargöra att denna förälder kan vara mamma, pappa, familjehemsförälder eller annan person som har ansvar för barnets omvårdnad. Texten utgår från de yngsta barnens situation, med fokus på de fyra första levnadsåren, men vi diskuterar också vårdens konsekvenser för äldre barn. När det gäller barn använder vi begreppet späda och små barn för barn 0-36 månader, förskoleåldern för barn över 36 månader om inte specifik ålder nämns. Att vara tydlig med dessa begrepp är viktigt eftersom barns ålder är en så betydelsefull faktor i anknytningssammanhang och den inter-nationella litteraturen använder begreppen *infants*, *toddlers* och *pre-school children* med lite olika åldersgränser.

## 1. Grundläggande anknytningsteori

*”När vi kom dit och Lasse förstod att inget var eller skulle bli som han hade trott, då la han sig framstupa över en stol och grät tyst. Alldeles tyst, som om han insåg att det tjänar ändå inget till, de gör med mig som de vill i alla fall. Den gråten gråter ännu i mig och kommer väl att så göra i alla mina livsdagar”.*

(Författaren Astrid Lindgrens återger minnet av att hämta sin son Lasse från fosterhemmet i Danmark där han varit under sina tre första år. DN 141208)

John Bowlby, engelsk barnpsykiater och anknytningsteorins skapare, jämförde familjebakgrunden hos 44 barn och ungdomar som behandlades på grund av normbrytande beteende med lika många som behandlades på grund av andra bekymmer, såsom oro, ångest och depression (Bowlby, 1944). Den mest slående skillnaden var att de vanartiga barnen hade varit med om betydligt fler förluster och separationer från sin huvudsakliga vårdare (oftast mamman) jämfört med övriga barn under de första fem åren. Bowlby blev alltmer övertygad om att långvariga avbrott i den tidiga mor-barn-relationen påverkade små barn negativt, både på kort och på lång sikt. Hans tankar om förluster och separationer tidigt i livet fick också näring av en annan undersökning. För att skydda barnen i London undan de intensiva bombningarna under kriget, startades 1940 ett program som gick ut på att man evakuerade stadsbarnen till familjer på lands-bygden. Det blev därmed möjligt att jämföra den psykiska hälsan hos barn som skiljts från sina föräldrar, men sluppit flygbombningarna, med hur de barn mätte som blivit kvar hos sina föräldrar, men tvingats uppleva nätter i rädsla och ovisshet i Londons skyddsrum. Undersökningen visade att särskilt bland de yngsta barnen mätte de barn som slapp skilsmässan från föräldrarna bättre än de barn som slapp

flygbombningarna (Freud & Burlingham, 1943). Som en följd av dessa studier växte det fram ett intresse för betydelsen av särskilt det lilla barnets anknytning till sina föräldrar.

### 1.1 Begreppet anknytning

Bowlby beskrev anknytningsutvecklingen i fyra faser, av vilka de tre första gäller de första två levnadsåren, medan den sista behandlar utvecklingen under förskoleåren (Bowlby, 1969; 1973; 1980). Till skillnad från den tidigare synen på människans utveckling betonade han individens biologiska ursprung.

Alla människans organ, t.ex. lungor, hjärta och lever, har olika funktioner som utvecklats genom långsam anpassning till den miljö vi levtt i, det som Bowlby kallade *the environment of evolutionary adaptation*. Hjärnan är människans viktigaste organ, och även hjärnans ”styrssystem” har utvecklats för att fungera i den livsmiljö som varit människans under den långa tid som förflutit sedan vår egen och schimpansernas utvecklingslinjer delade sig. I fallet med anknytning är funktionen att ”skydda barnet mot inifrån eller utifrån kommande faror som hotar dess överlevnad” (Marvin & Britner, 2008). Denna definition av anknytning är mycket viktig. Anknytning handlar alltså inte om att tycka om någon i största allmänhet, eller om hur sällskaplig man är, eller vem man helst vill leka med. Anknytning handlar specifikt om hur människor, både barn och vuxna, utvecklar och bevarar förmågan att använda sig av vissa utvalda andra människor som källor till trygghet och skydd i stunder då faktisk eller upplevd fara hotar. Det är också viktigt att påminna om att i begreppet funktion ligger inte något antagande om syfte eller medveten vilja. Man kan uttrycka det på ett annat sätt: det nyfödda barnet skriker inte för att föräldern ska ge det mat, *men* föräldern ger det mat när det skriker (såvida inte föräldrarnas felsökningsprocedur leder till bedömningen att det är något annat behov som behöver tillgodoses). Det är i detta finstämda samspel mellan spädbarnet, som ännu är oförmöget att artikulera sina olika behov, och föräldern, som ibland är bättre och ibland sämre på att tolka spädbarnets signaler, som anknytningen utvecklas.

Anknytning handlar alltså om vårt behov av nära relationer och hur vi fungerar i dessa. Ett spädbarn som har omgetts av en eller ett par personer under sitt första levnadsår dvs. personer som funnits i barnets närhet och gett det någon form av regelbunden omvårdnad, knyter an till denna/dessa person(er). Utvecklingen är genetiskt förprogrammerad och går i normalfallet inte att hejda. En vårdnadshavare kan alltså bli en anknytningsperson utan att hon eller han för den skull varit en ”bra” förälder; det enda som krävs är att hon eller han är där tillräckligt regelbundet för att barnet ska identifiera vederbörande som en anknytningsperson. På så vis liknar anknytningen hos små barn den mekanism som kallas prägling hos en del andra djurarter (Lorenz, 1935). Man kan uttrycka det som att evolutionen förberett alla barn på att utgå ifrån att deras vårdnadshavare är, om inte perfekta så åtminstone närvarande och ”tillräckligt bra”. Eftersom de flesta vårdnadshavare faktiskt är det, så går det i allmänhet bra. De barn som har oturen att födas in i familjer där föräldrarnas omsorgsförmåga är helt otillräcklig riskerar olika former av felutveckling på grund av den omsorgssvikt som de utsätts för. Men även dessa barn knyter an till sina föräldrar. Det är viktigt att poängtera detta, så att man inte

drar den felaktiga slutsatsen att föräldrarnas omsorg om barnet varit god, eftersom barnet har knutit an till dem.

De affektiva erfarenheterna av ”hur det är att blir omvårdad” lagras och ligger till grund för de mentala representationer (*inre arbetsmodeller*) som barnet utvecklar under småbarnsåren. Dessa innehåller både hur barnet uppfattar sig själv och viktiga närstående, samt samspelet dem emellan. Att vara anknuten är alltså något mycket mer än att bara söka närhet undan faror, det är den känslomässiga relation som är allra starkast utvecklad hos människan, och därmed ett motivationssystem i överlevnadens tjänst. I och med att anknytningen ”präntas in” i barnets hjärna blir den också till en viktig beståndsdel i vår personlighet som har betydelse för hur vi som växande individer organiserar våra inre liv under hela vår livscykel (Ainsworth 1989, s. 711). Teorin griper alltså in i det som vi alla lever i till vardags, som relationen mellan barn och förälder eller den mellan två parter i ett kärleksförhållande.

När barnet upplever fara slås anknytningen på, som en termostat, för att sedan återgå i viloläge (stand-by) med hjälp av förälderns beskyddande närhet. Om föräldern försvinner under lång tid (separation) finns där ingen beskyddande närhet som kan hjälpa till att reglera ”termostaten”. Föräldern behöver inte vara fysiskt borta, ett barn kan uppleva en sådan förlust också om föräldern är fysiskt närvarande men psykologiskt otillgänglig. Det gäller i synnerhet om föräldern varit kopplad till någon form av hot/fara för barnet, genom att han eller hon uppträtt på ett för barnet obegripligt eller skrämmande sätt.

Under de första levnadsåren utvecklar barn olika anknytnings-relationer parallellt och på olika sätt, beroende på varje relations unika förutsättningar. I vårt samhälle tenderar mammor att i större utsträckning än pappor vara den fasta punkten i små barns liv genom att de ofta lägger mycket tid och engagemang på mat och omvårdnad under den första spädbarnstiden. De kommer följaktligen oftare att bli sina barns primära vårdnadshavare. Det är viktigt att betona att detta inte är liktydigt med att mammor genom sitt biologiska kön är viktigare än pappor för små barn, att barn måste växa upp med heterosexuella omvårdnadsrelationer eller i traditionella kärnfamiljer för att utvecklas väl.

## 1.2 Anknytnings utveckling under de första levnadsåren

### Fas I: Orientering och signaler som inte riktas till en specifik person

#### *(Från födseln och upp till mellan åtta och tolv veckor)*

Det nyfödda barnets beteende får omgivande personer att reagera. När barnet skriker, skrynklar ihop sitt ansikte och fåktar med armar och ben, leder det nästan alltid till att någon tar hand om barnet. Jämfört med andra däggdjursungar är det nyfödda spädbarnet osedvanligt dåligt utvecklat för att klara sig på egen hand. Det är faktiskt omöjligt att tänka sig ett spädbarn utan att samtidigt tänka sig en omvårdande person i spädbarnets absoluta närhet (Winnicott, 1960). Så skyddslöst är det nyfödda barnet att det inte överlever många timmar utan kontakt med en omvårdande person. Men det nyfödda barnet vet ännu inte vem/vilka som ska bli dess anknytningsperson(er). Barn är genetiskt förprogrammerade att knyta an till de personer som finns runt omkring dem under den första tiden i livet vilket i

allmänhet, men inte nödvändigtvis, är de biologiska föräldrarna. Men eftersom spädbarnet inte är genetiskt för-programmerat för att knyta an till en bestämd person blir barnets första uppgift att lära sig känna igen personerna i sin omgivning.

Det nyfödda barnet använder alla sina sinnen (lukt, smak, hörsel, syn och känsel) för att lära sig så mycket som möjligt om sig själv och om den värld det fötts in i, och senast vid fyra veckors ålder brukar spädbarn kunna visa att de föredrar att titta på mänskliga ansikten framför mekaniska föremål, och de visar också att de hellre lyssnar på och lugnas av mänskliga röster jämfört med andra ljudkällor. Barnet reagerar än så länge likartat på alla vuxna som demonstrerar ett kompetent omvårdnadsbeteende, därför kan även en främmande person med spädbarnsvana trösta den upprörda babyn. Men föräldern gör detta så mycket oftare. Om föräldern regelmässigt svarar adekvat på spädbarnets signaler kan man efter en eller ett par månader se att barn och förälder kommit in i en rytm, där barnets signaler ger förutsägbara föräldrareaktioner, vilka i sin tur får förutsägbara resultat t.ex. att barnet lugnar sig. När detta fortgått en tid går spädbarnet in i nästa anknytningsfas, den som kännetecknas av att barnet blir mer selektivt i sina kontaktförsök med omvärlden.

## **Fas II: Orientering och signaler som är riktade mot en eller ett par specifika personer**

*(Från åtta till tolv veckor och upp till mellan sex och nio månader)*

Övergången till fas II sker gradvis och kännetecknas av att successivt färre personer lyckas få spädbarnet att stänga av ett beteende (som att gråta), eller aktivera ett annat (som att le). Det räcker inte längre att vara en kompetent vuxen vem som helst, spädbarnet börjar mycket mera aktivt än tidigare att själv ta initiativ till kontakt med sina föräldrar. Den person som är på väg att bli en anknytningsperson kännetecknas av att han eller hon är den som är bäst på att få barnet att sluta gråta, barnet börjar gråta när han eller hon lämnar barnet, barnet ler mot, jollar mot och riktar sig (visuellt och motoriskt) till honom eller henne, barnet "hälsar" när han eller hon dyker upp i blickfältet samt klänger på och utforskar hans eller hennes kropp. I samtliga dessa fall har barnets blivande anknytningsperson lättare att få en positiv reaktion från barnet, jämfört med personer i allmänhet. Den tredje viktiga förändringen under fas II är att spädbarnet alltmer riktar sina behov selektivt till sina föräldrar, både anknytnings-relevanta omvårdnadsbehov och allmänna sociala kontaktbehov.

Under fas II påbörjas också den typ av längre samspelskedjor som ligger till grund för utvecklingen av olika anknytningsmönster (barnet upplever ett behov och signalerar – föräldern hör barnets signal och svarar – barnet upplever att behovet tillfredsställs/eller inte). Trots allt detta är det fortfarande några viktiga pusselbitar som saknas för att vi ska säga att barnet har knutit an. När dessa bitar börjar falla på plats övergår anknytningsrelationen till sin viktigaste och mest dramatiska fas. Det säkraste tecknet på att barnet är på väg in i fas III är att det börjar krypa eller på annat sätt förflytta sig (förutsatt naturligtvis att det har en normalt fungerande motorik).



### Fas III: Upprätthållande av fysisk närhet till en eller ett par specifika personer

*(Från mellan sex och nio månader till cirka tre års ålder)*

I och med att barnet nu kan förflytta sig, kan det också själv börja reglera avståndet till anknytningspersonen: (1) Barnet närmar sig anknytningspersonen vid återförening eller då det är ledset, (2) barnet följer efter anknytningspersonen då hon eller han går mot dörren för att gå ut ur rummet, (3) barnet använder anknytningspersonen som en *trygg bas* – en utgångspunkt för sitt utforskande av världen runt omkring och (4) barnet använder anknytningspersonen som en *säker hamm* – en tillflyktsort att återvända till när barnet upplever en fara under sitt utforskande av världen. Runt åtta till tio månaders ålder har de flesta barn utvecklat de förmågor som är en förutsättning för att det ska gå att iakta de slags anknytningsbeteenden som Bowlbys kollega Mary Ainsworth detaljerat beskrev (Ainsworth, Blehar, Waters and Wall, 1978). Därmed är det också möjligt att utifrån observation av samspelet mellan barn och förälder bilda sig en uppfattning om huruvida det föreligger en anknytning från barnets sida eller inte. Det är viktigt att betona att det är barnet som knyter an till den vuxne, inte tvärtom (se nedan under omvårdnadsbeteende). Ainsworth och hennes medarbetare beskrev två aspekter av relationen mellan barn och förälder som var av särskilt stor betydelse för barnets utveckling: (1) hur barnet använde föräldern som en *trygg bas* att utgå ifrån i sitt utforskande av världen, och (2) hur föräldern utgjorde en *säker hamm* att ”fly tillbaka till” när barnet kände sig oroad av något. Senare anknytningsforskning har belagt betydelsen av dessa begrepp för att förstå barns utveckling under hela barndomen.

#### 1.3 Primär anknytningsperson och anknytningshierarki

När ett barn blivit ett år, och under denna tid har haft tillräckligt regelbunden fysisk kontakt med en eller ett par omvårdnadspersoner, har det utvecklat anknytning till dessa personer. Anknytningen är relationsspecifik och i huvudsak beroende av hur omvårdnads-personen betett sig mot barnet, framför allt i anknytningsrelevanta situationer. Den som barnet haft mest kontakt med, den som mest funnits tillgänglig för att svara på barnets behov, kommer att vara högst i den rangordning som kallas anknytningshierarkin. Denna person kommer barnet i första hand att vända sig till när det behöver tröst, men om just denna förälder inte är tillgänglig kommer barnet att kunna vända sig till någon annan som barnet också har en anknytning till. Barn knyter alltså normalt an till flera personer, det är en del av överlevnadsskyddet att inte ”satsa allt på ett kort” utan se till att ha tillgång till fler personer som kan ge tröst och skydd vid behov. Barn behöver hålla flera personer ”varma”, när inte mamma eller pappa är tillgängliga, då kanske en dagispersonal eller en mormor duger. Men om föräldern finns i närheten kommer han eller hon att föredras. Anknytningshierarkin kan växla, beroende på den vuxnes tillgänglighet, t.ex. vid skifte av föräldraledighet, men barnet signalerar att det vet vem det helst vill vara hos; den som står högst i hierarkin.

#### 1.4 Skillnaden mellan att knyta an och anknytningens kvalitet.

Alla barn i alla kända mänskliga kulturer, förutom vissa barn med mycket grava neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, knyter an till sina vårdnadshavare. Detta är innebörden av *universalitetsprincipen* (van IJendoorn & Sagi, 2008). Omvårdnadsforskningen har visat på betydelsen av att skilja mellan *att utveckla* en anknytning å ena sidan och *kvaliteten* på anknytningen å den andra (Weinfeld, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999). Det faktum att det är förekomsten av regelbunden fysisk kontakt mellan barn och förälder som avgör om en anknytning kommer att utvecklas innebär ju att ett spädbarn knyter an också till en misshandlande eller vanvårdande förälder. De barn som inte ges tillfälle att skapa en anknytningsrelation är de som ”gått från famn till famn”, utan att ha fått stanna hos någon tillräckligt länge. Att ett barn knutit an till sin förälder är därmed inget bevis för att barn och förälder haft det bra tillsammans, och kan därmed inte ensamt utgöra något argument för att barnet inte ska omhändertas om omsorgssviken är påtaglig.

#### Anknytningsmönster

Efter många års observationer av samspel mellan spädbarn och mammor, och för att kunna bedöma individuella skillnader mellan olika barn, konstruerade Ainsworth en testsituation, *Främmande-situationen*, för att värdera anknytningens kvalitativa variationer. Testsituationen är standardiserad och tillräckligt främmande för att aktivera barnens anknytningssystem, men inte skrämmande eller farlig. Precis som med andra beteendesystem är det bara när anknytningssystemet är aktiverat, när termostaten är påslagen, som det går att studera hur systemet fungerar.

Ainsworth identifierade tre olika mönster hos barn då föräldern återvände efter en kort separation, hon benämnde mönstren trygg, undvikande och ambivalent/motspänstig anknytning (se t.ex. Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006 för en beskrivning av olika anknytningsmönster). Dessa tre mönster kom så småningom att kallas för organiserad anknytning. Det fanns här en förutsägbarhet i beteendet, en strategi. Barnet hade utifrån sitt hittillsvarande samspel med föräldern kunnat bilda sig en enhetlig mental organisation av relationen ”jag med min förälder”, och kunde använda sig av denna när det utsattes för separation och återförening t.ex. i Främmandesituationen.

När andra forskare började studera riskgrupper med Främmandesituationen fann de barn som inte kunde klassificeras enligt något av de tre mönstren. En del av dessa barn har senare beskrivits med begreppet *desorganiserad anknytning* (Main & Solomon, 1986; se Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008 för en noggrann genomgång). Om samspelet med föräldern innehållit alltför många oförståeliga eller direkt skrämmande inslag, blir det inte möjligt för barnet att skapa en enhetlig mental organisation av relationen; anknytningen blir desorganiserad. Det råder idag bred enighet bland anknytningsforskare om att det för barns utveckling på lång sikt, är viktigare att avgöra om den tidiga anknytningen är desorganiserad eller organiserad, än att lyfta fram de olika formerna av organiserad anknytning (även om dessa olika mönster också är värda att uppmärksamma). Studier av barn i åldern 12–18 månader med hjälp av

Främmandesituationen visar att andelen barn med desorganiserad anknytning är cirka 15 procent i "normal-familjer" men upp till 80 procent i uttalade riskgrupper (allvarligt traumatiserade, psykiskt sjuka eller missbrukande föräldrar, samt fall av dokumenterad barnmisshandel) (van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

För barn som upplever att omvärlden ständigt är oförutsägbar eller farlig ökar riskerna för bestående effekter på hjärnans utveckling och stressreglerande funktion. Barn som vid upprepade tillfällen utsätts för traumatiserande stress som de inte får hjälp med att hantera, eller som lever med kronisk stress, löper risk att få bestående biokemiska förändringar i den s.k. HPA-axeln som bl.a. utsöndrar det stress-hanterande hormonet kortisol. I de allvarliga situationer som beskrivits från mycket dåligt fungerande barnhem har de vanvårdade barnens hjärnutveckling hämmats med allvarliga kognitiva störningar som följd (se nedan under avsnittet barn på institution). Barn som utsätts för denna allvarliga omsorgssvikt utvecklar ofta en beteendeorganisation som styrs mot en hög beredskap för kamp- och flyktreaktioner där deras negativa förväntningar på omvärlden inte sällan kombineras med lättväckt aggressivitet (Broberg, Almqvist, Risholm Mothander & Tjus, 2015).

### 1.5 Omvårdnadens betydelse

Som vi tidigare påpekat har människans förmåga att vid behov kunna lita på stöd från andra utvecklats som en av de viktigaste faktorerna för att gynna artens överlevnad. Nyfödda barn är biologiskt för-beredda på att andra ska ta hand om dem och se till att de inte fryser eller svälter ihjäl, men det kräver i sin tur att någon är beredd att ta på sig uppgiften och engagera sig i att ta hand om den som är mindre och svagare. Till skillnad från anknytning, som definieras som en process i riktning från den svagare till den starkare, beskrivs *bindning* (eng. bonding) som den process där föräldern mentalt bestämmer sig för att ta hand om sin avkomma dvs. en process som går från den starkare till den svagare. Ainsworth lyfte särskilt fram två aspekter som visar att föräldern utvecklat en psykologisk bindning till sitt barn: (1) Föräldern uppfattar, tolkar och besvarar på ett lyhört sätt barnets signaler om att det behöver tröst och skydd alternativt vill utforska världen på egen hand. (2) Föräldern är förutsägbar i sina egna reaktioner på barnets signaler så att barnet kan organisera en inre arbetsmodell av samspelet mellan sig själv och föräldern. Den kvalitativt goda omvårdnaden skapar möjligheter för barnet att finna en balans mellan närhet och utforskande, där bägge beteendesystemen får god plats. Senare forskare (Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2013), som särskilt arbetat med familjer med psykosocial problematik, har förenklat beskrivningen av vilken typ av omvårdnad som är förenad med trygg anknytning, och uttryckt det som att en förälder ska vara: "Större, Starkare, Klokare - och Snäll".

#### Långsiktigt känslomässigt engagemang

För de allra flesta vuxna som blir föräldrar är det självklart att försöka vara just 'större, starkare, klokare och snäll'. I föräldrarollen finns emellertid också en naturlig oro, inte bara inför det egna ansvaret för uppgiften utan också för att barnet ska utvecklas till en "riktig och fullvärdig människa". Föräldrastressen beskrevs av

den amerikanske spädbarnsforskaren Daniel Stern (1995) som en föräldrakonstellation, som formas av fyra uppgifter eller teman.

(1) Det första temat handlar om att ta om hand om sitt barn så att det överlever (life-growth theme). Detta kräver att föräldern riktar sin uppmärksamhet mot att lyhört tolka och besvara barnets signaler. I detta perspektiv blir barnets behov viktigare än föräldrarnas, eller snarare föräldrarnas främsta behov blir att tillfredsställa barnet.

(2) Det andra utgörs temat av strävan efter att få en känslomässig kontakt med sitt barn (primary relatedness theme). Tillfredsställelsen över att den egna babyn ser ut att må bra är den största belöningen, oron för att inte uppnå nöjdheten fungerar som en motor. Ett barn som har svårt att reglera sin vakenhet och komma till ro, kanske har kolik eller är särskilt känsligt, ställer sina föräldrar på större prov än det barn som tydligt och förutsägbart kan möta omvärlden

(3) Det tredje temat, att förändra sin egen grundidentitet till att bli "en förälder" (identity reorganization theme), kan illustreras med att många nyblivna föräldrar börjar en ny tideräkning när deras barn är fött. En förälder kan t.ex. tänka att "Det var den sommaren när Kim lärde sig gå" snarare än att det var sommaren 2013.

(4) Det fjärde temat handlar om att etablera ett stödjande och skyddande nätverk runt sig och sitt barn (the supporting matrix theme). Här beskrivs vikten av att som förälder inte vara ensam, utan kunna skapa en fungerande vardag där flera vuxna är engagerade för att möta det växande barnets behov.

De alla flesta familjer löser dessa uppgifter utan alltför stora svårigheter, även om tillfälliga svackor eller trösklar kan öka påfrestningarna. Om en familj däremot möter allvarliga motgångar, eller faktorer inom eller runt om familjen gör att svårigheterna kan förväntas bestå under längre tid, är hjälp utifrån nödvändig. När förmågan att vara en tillräckligt bra förälder förmörkas av egna negativa barndomsminnen, eller "spöken i barnkammaren" som Selma Fraiberg (1980) uttryckte sig, när barns liv och utveckling är i fara för att föräldrar inte ser sina barns behov eller inte har egna resurser nog att ta hand om sitt barn, har samhället en skyldighet att ingripa.

I den tidiga anknytningsteorin finns den kvalitativa omvårdnads-bristen tydliggjord. Bowlby betonade hur allvarligt det var när barn aldrig blivit omhändertagna av någon som varit långsiktigt engagerad, när ingen tillämpat kunskapen om att vara en förälder som alltid finns för sitt barn (eng. caregiver commitment). Under senare år har diskussionen om att återvända till anknytningsteorins kliniska rötter fått förnyad kraft i och med att arbete med olika riskgrupper kommit i fokus. Den amerikanska forskaren Mary Dozier skriver, tillsammans med sina kolleger, att den teoretiska eller empiriska anknytningslitteraturen under flera decennier inte gav tillräckligt utrymme åt betydelsen av den långsiktigt engagerade omvårdnaden utan fokuserade för mycket på den akademiska forskningen om barns anknytningsmönster (Dozier, Grasso Lindhiem, & Lewis, 2007). Detta trots att det känslomässiga föräldraskapet, menar Dozier, är avgörande för kvaliteten på omvårdnaden och därmed en förutsättning för varje barns utveckling och hälsa. I ett kliniskt perspektiv blir skillnaderna mellan den omvårdnad som är förknippad med barns organiserade anknytning, där barnen har en strategi, och den omvårdnad som är kopplad till desorganiserad

anknytning, där barnen saknar en sådan, därför mer betydelsefull än skillnaderna inom den organiserade typen.

De amerikanska forskarna Judith Solomon och Carol George har särskilt intresserat sig för kopplingen mellan mammors ”abdikerade” omvårdningsförmåga och barns desorganiserade anknytning (George & Solomon, 2008; Solomon & George, 1996; 2011). Den känslomässiga kommunikationen hos denna grupp mammor har av Karlen Lyons-Ruth (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2003) beskrivits som ”affektivt inkongruent” (dvs. uttryck och budskap hänger inte ihop) och skrämmande just för att den lämnar det lilla barnet åt sig själv i situationer där det behöver sin förälder som allra mest. Ofta är dessa mammor själva traumatiserade, de blir skrämda och drar sig undan när barnen uttrycker behov av närhet. Genom att de inte kan hålla isär sin egen och sitt barns rädsla kan de varken svara lyhört eller vara förutsägbara när barnet behöver dem. Forskarna Mary Main och Erik Hesse har vidare gett betydelsefulla bidrag till förståelsen av kopplingen mellan skrämmande omvårdnad och utvecklingen av desorganiserad anknytning (Main & Hesse, 1990). De har i sin forskning påvisat de negativa konsekvenserna, i form av desorganiserad anknytning, som kan bli följden av den paradoxala situation som uppstår när den som ska skydda barnet samtidigt är den som skrämmer barnet. Anknytningssystemets reaktion på det upplevda hotet/faran är att styra barnet mot föräldern för att få skydd, samtidigt som det är just därifrån det hot kommer som barnet behöver undvika. Ett litet barn kan på grund av sin begränsade kognitiva kapacitet inte hantera en sådan paradoxal situation och då inte heller organisera sin anknytning till föräldern. Därför är det så grundläggande viktigt att föräldrar inte är skrämmande för sina barn.

Dozier och Lindhiem (2006) förtydligar vad den långsiktigt engagerade omvårdnaden innebär genom att beskriva skillnaden mellan dyadisk och triadisk anknytning. I den dyadiska anknytningen handlar det om hur en förälder kan trösta och skydda sitt barn mot hot och upplevd fara som uppkommer inom deras relation, kanske hemma eller i vardagen. Den triadiska anknytningen, däremot, handlar om hur föräldern kan skydda barnet från en fara som kommer från en källa utanför dem båda, en tredje part som föräldern inte har makt över. Exempelvis kan en trött och inte så resursstark förälder låta bli att trösta sitt barn när det upplevs som besvärligt, men ändå vara en stark och tydlig försvarare av barnet, ”en tigrinna” om ett yttre hot upplevs. Forskarna menar att denna kraft, att aldrig någonsin överge barnet, är det som mest liknar den långsiktigt engagerade omvårdnaden. Den är djupt rotad i människan, och den har behövts eftersom hot mot barns säkerhet och trygghet inte sällan kommer från andra medlemmar av den egna arten, något som vi även idag ser exempel på i våldsutsatta miljöer.

Som framgår av ovanstående är anknytningen viktig inte bara under småbarnstiden utan under hela barndomen. Det berättande självet som barn utvecklar under senare delen av förskoleåren innebär att barnet börjar skapa en livsberättelse som sträcker sig från födelsen och framåt. Det är viktigt att denna berättelse hänger samman (är *koherent*) och att den hjälper barnet att känslomässigt förstå vad det varit med om. Om barnet haft traumatiska upplevelser under tidig barndom, även så tidiga att barnet inte har några medvetna språkligt lagrade minnen av dem, så är det extra viktigt att barnet omges av vuxna som kan hjälpa barnet att få ihop en sammanhängande livsberättelse. Det var just avsaknaden av en

sammanhängande livsberättelse hos en grupp ungdomar som fick Bowlby att inleda sitt arbete med att undersöka betydelsen av tidiga separationer. Den sammanhängande historien har inte bara betydelse för anpassningen under barnåren, hela livet ägnar sig människan åt ett inre samtal där tidigare upplevelser bearbetas för att göra livet begripligt och skapa mening och riktning i sitt eget nuvarande och framtida liv.

### 1.6 Anknytning under förskoleåren

Från att vara en närmast instinktmässig företeelse hos barn upp till ca två års ålder utvecklas anknytningen under förskoleåren i riktning mot vad man kallar ”upplevd trygghet” (eng. felt security). Den upplevda tryggheten baserar sig på de summerade erfarenheterna av i vilken grad omvårdnadspersonerna finns tillgängliga och svarar adekvat när helst barnets behov av närhet, trygghet och beskydd gör sig påminda. Den upplevda tryggheten är en förutsättning för att barnet senare under förskoleåren ska få det mentala utrymme som krävs för att kunna ägna sig åt kamratrelationer, lek och lärande som då står i fokus. Desorganiserad anknytning under senare delen av förskoleåren ökar alltså risken för att barnets förmåga och intresse av att utforska världen sjunker, i värsta fall genom ett kroniskt påslaget anknytningssystem som ingen vuxen hjälper till att reglera.

Efter fyllda tre år behöver allt färre barn direkt kroppskontakt efter en kortare separation, i stället hälsar de föräldern med mimik och/eller genom att berätta om något som inträffat under skilsmässan, som ett sätt att återknyta kontakten. Det faktum att kravet på fysisk kontakt efter kortare separationer avtar drastiskt innebär inte att anknytningen mellan barn och förälder blivit mindre viktig för barnet, däremot innebär det att anknytningen organiseras annorlunda. Sökandet efter fysisk närhet avtar, medan olika former för kommunikation på avstånd – ögonkontakt, uppdaterande småprat, utbyte av känslomättad information (jag blev ledsen när du gick), gemensam planering (får jag se på teve när vi kommer hem) – träder i dess ställe. Allt det här innebär att barnet någon gång mellan tre och fyra års ålder börjar organisera anknytningen till föräldern i enlighet med det som Bowlby (1969/1982) kallade *målkorrigerat partnerskap*.

### Främlingsrädslan förändras

Reaktionen på främlingar, skiljer typiskt sett förskolebarn från späda och små barn. Främlingsrädslan frikopplas från anknytningssystemet, och knyts i stället till det beteendesystem som styr barnets sociabilitet (hur gärna man är tillsammans med andra människor), något som är viktigt för den fortsatta utvecklingen. Förskolebarnet ska ju i allt högre utsträckning lära sig att själv ta kontakt med främmande människor, även i situationer när barnet inte är tillsammans med sina anknytningssystemer. Samtidigt måste barnet, för att skydda sig själv mot potentiellt farliga kontakter med främmande, utveckla en egen varningsklocka som fungerar när barnets anknytningssystemer inte är närvarande.

### Utveckling av mentaliseringsförmågan

Det är under förskoleåren som barn i allt väsentligt utvecklar den kommunikativa förmåga som krävs för att de ska kunna integreras i större sociala grupper. Redan i treårsåldern kan barn förstå komplexa regler för socialt samspel, tolka andras känslor, och vilket mål eller syfte andra har med sitt beteende. Fyraåringar har tagit ännu ett väsentligt steg framåt och utvecklat det som kanske mer än något annat skiljer människan från de övriga djuren, nämligen förmågan att tänka om både egna och andras känslor. Genom sin förmåga att mentalisera blir barnet mindre egocentriskt; det kan till exempel förstå att företeelser uppfattas olika av olika människor beroende på vilken information de har (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009).

### Mer avancerade inre arbetsmodeller (IAM)

Med hjälp av sin utvecklade kognitiva förmåga och sin bättre förmåga till känslomässig självreglering har förskolebarnet förutsättningar att bygga upp mer avancerade inre arbetsmodeller än tidigare. Den stora skillnaden ligger i att barnet inte längre är bundet vid den tid- och rumsmässiga kedjan av händelser som ensamt underlag för sina inre arbetsmodeller. En viktig aspekt av denna utveckling är förmågan till impulskontroll. I stället för att som tvååringen omedelbart aktivera en inre arbetsmodell och utlösa ett visst beteende i enlighet med denna, kan tre- eller fyraåringen hejda sig och använda sin förståelse för föräldrarnas avsikt/mål som underlag för sin egen inre arbetsmodell och sitt beteende.

Det två och ett halvt år gamla barnet som efter avslutad förskolevistelse går med sin förälder till livsmedelsaffären och ser hyllan med lösgodis säger till föräldern "jag vill ha godis". Föräldrarnas svar: "det är inte lördag i dag, så det blir inget godis" har ingen annan effekt än att barnet högljutt skriker "*Jag vill ha godis!*", och i värsta fall kastar sig på golvet. Ett år senare kan samma barn som reaktion på föräldrarnas svar starta en förhandling: "kan jag få en banan i stället?" Föräldern, som inte vill ha något bråk, och betänker att det var ett tag sedan barnet åt mellanmål, tar tacksamt emot den erbjudna lösningen och säger att visst kan du få en banan om du väntar med att äta tills vi betalat den i kassan.

Fyraåringen har alltså tillgång till avancerade, hierarkiskt organiserade, inre arbetsmodeller av sig själv i samspel med föräldern, vilka är byggda på tidigare erfarenheter av samspelet dem emellan. Den nyvunna kognitiva förmågan gör det möjligt för barnet att parallellt processa sina egna önskningar och behov och sin inre representation av föräldrarnas önskningar och behov, för att nå fram till ett gemensamt perspektiv: "ja så gör vi!" I och med detta är barnet färdigt för det som Bowlby (1969/1982) beskrev som den sista fasen i anknytningsutvecklingen – det *målkorrigerade partnerskapet*.

### Fas IV: Upprätthållande av en relation byggd på målkorrigerat partnerskap

Det målkorrigerade partnerskapet mellan det äldre förskolebarnet och föräldern karakteriseras av att barnet (Marvin, 1977): (1) förstår att anknytningspersonen har egna känslor, önskningar och behov, (2) kan skilja mellan det egna perspektivet och anknytningspersonens, i synnerhet när dessa skiljer sig åt, (3) kan dra

slutsatser, utifrån logik och tidigare erfarenheter, angående vad som styr anknytnings-personens planer och beteenden, (4) kan göra en rimlig skattning av hur väl det egna och anknytningspersonens perspektiv stämmer överens och vari skillnaderna består och (5) kan påverka anknytnings-personens mål och beteende utifrån sin kunskap om den andres mål.

Det är just så som barnet i livsmedelsaffären i exemplet ovan agerar. Barnet vet av tidigare erfarenhet att föräldern vill barnet väl, alltså är konflikten en konflikt mellan vänner, varav följer att den ska lösas med hjälp av strategin ”båda vinner”. Barnet vill ha något lättsmält att äta, både för att det är hungrigt och för att det är ett synbart bevis på föräldrarnas omsorg, vilket man kan behöva som barn efter en hel dag i förskolan. Barnet vet samtidigt av erfarenhet att begreppet ”lördagsgodis”, av något för barnet outgrundligt skäl, är heligt för föräldern. Det gäller alltså att föreslå något som tar hänsyn till detta och samtidigt tillgodoser barnets önskemål – banan!

En konsekvens av denna utveckling är att från och med cirka fyra års ålder är anknytningssystemets ”mål” inte längre i första hand fysisk närhet eller fysisk kontakt, utan en överenskommen plan för hur sådan närhet ska uppnås när den behövs. Trygg anknytning i fyraårsåldern innebär alltså en inre övertygelse hos barnet om att barnet och föräldern delar en sådan plan, och en övertygelse om att föräldern (1) är tillgänglig för barnet och (2) informerar barnet om vart han/hon tar vägen och hur barnet kan nå honom/henne om så skulle behövas.

Förändringen av anknytningssystemet innebär också att barnet på allvar inser att bandet till föräldern utgörs av en varaktig relation, som inte är beroende av att de befinner sig nära varandra rent fysiskt. Genom att behovet av fysisk närhet minskar får barnet större möjligheter än tidigare att med kraft och energi ägna sig åt andra relationer – till kamrater, lärare, och andra vuxna. Återigen är det viktigt att betona att den utvecklingsbetingade förändringen inte innebär vare sig att anknytning som begrepp spelat ut sin roll i barnets utveckling, eller att barnet inte längre uppskattar fysisk närhet till sin förälder. Däremot betyder det att antalet situationer som aktiverar anknytningssystemet sjunker, och därmed ges barnet större utrymme för att utforska världen och sig själv i nya relationer och situationer. Om det händer något dramatiskt, som att barnet gör sig allvarligt illa, blir sjukt eller utsätts för någon typ av hot, aktiveras dock anknytningssystemet precis som tidigare och barnet söker kontakt med sin anknytningsperson, som förhoppningsvis är effektiv när det gäller att skydda och trösta barnet, så att anknytningssystemet återgår i viloläge.

Kontinuiteten i barnets anknytning brukar beskrivas med begreppen *förväntad kontinuitet* respektive *lagbunden diskontinuitet*. Med detta menas att ett barn som växer upp i samma hem och där det inte sker några större förändringar i samspelet mellan barn och föräldrar, förväntas behålla den anknytning under uppväxten som det utvecklats tidigt i livet. Om det däremot sker stora förändringar i barnets liv så förväntas också barnets anknytning förändras. Tidig trygg anknytning innebär alltså ingen garanti för att denna ska bestå oberoende av vad som händer i barnets liv under barndomen, men en organiserad anknytning innebär att ett barn lättare kan hantera nyuppkomna hot och faror med hjälp av sina tidigare utvecklade känslomässiga resurser. För barnet med desorganiserad anknytning saknas de redskap som behövs och barnet måste undvika eller konfrontera varje fara med



hjälp av olika psykiska försvar, som att underordna sig eller försöka kontrollera det upplevda eller verkliga hotet.

### 1.7 Små barns reaktioner vid separation och återförening

När Bowlby och hans medarbetare studerade små barns reaktioner på separation såg de att yngre barn och barn som varit med om tidigare förluster reagerade starkare än äldre barn och barn som inte hade tidigare traumatiska erfarenheter. Barn som hade blivit förberedda på skilsmässan från föräldern, fått träffa den som skulle träda i föräldrarnas ställe och sedan fick vara hemma hos denna under föräldrarnas frånvaro, reagerade mycket mindre negativt än barn som lämnades på barnhem och togs om hand av flera anställda som arbetade på rullande schema. Det var alltså inte bara separationen i sig som spelade roll utan också hur det alternativa omhändertagandet såg ut. Trots att forskarna fann stora individuella skillnader kunde de identifiera tre fas-specifika reaktioner som barn i åldern 6 till 36 månader visade under tiden som separationen varade och när mamman återvände.

#### Protest

Denna fas startade så fort vårdnadshavaren lämnade barnet till den främmande vårdaren. Det som karakteriserade protestfasen var att barnet reagerade med "upprörd förvåning" – i stil med: "vad har hänt, vart tog du vägen, kom tillbaka, kom tillbaka!". Barnet skrek argt och var motoriskt aktivt. Det sökte efter föräldern och gick upprepade gånger till det ställe där föräldern sist hade varit. Om det var en dörr försökte barnet gärna öppna dörren. I den här fasen var barnet inriktat på att återskapa kontakten med föräldern så snabbt som möjligt och "till varje pris". Barnet var helt ointresserat av den främmande vuxna som fanns i rummet, avvisade försök till tröst, och kravlade sig ner ur knäet om den främmande vårdaren tog upp barnet. Detta var en tydlig signal om att "det är inte dig utan min förälder jag vill ha kontakt med!". Olika ljud eller företeelser, exempelvis en dörr som öppnades, gav temporär lindring i barnets skrik, eftersom barnet riktade sin uppmärksamhet dit med förhoppningen att det var den försvunna föräldern som återkom. Nyckelorden för att beskriva barnen under protestfasen var: *hopp* (om att föräldern skulle återvända) och *hårt arbete* (barnet ansträngde sig på olika sätt för att återskapa kontakten med föräldern). De viktigaste känslorna som barnen gav uttryck för var *rädsla*, *ilska*, och *upprördhet*. Beroende på barnets situation och omständigheter i övrigt kunde protestfasen vara från några timmar till uppåt en vecka, därefter övergick den gradvis till nästa fas.

#### Förtvivlan

Övergången till denna fas markerades av beteenden som signalerade en tilltagande brist på hopp hos barnet om att föräldern skulle återvända. Det aktiva sökbeteendet avtog liksom den "ilskna" gråten, vilken ersattes med en tystare, mer hulkande och "inåtvänd" gråt. Barnet drog sig undan människor och aktiviteter och satt ofta med tom blick i sin säng, kramande ett kärt gosedjur eller något plagg eller föremål som föräldern lämnat kvar. Bowlby tolkade detta som att barnet nu hade börjat sörja den saknade föräldern och förlorat hoppet om att hon skulle återvända. Han menade att vuxna ofta feltolkade barnets ytliga lugn och bristande aktivitet som ett

tecken på positiv anpassning, när det i stället var ett allvarligt tecken på hur svårt barnet led av separationen. Barnets attityd och känsla kunde beskrivas med orden *hopplöshet, tillbakadragenhet* och *sorg*. Eftersom barnet i förtvivlansfasen åt dåligt, eller inte alls, riskerade det att ”tyna bort” om det inte antingen återförenades med föräldern eller av egen kraft började vända sig ut mot världen igen. Fasen varierade i längd mellan olika barn, från några dagar till flera veckor. Helt avgörande för barnets långsiktiga utveckling var (1) om föräldern kom tillbaka inom några månader eller inte, och hur föräldern då hanterade barnets samlade reaktioner på separationen, eller (2) om barnet kom till en annan vårdnadshavare som ansträngde sig för att bygga upp en tillitsfull och ”exklusiv” relation.

### Losskoppling

Den sista fasen i separationsreaktionen som Bowlby och hans medarbetare beskrev har vållat störst svårigheter. Detta beror på att det som beskrevs ursprungligen var barnens reaktion på föräldrarnas återvändande, något som dock i senare studier ofta har beskrivits som en tredje fas som barnet går igenom under tiden som separationen varar. Låt oss därför börja med att beskriva vad som ursprungligen avsågs med begreppet *losskoppling* (eng. *detachment*). I en studie beskrevs tio barn i åldern ett till tre år som separerats från föräldrarna i mellan tolv dagar och tjugoen veckor (Heinicke & Westheimer, 1966). Vid återföreningen med mamman kände två av barnen över huvud taget inte igen sina mammor, medan de övriga åtta vände sig bort eller vandrade iväg när mamman kom in i rummet. Under veckorna som följde visade barnen mycket blandade reaktioner – perioder av stark gråt omväxlade med att barnen stirrade tomt framför sig och var oförmögna att visa några känslor. Fem mammor klagade över att barnen behandlade dem som fullständiga främlingar, medan de övriga kunde berätta att de uttryckslösa ögonblicken skiftade med perioder av klistrig klängighet, när barnen vägrade lämna mamman ens för den stund det tog henne att gå på toaletten. När de personer som observerat barnen på sjukhuset eller institutionen, och där lärt känna barnen, gjorde hembesök blev barnen mycket rädda.

Man kan sammanfatta den här fasen som att den innehåller ett för barnet smärtsamt inre drama. Å ena sidan har barnet påbörjat ett sorgearbete som ska göra det möjligt för barnet att, om tillfälle yppar sig, skapa en permanent ersättning för den förlorade föräldern. Å andra sidan har barnet stängt dörren om ett antal känslor som är för svåra för ett litet barn att handskas med. Bowlby såg alltså barnens reaktionssätt som uttryck för en psykologisk försvarsmekanism. Ytligt sett betedde sig barnen som om de helt enkelt inte kände igen föräldern, alltså hade ”glömt bort” vederbörande och därför helt adekvat relaterade till henne som en främling. Detta motsades dock dels av det faktum att barnen uppenbarligen kom ihåg en rad andra, långt mindre viktiga, personer och företeelser, och dels av den besynnerligt blandade reaktionen – där stunder av känslomässig kyla/ointresse omväxlade med starka känslouttringar (gråt, ilska och klängighet). Bowlby menade att barnet, för att klara av att överleva när separationen från mamman blivit alltför långdragen, stuvat undan en rad svåra känslor (beroende på barnets ålder och mognad kunde det röra sig om rädsla, ilska, sorg, besvikelse, hopplöshet). Barnet koncentrerade sig i stället dels på att bevara en ljus (men bitvis falsk) bild av föräldern, och dels

på att göra det möjligt att börja relatera till de personer i omgivningen som kunde erbjuda mat, lek och annan välbehövlig kontakt.

Begreppet losskoppling innebär alltså att barnet delvis kopplat loss anknytningen till föräldern. När föräldern återkom sattes mekanismen på hårda prov. Så länge barnet relaterade till föräldern utifrån "föräldern som främling" kunde det upprätthålla en vardaglig relation till föräldern, som dock upplevdes som mycket störande för föräldern, som saknade det känslomässiga djup som han eller hon var van vid att ha med sitt barn. När barnet å andra sidan relaterade till föräldern utifrån "föräldern som svikare" översköljdes barnet av sina lagrade känslor, och föräldern fick ta emot och försöka härbärgera barnets hela känslomässiga register. Uppföljningar visade att det, utöver separationens längd, var föräldrarnas vilja och förmåga att tolerera och härbärgera barnets svåra känslor som var av störst betydelse för hur barnet senare i livet förhöll sig till känslomässig närhet i relationer.

Gemensamt för de reaktioner som beskrivits ovan är att de kommer från barn som haft möjlighet att utveckla en specifik känslomässig relation till sin vårdnadshavare före separationen, och där vårdnadshavaren efter kortare eller längre tid återkommer och återtar sin roll.

### 1.8 Små barns reaktioner vid separation utan återförening

Barn som antingen inte återförenas med sin förälder, p.g.a. att föräldern dör eller lämnar barnet permanent som vid adoption, är biologiskt förberedda på att kunna etablera en ersättande anknytningsrelation. Då överlevnad är ett överordnat behov vore det "biologiskt slöseri" om barnet inte skulle klara att trots en temporär kostnad i form av känslomässig obalans byta sin primära omvårdnadsperson.

För barnet innebär denna anpassningsprocess en sorg över den förlorade relationen, som kan vara synlig i beteendet olika länge och ta sig olika uttryck. Tidigare ansåg man att sorg endast kunde kännas av dem som hade ett utvecklat ett semantiskt språk, dvs. att endast den kunde sörja som kunde berätta om sin förlust (explicita minnen). Med en större betoning på barns lagrade kroppsminnen av anknytningsrelaterade erfarenheter (implicita minnen), dvs. hur det känns att vara omhändertagen, hållen och tröstad, bekräftas idag att barn sörjer också före språkets utveckling. För barnet är det därför viktigt att någon försöker förstå det som barnet visar genom sitt beteende, t.ex. att barnet söker den förlorade, blir upprörd över att någon sitter på den försvunnas plats vid matbordet eller på andra sätt visar sin känsla av förlust. I avsnittet om barns boende återkommer vi till internationella erfarenheter av barns reaktioner i denna belägenhet.

Både ålder och känslomässig kvalitet på relationen mellan barnet och dess föräldrar eller andra omvårdande personer är alltså avgörande för hur barnet reagerar på att skiljas från dem som tagit hand om det. Det biologiska släktskapet spelar i sig ingen betydande roll för denna utveckling. Föreställningen om att de biologiska föräldrarna skulle vara viktigast kan förstås utifrån det faktum att för de allra flesta barn är det de biologiska föräldrarna som barnet har närmast och djupast känslomässiga relationer till under sina första år i livet. Att det är den känslomässiga relationen och inte det biologiska släktskapet som är avgörande för dessa relationer visar forskning såväl i Sverige som internationellt rörande barn som adopteras tidigt och kommer till känslomässigt välfungerande

adoptivföräldrar. Dessa barn har samma långsiktiga förutsättningar för att utveckla nära känslomässiga relationer till sina adoptivföräldrar som andra barn har till sina biologiska föräldrar (Bohman, 1995).

## 2. Barns boende och omvårdnad

Den mesta litteratur som behandlar omvårdnadsformer för barn som inte bor med och kontinuerligt vårdas av sina biologiska föräldrar utgår från förhållanden i USA, men erfarenheter finns också från andra länder, framför allt inom adoptionsforskningen.

Litteraturen beskriver dels situationen för späda och små barn som parallellt har mer än en omsorgsmiljö, och dels former för omvårdnad av barn som inte delar omsorgsmiljö med någon av sina biologiska föräldrar dvs. institutionsvård, familjehemsvård och adoption. Det som forskningen främst presenterar är barns utveckling i ett longitudinellt perspektiv. Vi har valt att ge en översikt av den kunskap som finns publicerad om relationen mellan barns behov, deras utveckling och olika former av boende (inte enbart barn som är omhändertagna för samhällsvård), därför att vi anser att den bidrar till att belysa frågor som är aktuella i detta kunskapsunderlag.

### Boende i mer än en miljö

I ett nyligen publicerat konsensusdokument från en amerikansk sammanslutning för familjerättsdomstolar (Association for Family and Conciliation Courts, AFCC) (Pruett, McIntosh & Kelly, 2014; McIntosh, Pruett & Kelly, 2014) anges förutsättningar för att kunna tillstyrka att små och späda barn övernattar hos var och en av sina separerade eller icke-sammanboende föräldrar. Utgångspunkten är att det individuella barnet måste vara tryggt med och kunna bli tröstad av bägge föräldrarna, samt att barnet skyddas från skadliga nivåer av stress. Om dessa förutsättningar inte är uppfyllda, men önskemål om boende hos båda föräldrar finns, är den viktigaste uppgiften att med hjälp av praktiskt och terapeutiskt hjälp stödjande utvecklingen av en välfungerande anknytningsrelation till åtminstone en förälder. Att utveckla en anknytning till den förälder som barnet inte huvudsakligen bott hos kan kräva tid, och innan övernattnings hos denna/denne kan tillstyrkas bör barnet och den vuxne ha haft en relation på minst sex månader skriver AFCC. Om ett barn inte har en organiserad anknytning till den vuxne som tar hand om barnet är detta alltid relaterat till den vuxnes negativa beteendemönster eller personliga egenskaper (t.ex. omsorgsbrist, pågående våld, personlighetsstörning eller psykisk ohälsa) eller till förhållanden inom föräldraskapet (t.ex. parkonflikter eller geografiskt avstånd). Trots stöd och många gånger stora hjälpinsatser från samhället kommer det emellertid alltid att finnas en del föräldrar som av olika skäl inte kan erbjuda sitt barn fullgod omvårdnad inom den tidsperiod som är mest betydelsefull för barnets psykoemotionella utveckling (0-3 år). I dessa fall är boende med övernattnings inte lämpligt menar AFCC.

Vi kan konstatera att experterna undviker att fastställa tidsgränser för vid vilken ålder eller hur länge ett barn kan bo hos var och en av föräldrarna. Det som betonas är miljön och kvaliteten på barnets anknytningsrelationer, och att minst en

fungerande anknytning har etablerats innan barnet inleder ett alternativt eller kompletterande boende. I ett anknytningsperspektiv som integrerar barnets och föräldrarnas behov diskuterar AFCC-rapporten den motsättning som finns inbyggd mellan parternas olika behov. Barnets behov är att inte behöva uppleva täta och upprepade separationer från sin anknytningsperson (dvs. skiljas från den ena eller den andra föräldern), då varje separation innebär en stressfylld upplevelse. Vid sådana händelser aktiveras anknytningssystemet och barnet behöver åldersanpassad hjälp med att reglera den stressfyllda känslan och återfå balansen. Föräldrarnas behov är däremot att ha en tät kontakt med sitt barn för att inte riskera att glida från sitt fysiska och psykiska omvårdnadsansvar. Det mest gynnsamma för barnet är därför om en ”triadisk trygg bas” kan skapas, där båda föräldrarna och barnet utgör ett familjesystem, och ett gemensamt föräldransvar stöder barnets anknytning till var och en av föräldrarna. Rapporten innehåller rekommendationer som är tänkbara också för svenska förhållanden, t.ex. barns besök i stödfamilj, eller familjehemsplacerade barns besök hos sina biologiska föräldrar. T.ex. förespråkas en steg-för-steg strategi där barnet gradvis får vänja sig vid övernattnings i den kompletterande miljön, med möjlighet att pausa för att vänta in barnets mognad om det visar symtom.

### Barn på institution

Enligt Human Rights Watch uppskattas ungefär 8 miljoner barn växa upp på institution idag, huvudsakligen i låginkomstländer. Detta betyder att i ett globalt perspektiv är institutionsplacering det vanligaste sättet att erbjuda omvårdnad till de barn som inte kan tas om hand av sina föräldrar eller släktingar. Barngruppen kan delas in i de som är föräldralösa (true orphans) och de som är omhändertagna för samhällsvård därför att föräldrarna inte kan eller vill ta hand om dem (social orphans). Den ojämna fördelningen av världens resurser medför givetvis att kvaliteten på institutionerna varierar, även om vanliga karaktäristika för dem är: (1) stora barngrupper, (2) stort antal barn per vårdare, (3) stor omsättning av vårdare, (4) indelning i grupper utifrån ålder eller funktionsnedsättning, (5) uppflyttning till ny grupp med förlust av vårdarkontinuitet samt till sist (6) en ”institutionspräglad omvårdnadsstil” (Groark & McCall, 2011). Alla dessa faktorer är var för sig riskfaktorer som anknytningsteorin beskriver och som tillsammans utgör allvarliga hinder för barns förväntade generella utveckling (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Forskningen visar också att barn som bor på institution har sämre fysisk tillväxt, de är mindre, lättare och med mindre huvudomfång än jämförelsegrupper (van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Juffer, 2007). Barnen har också sämre begåvningsutveckling (St Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005). Allvarligt ur anknytningsperspektiv är att de barn som vuxit upp på institution löper högre risk för omoget socioemotionellt beteende, med högre grad av odiskriminerande vänlighet eller allvarlig hämning i etablerade relationer (St Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008; Zeanah, Smyke, Koga, Carlson, & the Bucharest Early Intervention Project Care Group, 2005). Sammantaget har dessa resultat lett till att omvärlden insett att av alla boendeformer för små barn som inte kan tas om hand av sina föräldrar är barnhem den mest riskfyllda och den bör så långt det är möjligt undvikas till förmån för andra alternativ. I de länder där institutionsvård trots denna kunskap är nödvändig,

på grund av att lösningar som adoption eller att ta hand om någon annans barn stöter på religiösa och kulturella hinder eller där antalet föräldralösa barn är mycket stort (som i vissa av HIV/AIDS hårt drabbade områden), kan institutionsmiljön förbättras genom kunskap och förändrade rutiner (Groark, Muhamedrahimov, Palmov, Nikiforova & McCall, 2005; St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). Ett positivt tecken är också att det globalt sett sker en gradvis förändring, om än i varierande takt i olika länder, mot att inhemsk adoption och familjehemsplacering nu mera lättare accepteras (Groark och MC Call, 2011). Det kan konstateras att det tog decennier för västvärlden att fullfölja förändringen i omvårdnad från barnhem till familjehem och därför kommer troligen barnhemmen i låginkomstländerna att behövas ännu ett slag, i brist på bättre alternativ.

Även om barnhem med allvarliga omsorgsbister beskrivits i Ryssland, Nepal och Tanzania (Infant Mental Health Journal, special issue, 2014) har inga exempel haft så stort inflytande på kunskapen om riskerna med torftiga barnhem som de studier som gjorts av barn födda i Rumänien. Vid den rumänska folkresningen i slutet av 1980-talet uppenbarades att 700 överfulla institutioner i landet hyste ca 170 000 barn i olika åldrar. Ett antal omfattande longitudinella studier inleddes för att följa utvecklingen av de barn som upplevt extremt bristande omvårdnad i början av livet. The English Romanian Adoptee Study (ERA) har, under den ansedde brittiske forskaren Michael Rutters ledning, studerat de något mer än 200 barn som adopterades till Storbritannien, och jämfört deras utveckling med en grupp på 50 engelskfödda adopterade barn i matchande ålder (Rutter, & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (1998); Rutter m.fl., 2009). De rumänska barnen visade en generell försening i sin utveckling vid tiden för adoption. Vid fyra-årsuppföljningen visade det sig att de barn som var under sex månader vid adoption snabbt hämtade igen sina förseningar när de kom till en gynnsam omvårdnad, medan de barn som hade erfarenheter av längre institutionsvistelse, upp till ett år eller två år, hade svårare att hämta igen förseningen. Denna grupp barnhemsbarn visade också i högre grad beteenden av typ ”odiskriminerande vänlighet”, dvs. de skiljde inte på kända och okända personer, utan kunde följa med vem som helst vilket hade till följd att de utsattes för större risker i vardagen. Senare uppföljningar, gjorda upp till tonåren, visar att i synnerhet den grupp som tillbringat mer än två av sina första levnadsår på barnhem innan de blev adopterade fortfarande uppvisar större risk för att inte kunna utveckla djupa och nära känslomässiga relationer (O'Connor, Rutter, & the English and Romanian Adoptees study team. 2000). Resultaten av denna longitudinella studie är viktiga genom att de tydliggör uppkomsten av skador när det gäller den långsiktiga utvecklingen av nära känslomässiga relationer, som för vissa barn är irreparabla. Anknypningsteorin beskriver en period då behovet av kontinuitet avseende närhet och känslomässigt stöd, i form av minst en person som är lyhörd för barnets behov, är extra stort. Med stöd av ERA-resultaten kan denna period fastställas till de två till tre första levnadsåren.

I en annan longitudinell studie, the Bucharest Early Intervention Project (BEIP) följdes 136 rumänska späda och små barn av en grupp kliniska amerikanska forskare. Med hjälp av slumpmässigt urval (s.k. randomisering) fick hälften av barnen i studien stanna kvar på institutionerna medan den andra hälften av gruppen fick familjehemsvård, hos familjehemsföräldrar som rekryterades och utbildades

för sin uppgift. Familjehemsvård var vid projektets inledning en ny omvårdnadsform i Rumänien. Barnen följdes tills de blev åtta år och resultaten visade att de barn som fick kvalificerad familjehemsvård utvecklade en kvalitativt bättre anknytning, samtidigt som deras kognitiva utveckling var mer gynnsam, än de barn som stannade kvar på institution. Forskarna drog slutsatsen att institutionsvård är skadlig för små barns känslomässiga och kognitiva utveckling och att den om möjligt bör undvikas (Fox, Nelson & Zeanah, 2013).

Att studera barns erfarenheter av att växa upp i olika boendeformer och dra slutsatser om vad som är minst skadligt för deras långsiktiga utveckling när de inte kan bo hemma och tas om hand av sina egna föräldrar är mycket svårt. Av etiska skäl är det omöjligt och knappast någon forskare skulle vilja delta i, att slumpmässigt fördela barn till att växa upp i kvalitativt olika miljöer för att sedan se vilken effekt miljövariationerna kan ha på deras fysiska och psykiska utveckling. BEIP-studien i Rumänien är den enda studien där barn slumpats till antingen fortsatt institutionsvård eller familjehemsvård, men då med den etiska ursäkten att inget barn berövats något, men några fått möjlighet till en bättre uppväxt. Forskarna i BEIP studien försvarade sig med att resultaten förväntades ge underlag till att familjehemsvård kunde införas som ett alternativ till samhällsvård på institution och att detta skulle komma alla barn till godo (Zeanah, Koga, Simion, Stanescu, Tabacaru, Fox & Nelson, 2006).

### Barn i familjehem

Detta är den i västvärlden vanligaste formen för omvårdnad då en förälder själv inte kan ta hand om sitt barn. I USA, där ca 800 000 barn varje år tillbringar tid i familjehem, beskrivs att familjehemsplaceringar görs som en sista utväg när barnskyddsmyndigheterna inte kan garantera ett barns hälsa och välfärd. Placeringarna är tänkta som akuta och kortvariga insatser i väntan på en permanent lösning, där barnet antingen kan återvända hem till sin ursprungsfamilj eller adopteras till en alternativ familj. I en aktuell amerikansk studie rapporteras att något över 40 % av barnen under ett år återvände till sitt hem, medan 38 % adopterades och 5,5 % fick annan vårdnadshavare (Akin, 2011). I en uppmärksam uppföljning av ca 350 barn, som familjehems-placerades då de var under 13 månader, och följdes upp när de var 5 år framkom att familjehemsplacering var mindre gynnsam för barnens sociala, språkliga, kognitiva och utveckling av problem-beteende än att få återvända hem eller adopteras till en annan familj (Lloyd & Barth, 2011). Forskarna är dock angelägna om att lyfta fram svårigheterna med att tolka data, då longitudinella studier av detta slag är metodologiskt mycket svåra att genomföra. De diskuterar t.ex. om den grupp barn som blev kvar i familjehemsvård kanske hade ett sämre utgångsläge, de påpekar också att det inte går att utesluta en selektivitet där gruppen familjehemsbarn kan ha varit mer belastad från början och därför inte ansågs kunna återvända hem eller väljas ut för adoption. Av den underliggande statistiken gick inte heller att utläsa om de familjehemsplacerade barnen hade bytt familjehem under samhällsvårdstiden, och därmed varit med om fler separationer. Ändå var resultaten oroande. De barn som varit i familjehem över fyra år hade genomsnittligt sämre utveckling än de som fick omvårdnad på andra sätt, antingen genom återförening med sina föräldrar eller genom att få permanenta nya hem. Trots att de

biologiska familjerna hade lägre utbildningsgrad, sämre ekonomiska resurser och hade mindre möjligheter att stimulera sina barn jämfört med barnen i familjehem så utvecklades både de hemflyttade och de adopterade barnen bättre. Så vad var det då som var annorlunda i familjehemmen?

När ett barn separeras från den eller dem som det utvecklat en anknytning till under det första levnadsåret, krävs det ett långsiktigt föräldraengagemang från den som ska träda in i stället för den frånvarande föräldern. Familjehemsvården är inte automatiskt ett bättre alternativ bara för att den erbjuder en materiellt sett rikare miljö och mat på bordet. Det är kvaliteten på den erbjudna alternativa fysiska och psykiska omvårdnaden som är av betydelse för barnens utveckling och det finns flera rapporter som pekar på familjehems-föräldrarnas svåra uppgift.

I de studier av den amerikanska familjehemsvården som Dozier och hennes forskargrupp gjort, bl.a. med hjälp av strukturerade intervjuer av familjehemsföräldrar, framkom att familjehemsföräldrar som hade vårdat många barn var mindre engagerade i varje nytt barn som placerades hos dem, jämfört med dem som tog emot sitt första barn. Om familjehemmet från början blev informerat om att placeringen var temporär, att den kanske skulle komma att upphöra, och att de i denna fråga inte hade någon juridisk rätt att påverka vad som var bäst för barnet, försvårades deras engagemang i barnet (Dozier & Lindhiem, 2006). Barnets ålder vid placeringen hade betydelse av flera skäl. Små barn väcker engagemang och lust till omvårdnad då de uppfattas som attraktiva. För det första har vuxna en medfödd benägenhet att tycka att små barn är söta, på samma sätt som vi också tycker att hundvalpar, sälungar och andra varelser med stora huvuden i förhållande till kroppen, med markerade ögon och knubbiga kroppar är gulliga. Alla som är små, hjälplösa och som signalerar att de inte kan överleva på egen hand väcker den vuxnes biologiska omvårdningsinstinkt. En andra faktor som visade sig ha betydelse var barnets grad av beteendeproblem, det fanns ett negativt samband mellan barns problemlnivå och familjehemsföräldrars engagemang, men det är viktigt att lyfta fram att riktningen i detta samband inte gick att bestämma. Det gick alltså inte att fastställa om mindre engagerade familjehemsföräldrar ledde till att de placerade barnen utvecklade mer beteendeproblem eller om mer beteende-problem hos barnen ledde till att familjehemsföräldrarna blev mindre engagerade - eller om det var någon annan helt utomstående faktor som var orsak till sambandet.

De forskningsresultat som Dozier och hennes grupp presenterat utgår som vi tidigare påpekat från det amerikanska samhällets strukturer, och det finns skillnader i levnadsstandard, samhällsstöd och lagstiftning som gör att resultaten inte direkt kan tillämpas på svenska förhållanden. De kan ändå mana till eftertanke för även om mycket är olika finns det mycket som är lika mellan våra två kulturer.

Små barn måste ibland tas om hand akut för att deras hälsa är i fara och för att en omedelbar utredning om föräldrars omsorgsförmåga är påkallad. I Sverige placeras ofta dessa utsatta barn i jourfamiljehem, som kan beskrivas som akuthem och en ersättning för de tidigare i Sverige allmänt förekommande barnhemmen. I jourfamiljehemmen är en eller två vuxna kontrakterade för att under en kortare utredningstid (vanligtvis max 4 månader) ge barnet omvårdnad och se till att barnets vardagliga rutiner med förskola, sjukvård etc. upprätthålls. Det säger sig självt att jourfamiljeföräldrarna inte kan erbjuda långsiktiga anknytningsrelationer, deras uppdrag är att barn ska slussas vidare och att hemmet ska vara tillgängligt för



nya akuta placeringar. Eftersom anknytningsteorin beskriver de olika faser som barn utsatta för separation går igenom, innebär detta att familjehems-föräldrarna måste vara införstådda med att barnen utifrån sin ålder kommer att reagera på den förändring som de är med om, oavsett kvaliteten på ursprungsmiljön. Det är viktigt att framhålla att de barn som upplevt allvarliga omsorgsbrister kommer att visa de mest svårtolkade signalerna. Trots osäkerheten om hur länge barnen ska stanna hos dem så måste familjeföräldrarna ändå vara inkännande och inställda på att svara på barnens anknytningsrelaterade behov av närhet, tröst och skydd.

För de barn, som varit placerade i familjehem under flera år, kan den första tidens negativa upplevelser i den biologiska familjen som föranledde omhändertagandet, ha satt spår i barnens utveckling vars inflytande på senare utveckling kan vara svåra att radera även med god omvårdnad. Ur ett barnperspektiv är familjehemsföräldrarnas uppgift att långsiktigt hjälpa barnet att hantera separationen och stödja barnet i att reorganisera sin kvalitativa världsbild av för-väntningar på omvårdnad. När familjehemsföräldrar lyckas med denna uppgift blir de barnets ”riktiga” föräldrar. Socialtjänstlagen föreskriver att senast när barnet varit tre år i samma familjehem ska socialnämnden *särskilt överväga om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden till familjehemmet*. När det gäller yngre barn måste man i denna bedömning också väga in hur stor del av sitt totala liv som barnet bott i familjehemmet. Tre år av fyra levnadsår är ur det här perspektivet mycket längre än tre av 12 levnadsår, eftersom det handlar om vilka anknytningserfarenheter barnet haft möjlighet att göra i respektive hem. Det är rimligen kunskapen om att det förhåller sig på det här sättet som ligger bakom att några strikta tids- eller åldersgränser inte kan anges för när vårdnadsöverflyttning bör ske. Formuleringen syftar på vikten av att bedöma när familjehems-föräldrar blivit ett barns långsiktigt viktiga ”psykologiska föräldrar”, vilket inte är det samma som att de biologiska föräldrarna inte längre har någon betydelse.

Sammantaget presenterar de tillgängliga forskningsrapporterna liknande resultat. Om ett barn måste vårdas av andra än föräldrarna krävs en stor insats och ett långsiktigt engagemang av dem som träder i föräldrarnas ställe. Att fatta beslut om att skilja ett barn från sin förälder/föräldrar är ett stort och svårt beslut, men när andra alternativ är uteslutna måste det göras. Barn som separerats från sin eller sina anknytningspersoner, och i synnerhet barn som inte har erfarenhet av en välfungerande anknytning till någon vuxen som kan hjälpa dem att till utveckla en tillit till en alternativ förälder, kommer att upprepa det negativa beteende som det har erfarenhet av. Om barnet har en egen livshistoria av att bli sviken kommer det att sträva efter att få denna historia bekräftad genom att bete sig så att den vuxne beter sig som alla andra vuxna som barnet mött, dvs. också sviker. På så sätt kan barnet klamra sig fast vid sin världsbild, kontrollen gör att barnet kan skydda sig mot ett inre kaos, trots att vi utifrån kan se att en förändring vore mycket bättre för barnets långsiktiga utveckling. För den som ska fungera som en alternativ förälder är detta en stor utmaning, barnet kommer att locka fram känslomässiga reaktioner som denna inte vill kännas vid, de sämsta sidorna hos familjehemsföräldern riskerar att komma fram. Familjehemsföräldern kan känna att han eller hon gjort ett felval, tappa kontrollen över sitt beteende, känna att man inte vill ha en så hemsk unge i sitt hem eller att detta barn är omöjligt att tycka om. Detta betyder att varje familjehemsförälder måste vara införstådd med att situationen med ett barn som

har erfarenheter av allvarliga omsorgsbrister kommer att bli krävande, att barnets erfarenheter av tidigare anknytning kommer att omsättas i verkligt beteende och att de som vuxna kommer att bli utmanade av barnen.

Dozier lyfter fram att den långsiktigt engagerade omvårdnaden är extra viktig när det gäller barn som vårdas av någon annan än den biologiska föräldern. I ljuset av vad vi tidigare skrivit kan vi utgå från att de allra flesta biologiska föräldrar har ett känslomässigt engagemang i sina barn, även om de också kan svikta i sin omvårdnad. För den biologiska föräldern finns i det moderna svenska samhället valet att antingen tidigt avbryta graviditeten eller att förbereda sig på att ta emot sitt barn efter de nio månadernas graviditet. Detta är naturligtvis inte en garanti i sig för att ett engagemang leder till den kvalitet i omvårdnaden som barnet behöver, men utgångspunkten är att alla föräldrar vill sina barn väl, även de som inte förmår ge sitt barn en tillräckligt god omvårdnad. I de fall där en förälder inte visar intresse för sitt barn måste vi anta att egna personliga svårigheter eller mellanmännsliga konflikter är av den art och omfattning att det evolutionsgrundade intresset för den egna avkomman kvävs.

För den som inte är biologisk förälder är emellertid utgångspunkten för föräldraskapet något annorlunda, där finns ett val som gäller ett barn som redan finns och där finns ett engagemang som på ett mer eller mindre medvetet plan måste "aktiveras". En mängd olika faktorer kan påverka utvecklingen av den icke-biologiska förälderns känslomässiga engagemang. Graden av familjehemsförälderns känslomässiga engagemang bör nog värderas innan en placering görs. Den viktigaste faktorn, menar Dozier, är familjehemsförälderns uppfattning om placeringens varaktighet. Vet den som tar över ansvaret för barnet att det gäller för en kortare eller obestämd tid bromsas engagemanget för att känslomässigt skydda sig själv och kanske barnet mot en framtida separation. Det känslomässiga tillbakahållandet finns inte bara på medveten explicit nivå, utan ligger också i den vuxnes egna tidiga omedvetna implicita erfarenheter av att hantera nära relationer. Ytterligare betydelsefulla faktorer är familjehemsförälderns upplevelse av barnets temperament och den vuxnes erfarenhet av att tidigare ha varit familjehemsförälder. Till dessa punkter vill vi addera ännu en, som handlar om hur mycket långsiktigt stöd familjehemmet kan påräkna från kommunen för att med god kvalitet kunna utföra sitt uppdrag.

Eftersom den teoretiska och kliniska utgångspunkten är att varje litet barn är tvunget att lägga sin överlevnad i någon annans händer blir det av nödvändighet så att variationer i känslomässigt engagemang mellan familjehemsföräldrar får en avgörande betydelse för kvaliteten på omvårdnaden. När samhället ger någon/några i uppdrag att fungera som förälder i förälderns ställe måste samhället ge dessa personer optimala förutsättningar att ge omvårdnad som karaktäriseras av ett långsiktigt engagemang. Lika betydelsefullt som det är för ett litet barn att veta att någon större och starkare finns som tröstar och skyddar när det behövs, lika viktigt är det att veta att denna föräldraperson aldrig kommer att svika utan är motiverad till en långvarig relation. För ett barn finns det inget mer hotfullt än att ha en förälder som inte är varaktigt engagerad, som inte står upp för sitt barn. Varje sammanbrott i ett familjehem som beror på att familjehemsföräldrarna inte förmår ha kvar ett barn är ett svek mot det placerade barnet som samhället måste göra sitt yttersta för att undvika.

Doziers forskning har lett fram till konkreta förslag. Dessa kan mana till eftertanke även i vårt samhällssystem, när jourfamiljehem och familjehem för mer långsiktig placering ska väljas.

1. Erbjud stöd till de biologiska föräldrarna innan relationen bryts. I de fall omhändertagandet antas bli tillfälligt, erbjud i stället gediget och intensivt indikerat stöd till föräldrarna med hjälp av de väl utarbetade och erfarenhetsprövade metoder för behandling som finns. Erbjud gemensam samhällsvård till mammor och deras barn hellre än att skilja dem åt.
2. Skapa förutsättningar som gynnar familjehemsföräldrars långsiktiga engagemang. Om små barn ska ges samhällsvård måste villkoren för familjehemsföräldrarna vara sådana att de kan finnas kvar i barnets liv under hela uppväxten. Även om barnen återvänder till sina biologiska föräldrar bör förutsättningar skapas så att relationen inte bryts, t.ex. genom att medverka till att familjehemsföräldrarna kan vara sommarföräldrar, stödfamilj, gudföräldrar eller liknande.

När barn som är över 10-12 månader placeras i familjehem visar de helt naturligt beteendereaktioner som är direkt kopplade till separationen från de biologiska föräldrarna och den tidigare miljön. Barnets beteende och avvissande kan vara svårt att hantera för familjehemmet. Den lyhörda omvårdnad som barnet behöver från familjehemmet kan komma att blockeras av negativa krafter och beteenden som hindrar att den nära ömsesidigheten utvecklas. Det är ofta svårt för familjehemsföräldrarna att ensamma hantera detta, därför krävs utbildning och professionell handledning. Doziers grupp har utvecklat ett utbildningsprogram för att stödja familjehemsföräldrar som kallas ABC (Attachment and Biobehavioral Check-up) (Bick & Dozier, 2013). Programmet är särskilt anpassat för yngre familjehemsplacerade barn med de typer av svårigheter (misstro mot välvilliga vuxna, aggressivitet, problem att hantera stress, svårigheter med emotionell reglering m.m.), som ökar risken för "sammanbrott", dvs. att familjehemmet inte orkar behålla barnet. Programmet består av 10 sessioner i form av hembesök i familjehemmet. Videoinspelning av samspelet mellan familjehemsföräldern och barnet visas och diskuteras med föräldern, blandat med samtal om föräldrarnas egen bakgrund och känslomässiga reaktioner på det familjehemsplacerade barnet. Tonvikten ligger, som i andra anknytningsteoribaserade interventioner på att förstå den andres motiv och beteende samt sina egna reaktioner, så att man blir mindre provocerad av den andre och lättare kan hantera svåra situationer.

I Sverige introducerades 1993 programmet PRIDE (Parents Resources for Information Development Education) av Allmänna Barnhuset för att utbilda nyrekryterade familjehem. Programmet, som omfattar 10 sessioner, syftar till att utveckla fem kompetensområden: (1) att kunna vårda och fostra barn, (2) att kunna möta barns känslomässiga behov och hantera utvecklingsmässiga svårigheter, (3) att kunna stödja relationerna mellan barnet och de biologiska föräldrarna, (4) att kunna erbjuda barnet långsiktigt engagemang, (5) att arbeta som professionell del av ett team. Martin Bergström och Liv Nilhede vid Socialhögskolan i Lund har nyligen introducerat KEEP (Keeping Foster Parents Trained and Supported) (Bergström & Nilhede, 2013; Price, Chamberlain et al. 2009), som är en förebyggande insats baserad på MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care).

Till dessa kan läggas föräldrautbildningsprogrammet Connect (Moretti & Obsuth, 2009) som för närvarande anpassas för arbete med familjehemsföräldrar och också prövas på olika ställen i Sverige. Utvecklingsarbetet sker i ett samarbete mellan upphovspersonen (Marlene Moretti) och Ove Östling vid Socialhögskolan i Lund.

### Adoption

Den svenska adoptionsforskningen lyfter fram betydelsen av att den svenska adoptionslagen från 1917 influerades av anglosaxisk rätt, vilket innebar fokus på att adoptivbarn skulle garanteras ett nytt och tryggt föräldraförhållande snarare än att barnlösa skulle få en arvinge. Michael Bohman (1995) hävdar att de allra flesta barn som lämnades för adoption på 1950-talet var barn som fötts efter oönskad graviditet. Man kan därför anta att barnens genomsnittsålder vid adoption var låg, men enligt Bohman (1995) fanns också en selektivitet, en underförstådd uppfattning om att barn med socialt belastade föräldrar inte skulle klara de förväntningar som välutbildade adoptivföräldrar kunde tänkas ha på sina barn. Därför placerades de barn som hade en mer problemfylld bakgrund i högre utsträckning i familjehem på landsbygden. I en jämförande undersökning av 600 barn som varit aktuella för placering av sociala myndigheter framkom att de i lägre skolåldern hade en hög frekvens av beteendestörningar oavsett om de adopterats, återvänt till sin biologiska familj eller placerats i familjehem. I högstadiet, när barnen var i 15-16-årsåldern, hade skillnaderna mellan gruppen adoptivbarn och kontrollbarn försvunnit men skillnaderna i förhållande till de barn som återvänt hem eller vuxit upp i familjehem hade däremot ökat. Senare följdes pojkar upp i samband med värnpliktsinskrivning och de tidigare funna mönstren kvarstod. Vid en sista registeruppföljning tio år senare visade familjehemsgruppen signifikant fler alkohol- och kriminalvårdsregistreringar än de övriga grupperna (Bohman, 1995). Skillnaderna mellan grupperna har delvis förklarats av att barnen från början kan ha varit genetiskt olika, till adoptivbarnens fördel, och att den omvårdande miljön under uppväxten skiljde sig så att adoptivföräldrarna tillhandahöll en stabilare och bättre uppväxtmiljö än familjehemsföräldrarna (Bohman, 1995). I den senare svenska forskningen om adoptivbarn framkommer också att adoptivbarn generellt sett klarar sig bättre än familjehemsplacerade barn (Vinnerljung & Hjern, 2011). I en stor registerstudie av alla svenska barn som adopterats eller omhändertagits för samhällsvård före 8 års ålder (familjehemsplacerade barn som hade varit omhändertagna mer än 12 år) (1972-1981) finns en selektivitet. Av de 900 adoptivbarnen som studerades var 86 % under ett år vid adoption, medan endast 30 % av de 3 000 familjehemsplacerade barnen var under ett år vid placering (genomsnittlig ålder 2,6 år). Trots statistisk kontroll av åldersfaktorn kvarstår resultaten till adoptivbarnens fördel och forskarna diskuterar i stället möjliga skillnader i bakgrund mellan grupperna adoptivföräldrar och familjehemsföräldrar t.ex. utbildningsnivå och socioekonomiska bakgrund (Vinnerljung & Hjern, 2011). Vad som däremot inte diskuteras är barnens psykiska hälsa och erfarenheter av omvårdnad innan de blev föremål för adoption eller samhällsvård. Inte heller omvårdnadskontinuitet och eventuella sammanbrott och flyttningar inom familjehemsgruppen.

En internationell metastudie av 10 000 adopterade och 33 000 icke adopterade barn finner inga skillnader när det gäller barnens självkänsla (Juffer & van

IJzendoorn, 2005), men svenska data pekar på att internationellt adopterade barn har en högre grad av vårdkonsumtion på grund av psykisk ohälsa än andra barn (Hjern, Lindblad & Vinnerljung, 2002)

Idag förekommer nationell adoption endast av en handfull späda och små barn i Sverige. Den svenska lagstiftningen ger ytterst begränsade möjligheter till tvångsadoption. I våra grannländer, Norge, Finland och Danmark tillåts tvångsadoption, men enligt Socialstyrelsen (2014) utnyttjas möjligheten sällan. Socialstyrelsen skriver att de fåtal svenska nationella adoptioner som görs oftast sker på föräldrarnas initiativ och att frågan om adoption sällan väcks på grund av omsorgsbrist. Kartläggningen visar att barnets bästa inte alltid är i förgrunden utan att det ofta är andra faktorer som spelar in om de sociala myndigheterna föreslår adoption. Föräldrars vetorätt förs fram som ett hinder för att initiera en adoptionsutredning, liksom att adoption strider mot lagstiftarens intention om återföreningsprincipen dvs. att barn i första hand ska växa upp med sina föräldrar (Socialstyrelsen, 2014).

### Öppen adoption

Denna form av adoption har under lång tid funnits i de flesta kulturer. När vi går tillbaka i vår egen nordiska historia finner vi att barn adopterats av familjer som ett sätt att få tillskott av arbetskraft på gård eller i hushåll, medan de biologiska föräldrarna har fått färre munnar att mätta i hungertider. Släktingadoptioner, där barnlösa par adopterat syskonbarn eller andra släktingar för att få arvingar till gård eller annan egendom har betraktats som naturliga familjelösningar till allas fördel.

Den genomgång av öppen adoption som nedan redovisas baseras huvudsakligen på innehållet i den rapport som Mogens Nygaard Christoffersen och hans kolleger gjort vid Nationella Forsknings-center for Velfaerd, SFI (Christoffersen, Hammen, Andersen & Jeldtoft, 2007). I deras rapport återges tre funktioner som adoptioner har i det moderna samhället.

1. Att sörja för att hemlösa barn, utomäktenskapligt födda eller barn i "svaga" familjer får ett hem
2. Att ge barnlösa par barn
3. Att ge individer eller par arvingar

Ända fram till slutet av 1800-talet var adoptionerna öppna i så måtto att alla parter kände till förhållandena; barnet, de biologiska föräldrarna och adoptanterna. Det är först under de senaste hundra åren som uppfattningen att barn vid adoption skulle må bäst av att inte ha kontakt med sina biologiska föräldrar utvecklats, och de "osynliga adoptionerna" därför började tillämpas. Uppfattningen utgick från att barnet skulle skyddas från ett eventuellt socialt stigma förknippat med ursprungsfamiljens sociala ställning, att kvinnor som fött barn utanför äktenskapet inte skulle hängas ut eller att det skulle vara alltför smärtsamt för den biologiska föräldern att påminnas om sitt bortadopterade barn genom att tvingas till fortsatt kontakt. Omsorgen ansågs alltså gälla både barnet, de biologiska föräldrarna och adoptivföräldrarna. Idag kan vi konstatera en attitydförändring där betydelsen av att känna till sin egen bakgrund lyfts fram.

Under senare år har barnets rätt framträtt tydligare, den 25 år gamla barnkonventionen statuerar barnets rätt att få veta sitt ursprung och att ha kontakt

med båda sina föräldrar (FN:s barnkonvention). I ljuset av barnkonventionen prövar länder en ny form av adoption, ofta kallad ”öppen adoption”, till skillnad från den tidigare formen där barnens historia var dold (s.k. osynlig adoption). Formerna för öppen adoption kan emellertid variera. En form av öppenhet kan utgöras av att bakgrundsinformation finns tillgänglig, att den biologiska föräldern i samband adoptionen överlämnar fotografier och andra släktdokument, eller att adoptionsorganisationen ansvarar för att möten sker mellan parterna antingen i samband med adoptionen eller efteråt. En annan form av öppenhet kan bestå i att ett fysiskt möte äger rum i samband med adoptionen och att man kommer överens om hur den fortsatta kontakten ska se ut. I Storbritannien är den öppna adoptionsformen lagstadgad sedan 1970-talet och graden av framtida kontakt mellan parterna fastslås i domstol. Samtidigt överlämnas föräldrarätten och rättigheterna/skyldigheterna i förhållandet till barnet till adoptivföräldrarna vid den öppna adoptionen. I flera av våra nordiska grannländer finns lagar som definierar formerna för öppen adoption och hur den fortsatta kontakten mellan barnet och dess ursprungsfamilj kan fastställas (för vidare underlag se Finland, Adoptionslag 2012; Norge, barnevernloven § 4:20 a & Danmark, Lov om adoption nr 905 af 28. September 2009).

Christoffersen m.fl. (2007) diskuterar svårigheter med att dra slutsatser från de internationella studier som publicerats om öppen adoption. Eftersom de allra flesta studier om adoptionstriangeln – dvs. barnen, deras biologiska föräldrar och adoptivföräldrarna – saknar kontrollgrupper finns ingen möjlighet att jämföra gruppens utveckling och hälsa med dem som inte delar adoptionserfarenheten. Att jämföra adopterade och familjehemsplacerade barn är också svårt, då många andra faktorer som kan ha betydelse inte kan kontrolleras. Internationellt sett är t.ex. de barn som adopteras i allmänhet mindre problembelastade än de som omhändertas för samhällsvård vilket försvårar jämförelser mellan grupperna. Genomsnittsåldern vid flytten är i allmänhet lägre för adoptivbarnen än för familjehemsplacerade barnen, där placeringarna kan vara både längre och kortare. Vissa forskare hävdar svårigheter med att rekrytera adoptivföräldrar till sin forskning, med en mindre benägenhet hos denna föräldragrupp att definiera sig som ”särskild” och intresserad av att delta i uppföljningar. Till sist är de studier som finns rapporterade relaterade till det omgivande samhället, med olika länders sociallagstiftning, skillnader i socioekonomiska förhållanden och tillgång till samhällliga stödfunktioner. I länder med negativ inställning till aborter och med normsystem som fördömer ensamstående mammor är tonårsmödrar och ensamstående kvinnor de vanligaste grupperna som lämnar sina barn för adoption. Variationer i socioekonomisk bakgrund försvårar jämförelser mellan grupper. Flera studier är retrospektiva, med intervjuer av äldre adopterade som återger minnen av sin uppväxt.

De studier av öppen adoption som finns tillgängliga kan delas in i dem som fokuserar på barnen, de biologiska föräldrarna eller de som beskriver adoptivföräldrarnas situation. Alla studieresultat pekar inte åt samma håll, vilket som tidigare påpekats kan tänkas spegla att många andra faktorer än just adoptionen kan påverka situationen för barnen och deras familjer. I en långtidsuppföljning från USA av barn som lämnats till adoption, alltså inte omhändertagits på grund av omvårdnadsbrist, rapporteras att de ungdomar och unga vuxna som adopterats

under sitt första levnadsår i öppen adoption och som hade kontakt med sitt ursprung rapporterade större nöjdhet än dem som inte hade någon kontakt (Grotevant, Mc Roy, Wrobel, & Ayers-Lopez, 2013). Den öppna adoptionen predicerade också ungdomarnas egen identitetsutveckling. Barnen i de öppna adoptionerna var mindre bekymrade över sin adoption och deras nyfikenhet på sin bakgrund ökade med stigande ålder och mognad. I en forskningsgenomgång rapporterar Berry (1991) att svårigheter kan förekomma för de yngsta barnen när det gäller att förstå vem som är den omvårdande föräldern om en öppen adoption innehåller tät kontakt med den biologiska föräldern. I sin studie av nästan 1400 adoptivfamiljer fann forskarna emellertid inget stöd för skillnader i emotionell utveckling mellan barnen som kunde relateras till graden av öppenhet i adoptionen (Berry, Dylla, Cavazos, Richard & Needell, 1998).

De biologiska föräldrarna är den mest utsatta gruppen i adoptionstriangeln, eftersom ett beslut att lämna bort sitt barn alltid är en traumatisk upplevelse. Grotevants studie redovisar att de biologiska mödrarna var mer nöjda med kontakten med adoptiv-familjen ju högre grad av öppenhet, dvs. kontakt, som fanns. De som hade en högre grad av öppenhet kunde bättre hantera sin sorg över att inte kunna ta hand om barnet själv. Också andra studier visar att de biologiska mödrarna i öppna adoptioner kan hantera förlusten av barnet bättre, samt har en egen bättre egen psykosocial utveckling (Cushman, Kalmuss & Namerov, 1997). Christian och medarbetare (1997) diskuterar emellertid också om sorgen i vissa fall kan permanentas genom den fortsatta kontakten med barnet. Om den biologiska modern lever tillsammans med den biologiska fadern kan sorgen över det bortlämnade barnet gemensamt förstärkas och förbli obearbetad.

Till sist presenteras studier som fokuserar på adoptivföräldrarnas inställning. Kontrollerade studier saknas, men Grotevant med kollegers forskning (1997) presenterar också intervjuresultat från föräldrar med erfarenhet av olika grad av öppenhet i adoptionen (Christoffersen, Hammen, Andersen & Jeldtoft, 2007). De adoptivföräldrar som hade tät kontakt med barnens biologiska föräldrar var mer empatiska och benägna att förstå betydelsen för barnen av att känna till och ha kontakt med sitt eget ursprung. De visade större förståelse för den biologiska föräldrarnas beslut och de var mindre oroliga för att den biologiska föräldern skulle önska barnet tillbaka när en tid hade gått och de etablerat en kontakt med varandra. Rädslan för att de biologiska föräldrarna skulle önska barnet tillbaka var alltså relaterad till de personliga erfarenheterna, dvs. de som var rädda var det på grund av faktiska erfarenheter och omständigheter. Dessa resultat bekräftas av Haugaard (2000) som pekar på att öppenheten upplevs som positiv när den väl är etablerad. En intressant del av Demicks (1993) studie, som bygger på intervjuer av familjer i öppen respektive osynlig adoption, visar skillnaderna mellan grupperna är små, men att föräldrarna i osynliga adoptioner lade större vikt vid moraliska och religiösa värden, medan de i öppna adoptioner lade mer vikt vid kulturella och politiska värden.

Sammanfattningsvis kan sägas att ju högre grad av öppenhet, ju mer information om barnens bakgrund, desto mer tillfredsställande för barnen. Barn visar anknytning till sina adoptivföräldrar även om de har kontakt med sitt biologiska ursprung eftersom barn kan ha flera anknytningsrelationer parallellt. För de allra minsta barnen är det emellertid viktigt att barnen får veta "vem" som ska

vara deras primära vårdnadshavare (= stå överst i hierarkin), de lite större barnen har lättare att flexibelt hålla flera relationer aktuella samtidigt. Detta innebär att barnets ålder är betydelsefull, och att ramen kring umgänget är avgörande för att barnen ska kunna utveckla en fungerande anknytning till adoptivföräldern samtidigt som kontakten med den biologiska föräldern behålls. Den biologiska föräldern kan lättare stå ut med att lämna barnet ifrån sig om kontakten består, men det är viktigt att den biologiska föräldern inte utifrån egen obearbetad sorg motarbetar barnets behov av att knyta an till en annan föräldraperson. Forskningen visar också att det är naturligt att adoptiv-föräldrarna i början känner oro för att barnet inte ska få stanna hos dem, men när tiden går så gör bekantskapen med den biologiska föräldern dem mer trygga i att något plötsligt eller oförutsett när det gäller omvårdnaden inte ska hända.

### 3. Diskussion

För ett barn finns det inget mer hotfullt än att ha en förälder som inte är varaktigt och stabilt engagerad, som inte står upp för sitt barn. Förmågan att utveckla anknytningsrelationer grundläggs under de första levnadsåren och utvecklingen är beroende av den omvårdnad barnet får. Om barnet inte "lärt sig vad anknytning är" före 2 ½ - 3 års ålder blir det avgjort mycket svårare att lära sig detta senare i livet. Barnet kan knyta an senare, men det kräver mer av både individen och omgivningen, på samma sätt som att inläring av ett språk går automatiskt när man är liten, men oftast inte går så lätt när man är äldre. Om ett barn utsatts för omsorgsbrist under spädbarns- och småbarnsåren ökar riskerna för en felutveckling när det gäller kognitiv, social och känslomässig utveckling. De allvarligaste riskerna löper de barn som varit känslomässigt försummade under det första levnadsåret, eller som har utsatts för hotfull och skrämmande omvårdnad under de tre första levnadsåren då den växande hjärnans utveckling och funktion är extra känslig för den negativa påverkan som ett överbelastat stresssystem utgör.

#### Akuta placeringar

Alla tillgängliga studier pekar på att institutionsvård av små barn utan förälder bör undvikas. Ur ett anknytningsperspektiv är inte heller jourfamiljssystemet förnuftigt för yngre barn, familjehemsföräldrarna vet att de endast tillfälligt ska ta hand om de barn som placeras hos dem, och deras långsiktiga engagemang påverkas av denna vetskap. Trots de negativa förutsättningarna förväntas de med lyhördhet och värme möta barn som är känslomässigt förvirrade av separationen från sin ursprungsmiljö. I stället för att skilja barn och förälder åt i den akuta situationen bör möjligheter skapas för att barnet och den primära föräldern kan placeras tillsammans på en för barnet säker enhet/institution. Därmed kan flera syften uppnås: (1) barnets skyddas mot den akuta faran, (2) barnet slipper en upprörande separation från föräldern och (3) en observationsperiod av barn och förälder tillsammans kan ge underlag för vidare planering huruvida barnet ska återvända till föräldern eller placeras långsiktigt i ett familjehem.

Om en separation från anknytningspersonen trots allt är nödvändig bör den förberedas för att minska de negativa effekterna på barns utveckling, och det måste



redan från början finnas en planering för hur kontakten mellan förälder och barn ska upprätthållas fram till dess ett långsiktigt beslut om placering har tagits. De myndighetsbeslut som fattas måste vara väl grundade, den samhällsvård som barn omhändertas till måste vara av bättre fysisk och psykisk kvalitet än den miljö som är barnets nuvarande, och då inte endast på kort utan även på lång sikt. Små barn, i synnerhet sådana som upplevt omsorgsbrist, är i extra stort behov av stabilitet och tar skada av att utsättas för upprepade separationer.

Om barnets kontakt med sin biologiska förälder plötsligt bryts helt, t ex. genom dödsfall eller att föräldern försvinner, så behöver barnet, precis som den vuxne, få tid att acceptera den uppkomna situationen och sörja förlusten. Sorgearbetet ser olika ut beroende på barnets ålder, minnen och tidigare erfarenheter av kontakt med sin förälder, men innebär för alla barn över ett år en omstrukturering av de inre mentala representationerna så att de kan inkludera de förändringar som skett i barnets värld. Om barnet får hjälp att genomgå sorgearbetet så kan det så småningom utveckla nya anknytningsrelationer som ersättning för de som gått förlorade. Om barnet tidigt i livet fått lära sig vad anknytning är så kan det senare lättare dels addera nya anknytningsrelationer (mormor, farfar, en dagmamma, familjehemsföräldrar) och dels ersätta en anknytningsrelation med en annan, om den omvårdnadsperson barnet varit anknuten till försvunnit. I det senare fallet efter eller ännu hellre parallellt med att barnet sörjt/sörjer förlusten av den tidigare omvårdnadspersonen.

### Flera samtidiga boendemiljöer

Möjligheterna för att tillfredsställa barns behov av trygghet och kontinuitet vid samhällsvård måste bedömas i varje enskilt fall. Anknytningsforskningen ger stöd för att om spä- eller små barn parallellt ska ha regelbunden kontakt med mer än en boendemiljö bör barnet ha en fungerande anknytning till åtminstone en av föräldrapersonerna. Det tar tid bygga upp en sådan relation, eftersom den kräver att barnet får erfarenhet av hur omvårdnadspersonen fungerar i anknytningsrelevanta situationer (= när barnet är ledset, oroligt och behöver tröstas). Vi förordar när det gäller övernattningar i en alternativ miljö att en minst sex månader lång relation ska ha etablerats till den eller de som har ansvar för barnet på natten. Skälet är att barn, liksom vuxna, är som mest sårbara när de vaknar på natten och är oroliga. Innan en förälder etablerat sig som en fungerande tröstare förordar vi umgänge utan övernattning. I de fall samhällets vård upphör och barnen ska återvända till sina biologiska föräldrar är en invänjning nödvändig, precis som i andra former av boenden där barnen byter nattmiljö så att barnen utifrån sin egen mognadsnivå förbereds på byte av miljö. Eftersom vuxnas upplevda ”rätt” till ett barn ofta ger upphov till konflikter behövs en långsiktig uppgörelse om utformningen av barnets fortsatta kontakt med familjehemmet. Ibland kan familjehemsföräldrarna kvarstå som en stöd-/kontaktfamilj eller sommarfamilj för att inte barnet ska svikas. Uppgörelsen om fortsatt kontakt bör ske under myndighetens ansvar och utformningen av den ska inte läggas på familjehemmet. En ”triadisk trygg bas”, där båda föräldraren och barnet utgör ett övergripande anknytnings-system, med syfte att stödja barnets utveckling är naturligtvis mest gynnsamt för barnet och värt att sträva mot.

### Vårdnadsform

Den genomgång av tillgänglig litteratur som gjorts för detta kunskapsunderlag ger vid handen att en del länder har en lagstiftning som tillåter tvångsadoption, dvs. adoption utan föräldrars medgivande, men statens rätt till sådana åtgärder tillämpas i varierande grad i de olika länderna och i praktiken tycks tvångs-adoption förekomma mycket sällan. I flera länder har bestämmelserna om tvångsadoption kompletterats med möjlighet till s.k. öppen adoption, där föräldrarnas veder rätt fortfarande är åsidosatt men där olika grad av fortsatt kontakt mellan barnet, de biologiska föräldrarna och adoptivföräldrarna fastställs i rätten. Ofta inleds adoptions-processen när barnet är akut placerat i familjehem, vilket innebär att också dessa barn genomgår minst två separationer, den första då barnet bedömts befinna sig i fara och skiljts från sin förälder, kanske ytterligare en under utredningsfasen, och sedan slutligen en då beslut fattats.

I sin utformning visar den öppna adoptionen likheter med den svenska form av vårdnadsöverflyttning som socialnämnden är skyldig att överväga efter det att ett barn varit placerad tre år i samma familj (men som också kan initieras tidigare). Vid vårdnadsöverflyttning, som syftar till att stärka barnets rättsliga koppling till familjehemmet, är föräldrarna fortsatt underhållsskyldiga och har som huvudprincip rätt till umgänge med barnet. En annan viktig skillnad med tanke på långsiktigheten är att adoption är ett slutgiltigt beslut, där alla juridiska band mellan barnet och den biologiska släkten bryts, medan vårdnadsöverflyttning innebär att biologiska föräldrar kan väcka talan i domstol om ändrad vårdnad. Familjehemsföräldrar som blivit särskilt förordnade har också rätt att begära entledigande från sitt uppdrag (Socialstyrelsen, 2014). Rädslan för umgängeskonflikt anges ibland som skäl till att vårdnadsöverflyttning inte kommer till stånd. Om denna rädsla är befogad bör samhället ingripa och ge stöd så att det beslut som gagnar barnet bäst på kort och lång sikt inte hindras.

Avslutningsvis kan vi konkludera att den tillgängliga kunskapen och den aktuella forskningen varken förespråkar institution, familjehem eller adoption som generell åtgärd för att skydda barn vars liv och hälsa är i fara. Vad forskningen enhälligt stöder är *betydelsen av att barn tidigt kommer i trygga omvårdnadsformer med goda förutsättningar för minst en välfungerande lyhörd och långsiktigt stabil omvårdnadsrelation*. Samhället har ett ansvar för att utreda vilket stöd ett barn som utsatts för omsorgssvikt behöver, samt att organisera rekrytering, utbildning och handledning till de personer som ska ta på sig ansvaret att träda in i de biologiska föräldrarnas ställe. Vidare är det samhällets ansvar att erbjuda de personer som tar på sig denna uppgift rimliga organisatoriska förutsättningar för att på lång sikt kunna utföra sin uppgift.

En viktig aspekt av det stöd som familjehem behöver är utbildning och handledning. Med tanke på hur pass vanligt, och ur anknytningssynpunkt synnerligen olyckligt, det är med sammanbrott i familjehemsvården, är det viktigt att svenska kommuner tar del av den senaste utvecklingen när det gäller utbildnings- och stödsatser till familjehem och implementerar den i sin verksamhet.

Till sist är det avgörande att den vuxne som erbjuder sig att långsiktigt bli en känslomässigt viktig person i ett barns liv, vars erfarenheter är att omvärlden

hittills inte svarat på dess grundläggande behov av balans mellan närhet och utforskande, är beredd att göra det med stor värme och förutsägbarhet. Först när samhället tagit sitt ansvar, och de organisatoriska resurserna på allvar stödjer familjehemmen i deras svåra uppgift, kan vi ställa krav på familjehemsföräldrarna att långsiktigt och engagerat fungera som några som är stora, starka, kloka och snälla mot en som är liten och behöver närhet, skydd och egna möjligheter till utveckling.

## 4. Slutsatser om stabilitet och trygghet i samhällsvården

### Barns ålder

Spädbarns anknäytning utvecklas successivt under det första levnadsåret och vid 6-9 månaders ålder har barn i allmänhet utvecklat en stabil anknäytningssamband till en eller flera omvårdnadspersoner som det haft regelbunden och anknäytningssamband kontakt med. Att barnet utvecklat anknäytning till en omvårdnadsperson visar det genom att uppvisa både separationsrädsla och främlingsrädsla, samt att det föredrar kontakt med omvårdnadspersonen framför någon annan, i synnerhet när anknäytningssystemet är aktiverat. Barn är betydligt känsligare för flerdygnslånga separationer från sina anknäytningssamband mellan ca 6 mån ålder och 3 år jämfört med såväl yngre spädbarn som äldre förskolebarn. När det gäller samhällsvård måste därför hänsyn till barns ålder tas i varje enskilt fall. Barn som varit två av sina första tre eller tre av sina första fyra år i ett familjehem har i de allra flesta fall utvecklat en starkare förankring i familjehemmet än den som varit där tre av sina 12 år. Det äldre barnets behov av "de psykologiska föräldrarna" kan därför se annorlunda ut än det yngre barnets.

### Kontinuitet i relationen barn – biologisk förälder

Insatser till spädbarn och små barn bör initialt, och oftast även långsiktigt, riktas gemensamt till förälder och barn med målsättningen att barnet inte ska behöva separeras från sin förälder. Detta förutsätter:

- Att kommunen har tillgång till den expertis som behövs för att bedöma samspelet mellan förälder och barn och kan göra en realistisk bedömning av förälderns långsiktigt stabila engagemang och föräldraförmåga. Om den barnpsykologiska kunskap som behövs för att bedöma samspel och omvårdnadsförmåga inte finns i den egna kommunala organisationen måste samarbetet med t ex. BUP (Barn och Ungdomspsykiatri) eller primärvårdens barnhälsovård, där denna kunskap ofta finns, utvecklas och formerna för vem som ska göra vad tydliggöras. Samhället behöver ta ansvar för att nödvändig kompetens finns att tillgå som stöd för dem som gör bedömningarna av barns behov.
- Att kommun och/eller landsting kan erbjuda evidensbaserade stödinsatser för spädbarn och deras vårdnadshavare, med långsiktig uppföljning av gjorda insatser. Stödet kan eventuellt utformas i kombination med en kontaktfamilj, som barnet lär känna, och som också kan vara beredd att rycka in som "extrahem" (familjehem) om så skulle behövas. Under de två

senaste decennierna har en nedläggning skett av många s.k. spädbarnsverksamheter, där föräldrar med spädbarn kunnat få stöd. Ett troligt skäl till att de försvunnit är att de var små isolerade öar utan tillräcklig organisatorisk och metodologisk förankring, vilket gjorde dem sårbara. För att återskapa stödresurser för belastade spädbarns- och småbarnsfamiljer krävs initialt en kartläggning av vilka verksamheter som är tillgängliga, deras huvudmannaskap och en värdering av enheternas arbetssätt och metodik. Det krävs också en nationell diskussion om var ansvaret för att utveckla och bedriva stödet ska ligga. Idag ligger det i vissa delar av landet på den primärkommunala socialtjänsten, i andra knutet till primärvården (Barnhälsovården), och i ytterligare andra inom den specialiserade sjukvården (BUP). I många kommuner saknar invånarna dock helt tillgång till denna typ av stöd. För att stödja det nödvändiga utvecklingsarbetet är det angeläget att ta fram en aktuell kunskapsöversikt över internationellt använda metoder som kan prövas ut och implementeras i Sverige.

Det är viktigt att kommunen noggrant och långsiktigt bedömer både föräldrarnas omvårdnadsförmåga och de stödinsatser som kommunen kan erbjuda. Genom kloka och långsiktiga val i anslutning till att ett ärende aktualiseras kan många av de svårigheter, och den tragik för alla inblandade parter, som alltför ofta är förknippade med omhändertagande och återförening av små barn undvikas. I de fall grunden för samhällsvården, i form av föräldrarnas oförmåga att ta hand om sitt barn, har upphört måste barnens anknytning och behov av omvårdnadsmissig stabilitet vägas in, inte enbart de biologiska föräldrarnas berättigade önskan om att få tillbaka barnet. Formuleringen ”när ändamålet med vården upphört” i LVU förutsätter att barnet inte psykologiskt knyter an till sitt familjehem, utan att det väntar ut att den biologiska föräldern blir fri från sitt missbruk, sin allvarliga psykiska sjukdom eller annat ändamål med vården som var grunden för barnets placering i familjehemmet. Men som vi visat i ovanstående genomgång av utvecklingspsykologisk, främst anknytningsteoribaserad, forskning så fungerar inte barn på det viset. I synnerhet små barn måste med tvingande biologisk nödvändighet rikta sitt anknytningsbehov mot de vuxna som trätt i de biologiska föräldrarnas ställe. Och i och med att barnet gjort det, så måste risken för barnets utveckling, genom att ryckas upp ur den miljö som barnet rotat sig i och från de vuxna som barnet upplever som sina psykologiska föräldrar, nogsamts vägas mot de biologiska föräldrarnas berättigade önskan att återfå sitt barn. När ett litet barn vistats mer än sex månader i ett välfungerande familjehem har det med stor sannolikhet utvecklat en anknytning till minst en av familjehemsföräldrarna. Därmed är grunden lagd för nya utvecklingsuppgifter. En av dessa är att utveckla relationer till jämnåriga (syskon i familjehemmet, kamrater i och utanför förskolan). En annan är att utveckla relationer till andra vuxna (familjehemmets släktingar och grannar, förskolepersonal, BVC-sjuksköterskan etc.) och till eventuella husdjur. Ytterligare en utvecklingsuppgift består i att lära känna den fysiska världen (omgivningen runt bostaden, lekplatsen, vägen till förskolan). Det är summan av allt detta som är innebörden i att barnet rotat sig och alltså känner

sig trygg inte bara med sina anknytningsrelationer utan i en större social och fysisk miljö.

### **Institution, jourhem och långsiktiga familjehem**

För små barn har det inget egenvärde att placeras i ett jourhem i avvaktan på en långsiktig placering. Om en långsiktig placering bedöms nödvändig, efter utredning enligt ovan, bör barnet i normalfallet placeras direkt i det hem där det sedan kan stanna. Om situationen i barnets biologiska familj är så kaotisk eller farlig att barnet omedelbart måste placeras bör barnet placeras på institution tillsammans med sin förälder (i analogi med om barnet blivit inlagd på barnklinik, då förälder alltid erbjuds övernattnings). I nödfall kan placering i jourhem förenas med tät kontakt med föräldern under tiden barnet är placerat i jourhem. Det är föräldrarnas ansvar att ta hand om sitt barn, och kommunens ansvar att stötta föräldern att göra det, till dess att kommunens utredning visar att föräldrarnas långsiktiga omvårdnadsförmåga bedöms vara alltför bristfällig för att kunna få fortsätta. Först då bör ansvaret flyttas över till ett familjehem. Det är viktigt att grundligt utreda förutsättningarna för en långsiktig placering; sammanbrott på grund av att familjehemmet inte orkar är det största sveket mot barnet.

### **Adoption, öppen adoption, vårdnadsöverflyttning**

Antalet nationellt födda barn som adopteras i Sverige är lågt, endast en handfull barn per år. Öppen adoption, som är en möjlighet i våra nordiska grannländer, finns inte i svensk lag. I Sverige ska i stället vårdnadsöverflyttning övervägas i de fall barn vistats länge i samma familjehem, vanligen efter minst tre år i samma familjehem. Skillnaden mellan öppen adoption och vårdnadsöverflyttning är att barnet i det senare fallet behåller ett starkare rättsligt band till sin ursprungsfamilj.

Varken nationell adoption eller vårdnadsöverflyttning är vanligt förekommande i Sverige. I förhållande till antalet placerade barn är antalet vårdnadsöverflyttningar lågt, trots att möjligheten funnits i flera decennier (Socialstyrelsen, 2014). Anledningarna till att vårdnadsöverflyttning så sällan sker, trots lagändringar för att stimulera till användandet, bör utredas. De hinder hos myndigheter och enskilda aktörer som identifieras måste undanröjas för att ge barn bättre möjligheter till denna form av stärkt långsiktig trygghet. Detta kan innebära utbildningsinsatser, tillgång till kringresurser i form av barnpsykologisk expertis eller närmare samarbete med rättsliga företrädare.

Skälet till att frågan om adoption sällan initieras inom socialtjänsten anges ibland vara att adoption står i motsats till den överordnade principen om återförening mellan barn och förälder. Adoptionens definitiva karaktär får inte göra att socialtjänsten helt avstår från att använda denna möjlighet i de fall det bedöms bäst för barnet. I en adoptionsutredning kan extern kompetens med kunskap om adoptionstriangeln och erfarenhet av adoptionsfrågor behöva anlitas. Beslutet om barnets framtid måste alltid utgå från vad som i myndigheternas utredning bedöms vara bäst för barnets långsiktiga omvårdnadsbehov. Vid adoption är det önskvärt med en öppenhet mellan biologisk familj och adoptivfamilj, där formerna för kontakt bör fastställas av rätten och följa barnets utveckling och uppväxt. Barnets behov av, och förståelse för sin egen biologiska bakgrund, måste styra kontakten med den biologiska familjen, behoven och uttrycken kommer att förändras i takt

med barnets ålder och mognad, något som förutsätter ett flexibelt och lyhört stöd från vuxenvärlden. Adoptivfamiljen bör erbjudas professionell hjälp i att på lämpligt sätt upprätthålla kontakten med barnets biologiska ursprungsmiljö, samt vid behov lösa eventuella konflikter som kan uppstå.

### Kontinuitet i relationen barn – familjehemsförälder

När beslut om placering i familjehem väl fattats måste familjehemsföräldrar uppmuntras att välkomna barnet i sitt hem fullt ut och engagera sig långsiktigt. Om utredningen visat att barnet under flera år kommer att behöva placering i familjehem så kommer barnet att knyta an till minst en och kanske två familjehemsföräldrar. Dessutom kommer barnet att skapa nära känslomässiga relationer till familjehemsföräldrarnas barn, familj och släkt.

Det måste göras klart för alla parter i samband med placeringen att om konflikter uppstår mellan familjehemmet och de biologiska föräldrarna så är det den placerande myndigheten som är skyldig att hantera dem, eftersom det är kommunen – inte familjehemmet – som är ansvarig för beslutet att barnet behöver en långsiktig placering.

Att barn placeras i familjehem betyder inte att barnet inte ska kunna ha fortsatt kontakt med sina biologiska föräldrar, men det betyder att kontakten med dem måste bygga på en strikt bedömning av vad som är bäst för barnet, inte vad som är bäst för de biologiska föräldrarna. Det betyder också att om barnet planeras att bli kvar mer än tre år i familjehemmet bör detta i sig vara en stark grund för att flytta över vårdnaden och denna fråga bör aktualiseras redan i samband med placeringen för att familjehemmet känslomässigt från början ska engagera sig fullt ut. I det fall barnet rotat sig i familjehemmet och ser sina familjehemsföräldrar som sina ”psykologiska föräldrar” men ändå ska tillbaka till sitt biologiska hem är det viktigt att garantera barnet god kontakt under så lång tid som barnet själv önskar med det tidigare familjehemmet, så att barnet inte förlorar sin ”psykologiska familj”. Det är betydelsefullt att de ”psykologiska föräldrarna” får fortfara att vara detta och att de inte dras in i konflikter som ett växande barn lojalitetsmässigt kan ha svårt att hantera. Diskussionen ovan utgår från behoven hos de barn som placeras i familjehem under småbarnsåren. Just för att de små barnen ska kunna försäkras om det långsiktiga engagerade stödet är den formella delen viktig så att konflikter om vem som är den primära vårdaren inte uppstår. Detta betyder inte, som vi tidigare påpekat, att den biologiska föräldern är oviktig. Barnet kan ha en anknytning både till den mamma som fött det och till den som man bor hos, men utspel mellan de båda miljöerna måste undvikas. Den asymmetri som finns inbyggd i relationen mellan familjehem och biologiskt hem vid LVU är av en annorlunda karaktär än den som råder mellan t.ex. två separerade föräldrars ansvar för sina barn. Därför krävs ett stort mått av tillit och trygghet hos alla parter innan en triadisk bas kan formas, där barn, familjehem och biologiskt hem kan utgöra ett system med samma mål. Socialtjänsten måste värdera möjligheterna till denna utveckling och i bästa fall kan detta uppnås när barn är äldre och kan härbärgera den komplexa olikheten i vuxnas sätt att leva.

### Barn som levt med omsorgsvikt under sina första levnadsår

Barn som levt några eller i värsta fall flera år i en kaotisk och skrämmande omvårdnadsmiljö löper stor risk att ha utvecklat s.k. desorganiserad anknytning. Har barn levt i en eller flera miljöer som varit karakteriserade av allvarlig omsorgsbrist har barnet ofta utvecklat påtagliga svårigheter med emotionell reglering, aggressivitet, och överdriven vaksamhet, parad med inre arbetsmodeller karakteriserade av stark misstro till vuxnas förmåga och vilja att se och svara konstruktivt på barnets signaler om sina grundläggande behov. Denna utveckling beror på att barnets hjärna, dvs. det inre styrsystemet, anpassat sig till den stressfyllda miljö som barnet levt i. Barn med denna bakgrund är en högriskgrupp för mänskligt lidande, för barnet självt och för dess omgivning under hela uppväxten. Det är också en grupp barn som är ytterst ekonomiskt kostsam för kommunen, i synnerhet om det går så långt att barnet i senare delen av mellanbarndomen eller de tidiga tonåren blir fortsatt omhändertagen, kanske HVB-placerad, för beteende som är skadligt för eget eller annans liv och hälsa.

För barn med dessa svårigheter är det av *yttersta vikt* att inte komma in i en karusell av placering, omplacering, och återvändande till ett fortsatt dåligt fungerande hem hos sina biologiska föräldrar. Stora resurser måste därför initialt satsas på att:

- utreda barnets omvårdnadssituation och vårdnadshavarnas långsiktiga omvårdnadsförmåga,
- bedöma vilka stödinsatser kommunen har möjlighet att erbjuda och om de kan anses tillräckliga för familjens behov,
- om så inte bedöms vara fallet hitta ett ”bättre än vanligt” fungerande familjehem,
- ge detta familjehem långsiktigt stöd och handledning samt
- så långt som möjligt befria familjehemmet från en konfliktfylld kontakt med de biologiska föräldrarna. Kommunen, inte familjehemmet, måste ta de konflikter som kan uppstå med de biologiska föräldrarna.
- Om barnet har vuxit upp hos sina biologiska föräldrar under sina först 2 – 4 år så har det med all säkerhet utvecklat en anknytning till minst en, kanske bägge föräldrarna. Detta måste utredningen ta med i beräkningen, så att man planerar för hur barnet ska kunna ha fortsatt kontakt med sina ursprungliga anknytningspersoner utan att detta alltför negativt påverkar barnets situation i familjehemmet.

Avslutningsvis konstaterar vi att den internationella kunskapen lyfter fram betydelsen av ett gott omhändertagande under barns första levnadsår, den ger också tydliga riktlinjer för vilka former av omhändertagande som bör undvikas för att de inte gynnar barns behov av långsiktighet och kontinuitet. Alla människor, också barn, har ett unikt värde och de måste betraktas inom ramen för sitt sammanhang, sin familj, sitt samhälle och sin kultur. Barn-konventionen understryker alla barns lika värde och rättigheter till liv, överlevnad och utveckling. Samhällets skyldighet gentemot barnen kräver att resurser i form av utbildning, erfarenhet och tid, sätts av till den personal som ska omsätta dessa åtaganden i praktisk verksamhet om barnens egna föräldrar inte själva klarar det. Med den betoning på relationer som

genomsyrat hela denna rapport avslutar vi med att lyfta fram behovet av långsiktighet och stabilitet också bland dem som ska handlägga ärenden om samhällsvård av små barn. Den myndighetspersonal, som utreder och tillhandahåller underlag för beslut om samhällsvård av barn, har själva behov av att vara väl omhändertagna av en stödjande och stark organisation, som ger utrymme för reflektion och fort-/vidareutbildning, för att kunna utföra sitt arbete på fullgott vis. I en sådan organisation stannar med-arbetarna kvar, vilket möjliggör kontinuitet i kontakten med utsatta familjer såväl som med de barn som placeras i familjehem.



### Referenser

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment – A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. ISBN: 0-89859-461-8.
- Ainsworth, M.F.S. (1989) Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Akin, B. A. (2011). Predictors of foster care exits to permanency: A competing risks analysis of reunification, guardianship, and adoption. *Children and Youth Services Review*, 33(6), 999-1011.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.01.008>
- Bergström, Martin & Nilhede, Liv (2013). *Etablering av föräldrautbildningen KEEP med inriktning mot familjehem*. Rapport 2013:5, Forskningsrapporter i Socialt Arbete, Socialhögskolan, Lunds universitet. Box 23, 221 00 Lund. ISBN: 978-91-7473-603-8
- Berry, M. (1991). The practice of open adoption: Findings from a study of 1396 adoptive families. *Children and Youth Services Review*, 13(5-6), 379-395. Retrieved from  
<http://search.proquest.com/docview/618097998?accountid=38978>
- Berry, M., Dylla D.J., Cavasoz, B., Richard, P & Needell, B. (1998). The role of open adoption in the adjustment of adopted children and their families. *Children and Youth Services Review*, 20 (1-2), 151-171.
- Bick, Johanna & Dozier Mary (2013). The Effectiveness of an Attachment-Based Intervention in Promoting Foster Mothers' Sensitivity toward Foster Infants. *Infant Mental Health Journal*, 34(2), 95-103.
- Bohman, M. (1995) De svenska adoptivbarnen: Det sociala arvet i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 8 s.308-319
- Bowlby, J. (1944). Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19–52; 107–127.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: vol. 1. Attachment*. London: Tavistock. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: vol. 2. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: vol. 3. Sadness and depression*. London: Penguin Books. New York: Basic Books.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori – Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur. ISBN: 91-27-10975-5
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Christian, C. L., McRoy, R. G., Grotevant, H. D., & Bryant, C. M. (1997). Grief resolution of birthmothers in confidential, time-limited mediated, ongoing mediated, and fully disclosed adoptions. *Adoption Quarterly*, 1(2), 35-58. Retrieved from  
<http://search.proquest.com/docview/619453032?accountid=38978>
- Christoffersen, M. N., Hammen, I., Andersen K. R. & Jeldtoft, N. (2007). Adoption som indsats. En systematisk gennemgang af udenlandske erfaringer. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. København

- Cushman, L. F., Kalmuss, D., & Namerow, P. B. (1997). Openness in adoption: Experiences and social psychological outcomes among birth mothers. *Marriage & Family Review*, 25(1-2), 7-18. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619162724?accountid=38978>
- Demick, J. (1993) Adaptation of Marital Couples to Open versus Closed Adoption: A Preliminary Investigation, In: J. Demick *Parental Development*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum
- Dozier, M., & Lindhiem, O. (2006). This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreatment*, 11(4), 338-345. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1077559506291263>
- Dozier, M., Grasso, D., Lindhiem, O., & Lewis, E. (2007). The role of caregiver commitment in foster care: Insights from the this is my baby interview. *Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice*. (pp. 90-108) Guilford Press, New York, NY.
- Dozier, M., Lindhiem, O. & Ackerman, J.P. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up. I Berlin, L.J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., Greenberg, M.T. (Red.), *Enhancing early attachments – Theory, research, intervention and policy* (ss. 178–194). New York, NY: Guilford. ISBN: 1-57230-996-2
- Fox, N. A., Nelson, C. A., I., II, & Zeanah, C. H., Jr. (2013). The effects of early severe psychosocial deprivation on children's cognitive and social development: Lessons from the bucharest early intervention project. *19th annual penn state symposium on family issues* (pp. 33-41) Springer Science + Business Media, New York, NY. doi:[http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6194-4\\_4](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6194-4_4)
- Fraiberg S. (Ed.) (1980) *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life*. New York: Basic Books. Svensk övers. (1990) *Det första levnadsåret. Om spädbarns psykiska hälsa*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Freud, A. and D. Burlingham (1943). *War and children*. New York, NY, Medical war books.
- George C. & Solomon J. (2008) The Caregiving System: A behavioral systems approach to parenting. In: J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press
- Groark, C. J., & McCall, R. B. (2011). Implementing changes in institutions to improve young children's development. *Infant Mental Health Journal*, 32(5), 509-525. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1018475956?accountid=38978>
- Groark, C.J., Muhamedrahimov, R.J., Palmov, O., Nikiforova, N.V., & McCall, R.B. (2005). Improvements in early care in Russian orphanages and their relationship to observed behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 26, 96–109.
- Grotevant, H. D., & McRoy, R. G. (1997). The Minnesota/Texas adoption research project: Implications of openness in adoption for development and relationships. *Applied Developmental Science*, 1(4), 168-186. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619387225?accountid=38978>
- Grotevant, H. D., McRoy, R. G., Wrobel, G. M., & Ayers Lopez, S. (2013). Contact between adoptive and birth families: Perspectives from the Minnesota/Texas adoption research project. *Child Development Perspectives*, 7(3), 193-198. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/cdep.12039>

- Haugaard, J. J., West, N. M., & Moed, A. M. (2000). Open adoptions: Attitudes and experiences. *Adoption Quarterly*, 4(2), 89-99.  
doi:http://dx.doi.org/10.1300/J145v04n02\_05
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi* (3:a utg.). Stockholm: Liber.
- Heinicke, C. & Westheimer, I. (1966). Brief separations. New York: International Universities Press.
- Hjern, A., Lindblad, F., & Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. *The Lancet*, 360 (9331), 443-448.  
doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09674-5
- Infant Mental Health Journal*, special issue, (2011). Vol. 32(5).
- Jacobson, H. (2014). Foster Care - an opportunity for young children. Doctoral thesis, Dept of psychology. Faculty of Social Sciences, Oslo universitet.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2501-2515.  
doi:http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.20.2501
- Lloyd, E. C., & Barth, R. P. (2011). Developmental outcomes after five years for foster children returned home, remaining in care, or adopted. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1383-1391.  
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.008
- Lorentz, Konrad (1935/1957). Imprinting. I C.H. Schiller (red.), *Instinctive Behavior*. New York: International Universities Press.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment and Human Development*, 5, 330-352.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? I M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (red.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (s. 161-182). Chicago: University of Chicago.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. I Brazelton, T.B. & Yogman, M. (Red.), *Affective development in infancy* (ss. 95 – 124). Norwood: Ablex.
- Marvin, R.S., & Britner, P.A. (2008) Normative Development: The ontogeny of attachment. I J. Cassidy & P. Shaver (Eds) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed. pp. 269-294) New York, NY: Guilford Press.
- Marvin, Robert (1977). An ethological-cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behavior. I: T.M. Alloway, L. Krames, & P. Pliner (red.), *Advances in the study of communication and affect: Vol. 3. Attachment behavior* (s 25-60). New York: Plenum Press
- McIntosh, J. E., Pruett, M. K., & Kelly, J. B. (2014). Parental separation and overnight care of young children, part II: Putting theory into practice. *Family Court Review*, 52(2), 256-262.  
doi:http://dx.doi.org/10.1111/fcre.12088

- Moretti, Marlene & Obsuth, Ingrid (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347-1357.
- Muhamedrahimov, R.J., Palmov, O., Nikiforova, N.V., Groark, C.J., & McCall, R.B. (2004). Improvements in early care in Russian orphanages and their relationship to observed behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 25, 488-501.
- Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). *Romania's abandoned children: Deprivation, brain development, and the struggle for recovery* Harvard University Press, Cambridge, MA. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1511552909?accountid=38978>
- O'Connor, T. G., Rutter, M., and the English and Romanian Adoptees study team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.
- Powell, B., Cooper, P., Hoffman, K., & Marvin, B. (2013). *The Circle of Security Intervention. Enhancing attachment in early parent-child relationships*. Guilford Press
- Price, J., P. Chamberlain, et al. (2009). "KEEP foster-parent training intervention: model description and effectiveness." *Child and Family Social Work* 14, 233-242.
- Pruett, M. K., Insabella, G. M., & Gustafson, K. (2005). The collaborative divorce project: A court-based intervention for separating parents with young children. *Family Court Review*, 43(1), 38-51.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1617.2005.00006.x>
- Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (1998) Development catch-up, and deficit, following adoption after severe early privation. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 39, pp 465-476.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., & Sonuga-Barke, E. (2009). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of romanian adoptees. *International conference on adoption research* (pp. 147-167) Wiley-Blackwell. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622063056?accountid=38978>
- Socialstyrelsen, (2014). Nationella adoptioner av barn i familjehem. En kartläggning av hur socialnämnderna uppmärksammar frågan. Rapport ISBN 978-91-7555-165-4
- Solomon J. & George C. (1966) Defining the Caregiving System: Toward a Theory of Caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3): 183-197
- Solomon, J., & George, C. (2011). *Disorganized attachment and caregiving*. Guilford Press, New York, NY.
- St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26, pp 477-506.
- St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2008). The effects of early socio-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73, (3, serial no. 291)
- Stern D.N. (1995) *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books. Svensk övers. (1996) *Moderskapskonstellationen*. Stockholm: Natur och Kultur

- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M., & Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight, and head circumference: Meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(4), 334-343.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e31811320aa>
- van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.
- van IJzendoorn, Marinus H. & Sagi, Abraham (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. I: J. Cassidy & P. Shaver (red.), *Handbook of attachment; Theory, research and clinical applications* (2nd ed. ss. 880-905) New York, NY: Guilford Press.
- Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2011). Cognitive, educational and self-support outcomes of long-term foster care versus adoption. A swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1902-1910.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.016>
- Weinfeld, N.S., Sroufe, A., Egeland, B. & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. I: J. Cassidy & P. Shaver (red.), *Handbook of attachment; Theory, research and clinical applications* (ss. 68-88) New York, NY: Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1960/1987). The theory of the Parent-Infant Relationship. I *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Hogart Press.
- Zeanah, C., Nelson, A., Fox, N.A., Smyke, A.T., Marshall, P., Parker, S.W. & Koga, S. (2003). Designing reserach to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology*, 15, 885–907.
- Zeanah, C. H., Koga, S. F., Simion, B., Stanescu, A., Tabacaru, C. L., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2006). Ethical considerations in international research collaboration: The bucharest early intervention project. *Infant Mental Health Journal*, 27(6), 559-576.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20107>
- Zeanah, C., Smyke, A.T., Carlson, E., & Koga, S.F. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015–1028.

# Institutionsvård för barn och unga – tendenser, innehåll och utfall

*David Pålsson, doktorand,  
Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet*

## Inledning

I föreliggande kapitel är avsikten att redogöra för kunskap om den svenska HVB-vården<sup>1</sup> för barn och unga. HVB (Hem för vård eller boende) är en del av den sociala barnvårdens insatser och som sådan en residual välfärdsinsats som efter behovsprövning förmedlas till utsatta barn och ungdomar<sup>2</sup>, vilket skiljer den från generella socialpolitiska insatser. Institutionsvård utgör tillsammans med familjehemsvård en del av socialtjänstens dygnsvård och kan tvivelsutan betecknas som en av de mest ingripande insatserna som samhället kan sätta in gentemot barn och deras familjer.<sup>3</sup> Majoriteten av barnen placeras (mer eller mindre) frivilligt genom SoL (Socialtjänstlagen), men ungefär en fjärdedel av placeringarna sker med tvång med stöd av LVU (Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) (Socialstyrelsen, 2014a). Placering i HVB innebär att barnet separeras från sin ursprungsmiljö och att behandlingspersonal på uppdrag av socialnämnden tillfälligt eller mer stadigvarande träder in som en slags ställföreträdande förälder med ansvar för barnets vardagliga förhållanden. HVB-hemmens ansvar täcker aspekter som att sörja för barnens omsorg och behov av mat, boende, fritidsaktiviteter, utbildning och hälsa, men även rätten att i viss mån begränsa barnens frihet. Placeringen innefattar också ofta ett mer eller mindre artikulert behandlingsuppdrag vars mål är att barnen genomgår en positiv förändring vad gäller t ex beteende och psykisk hälsa (Sallnäs, 2012).

De barn som placeras har varierade behov och problembilder. Barnen är placerade på grund av eget destruktivt beteende (t ex beteendeproblem, missbruk, kriminalitet eller självskadebeteende) och/eller problem i hemmiljön (t ex föräldrars omsorgsbrist, familjekonflikter eller hedersproblematik). Merparten av dem är tonåringar med beteendeproblem, en majoritet är pojkar och institutionsvård har ofta satts in som en sista åtgärd när andra vårdformer, som t ex öppen- och familjehemsvård, prövats (Vinnerljung & Sallnäs, 2004). Det förekommer att barn under 12 år placeras i institutionsvård, även om det då som regel sker på HVB som tar emot barn och föräldrar samtidigt. De barn och unga som blir föremål för HVB-vård utgör socialt sett en starkt selekterad grupp och i stort har de grupper som befolkar institutionsvården varit desamma över tid (Lundström & Sallnäs, 2003). Barnen kommer företrädesvis från resurssvaga familjer med en överrepresentation av ekonomisk utsatthet, svag arbetsmarknadsanknytning, ensamstående mödrar, långtidssjukskrivning, missbruk och kriminalitet (Egelund et al, 2009). En tämligen ny grupp som i huvudsak placeras på HVB är de ensamkommande flyktingbarn, asylsökande eller med permanent uppehållstillstånd, som anländer till Sverige. De ensamkommande barnens främsta placeringsgrund är att de saknar närvarande vårdnadshavare, vilket särskiljer dem från de allra flesta övriga placerade barn.

---

<sup>1</sup> Termerna HVB-vård och institutionsvård används i texten omväxlande och synonymt.

<sup>2</sup> I avsnittet används termerna barn/ungdomar/unga synonymt.

<sup>3</sup> Undantagen från framställningen är de särskilda ungdomshem, s.k. § 12-hem, som drivs av SiS (Statens institutionsstyrelse). De särskilda ungdomshemmen avviker på vissa punkter från andra HVB i det att vården mer sluten och har inslag av tvångsbefogenheter. Jag kommer dock att emellanåt referera till forskning som berör SiS-vård, eftersom HVB- och SiS-vård delar flera förutsättningar och delvis riktar sig till liknande målgrupper.

Institutionsvård för barn och unga är en vårdform som befunnits potentiellt skadlig, vilket inte minst den av regeringen initierade vanvårdsutredningen vittnat om (SOU 2009:99; Svedin, 2011). Institutionsvården har emellertid reformerats de senaste decennierna och gått från relativt storskaliga, repressiva och slutna institutioner till mindre och mot omvärlden mer öppna vårdformer (Sallnäs, 2012). Den officiella hållningen är att användning av HVB-vård ska undvikas så långt som möjligt till förmån för andra insatser och främst komma ifråga för de mest belastade ungdomarna. Även om placeringstider förkortats något de senaste åren och numera pågår i genomsnitt kring 5 - 6 månader (Socialstyrelsen, 2014a), har placeringar på institution dock ökat stadigt sedan 1990-talet och man kan med fog säga att institutionsvård är en oundgänglig del i den sociala barnvårdens insatsrepertoar. Av de ca 22 700 barn som i november 2013 var föremål för heldygnsinsatser var drygt en tredjedel placerade på HVB (ibid.). De senaste årens kraftiga placeringsökning består till stor del av ensamkommande flyktingbarn, vilka kommunerna sedan 2006 ansvarar för när det kommer till boende och övriga insatser.

Den fortsatta texten koncentreras till att beskriva och diskutera dels mer övergripande trender i HVB-vården (målgrupper, driftsformer, personalens utbildningsnivå och vårdens innehåll), dels förhållanden med koppling till innehållet i vården som har belysts inom forskning (institutionsvård som livsmiljö, barnens skolgång, hälsa och välfärd samt vårdens utfall). Avslutningsvis diskuteras vad den utbyggda kontrollapparaten över HVB-vården kan tänkas betyda. Underlaget består i första hand av svensk forskning och myndighetsrapporter, av det skälet att institutionsvårdens kontextuella och socialpolitiska villkor ofta skiljer sig åt mellan olika länder. I de fall svensk forskning är begränsad – och överförbarhet mellan länder bedöms rimligt – kommer institutionsvård också att diskuteras utifrån internationell, främst nordisk, forskning.

### **Ett heterogent och privatiserat fält**

Termen HVB – som infördes med Socialtjänstlagen 1982 – är en samlingsbeteckning för en rad sinsemellan olika vård- och boendeformer med olika huvudmän och som riktar sig till olika målgrupper. Detta medför att det inte är alldeles enkelt att ge en enhetlig beskrivning av fältet. I en grundläggande mening kan HVB beskrivas som en yrkesmässigt bedriven vårdform som tar emot barn och ungdomar (som regel gruppvis) för heldygnsvård. Det kan också definieras som en slags konstruerad miljö som delvis existerar separat från övriga samhället, men med syftet att anpassa barnen till detsamma (Egelund et al, 2009).

Det är oklart hur många HVB för barn och unga som de facto bedriver vård. Enligt uppgifter från det nationella HVB-registret<sup>4</sup> fanns i april 2015 1037 HVB (exklusive de särskilda ungdomshemmen). Tillsynsmyndigheten – som granskar samtliga HVB – uppger däremot att endast 775 HVB inspekterades under 2013 (IVO, 2013a).<sup>5</sup> Sedan något år tillbaka riktar sig drygt hälften av verksamheterna

<sup>4</sup> <http://www.ivo.se/Tillstand-och-register/register/hvb-registret/Sidor/default.aspx>

<sup>5</sup> Det finns flera tänkbara förklaringar till att uppgifter om antalet HVB skiljer sig åt. För det första – vilket kanske också är mest troligt – kan HVB-registret brista i träffsäkerhet och



till ensamkommande barn, knappt hälften till barn placerade på grund av psykosociala problem och ett mindre antal till barn och deras familjer (IVO, 2013b; IVO, 2015). På fältet existerar alltifrån storskaliga hem med plats för över tjugo barn, till mindre före detta familjehem som utökat sin verksamhet och bolagiserats. Åtminstone fram till det senaste decenniet framställde sig många av de HVB som etablerade sig som familjehemslika (Sallnäs, 2000) och i genomsnitt tar hemmen emot ungefär 7-8 barn samtidigt, ett antal som är något högre för HVB för ensamkommande barn (IVO, 2013b). Karaktären på de insatser som tillhandahålls varierar. Medan vissa HVB är specialiserade mot akutplaceringar, skyddat boende eller utredning av hjälpbehov, så bedriver andra mer långsiktiga vårdinsatser. Insatserna kan i sin tur bestå av lättare stöd i vardagen i form av stödboende eller utslussningslägenhet, men också av behandling med terapeutiska inslag riktade mot barn med mer omfattande behov.

Beträffande huvudmannaskap domineras fältet av privata aktörer. Privatiseringen inleddes under tidigt 1980-tal i samband med att den Socialtjänstlag som då klubbades igenom öppnade upp för privata aktörer att utföra vården. De ideella vårdgivarnas roll på marknaden har sedan dess varit marginell, medan andelen vinstsyftande aktörer med tiden kommit att dominera. Andelen privata vårdgivare har uppskattats till omkring 70 %, vilket sticker ut också i ett nordiskt sammanhang (Bengtsson & Jakobsen, 2009; Wiklund, 2011). De privata HVB som verkade under 1980-talet var ofta småskaliga och startade av socialarbetare, men sedan 1990-talet är det framförallt större bolag och koncerner - allt oftare riskkapitalägda - som står för nyetableringen och till viss del förvärv av mindre aktörer (Meagher et al, kommande). Hur pass utbredd privatiseringen är skiljer sig emellertid åt beroende på vilka målgrupper hemmen riktar sig till. Medan över 80 % av HVB för barn med psykosociala problem är privata, råder nära nog det omvända förhållandet för HVB för ensamkommande barn (IVO, 2013b). Det senare beror sannolikt dels på att kommuner tilldelas statsbidrag för att starta HVB för ensamkommande barn (Migrationsverket, 2013), dels på att ensamkommande barn - i kraft av att vara en relativt stor grupp med homogena vårdbehov - för mindre kommuner innebär ett någorlunda stabilt klientunderlag (Meagher et al, kommande).

Under större delen av 2000-talet har dygnskostnaderna i fasta priser ökat stadigt och på senare år legat på i genomsnitt 4000 - 5000 kronor (Sallnäs & Wiklund, 2015). Det finns dock liten kännedom om vad kostnadsökningarna beror på och i vilken utsträckning dyrare vård är relaterat till bättre stöd och kvalitet. De stegrande kostnaderna kan kanske i viss mån förklaras utifrån ekonomisk teori. Här finns forskare som har klassificerat institutionsvård som en så kallad "trovärdighetsvara" där kunden (socialtjänsten) i någon mån är prisgiven åt säljarens (institutionens) information (Lindqvist, 2014). Det faktum att institutionerna ofta har djupare kännedom än placerande socialtjänst om barnens

---

fånga in också andra målgrupper/vårdformer; för det andra kan det finnas registrerade verksamheter som i praktiken inte bedriver vård och därmed inte inspekteras; för det tredje kan skillnaderna i någon mening förklaras av att det skett en ökning av antalet HVB sedan 2013 (vilket är det år då IVO senast i en rapport angav antalet HVB som inspekterats).

faktiska vårdbehov öppnar i enlighet med detta resonemang upp för att vårdbehoven - och således även kostnaderna - kan manipuleras. De avkastningsnivåer som privat HVB-vård kan generera - upp till 16-19 procent - har beskrivits som höga i förhållande till såväl andra välfärdstjänster som övriga tjänstemarknader (Sallnäs & Wiklund, 2011). Det ska dock understrykas att det saknas forskning om vad privatiseringen haft för betydelse för de barn som är placerade (Wiklund, 2011).

### **Svag professionalisering och spretigt behandlingsinnehåll**

I och med placeringen befinner sig barnen i en miljö med anställd personal och där meningen är att de ska tillhandahållas någon form av genomtänkt vård. HVB-vården är ett fält med låg professionaliseringsgrad i den bemärkelsen att ingen grupp har monopol på yrkesutövningen, vilket medför att det i stort saknas konsensus kring hur barnens behov och problem ska förstås (Sallnäs, 2012). Bland de yrkesverksamma återfinns behandlingsassistenter, beteendevetare, socionomer och psykologer, men också betydande grupper med avsaknad av utbildning mot vård och behandling. De formella krav som ställs ifråga om utbildning är att föreståndaren har adekvat högskoleutbildning om 180 högskolepoäng, medan kraven på övrig personal är mer vagt formulerade som "lämplig utbildning och erfarenhet" (SOSFS 2003:20).

Tillsynsmyndigheten konstaterar, i en rapport som bygger på uppgifter inhämtade vid inspektioner, att en dryg tredjedel av de anställda vid HVB endast har gymnasiekompetens och att sammantaget omkring hälften av dem helt saknar eftergymnasial utbildning med relevans för vård och behandling (IVO, 2013b). Skillnader i utbildningsnivå är försumbar mellan privata och offentliga verksamheter, men sett till vilka målgrupper hemmen tar emot framträder vissa skillnader. Högst utbildningsnivå har personal vid HVB för barn och familjer, följt av HVB för barn och unga och lägst har HVB för ensamkommande barn. Tillsynsmyndigheten tolkar i rapporten lämplig utbildning som (åtminstone) eftergymnasial utbildning med inriktning mot socialt/pedagogiskt arbete och konstaterar i det ljuset att utbildningsnivån brister.

Bilden av HVB-fältet som splittrat och svagt professionaliserat förstärks när man betraktar vilket behandlingsinnehåll HVB-hemmen uppger att de tillhandahåller (Sallnäs, 2000; IVO, 2013b). En aktuell kartläggning visar att det finns en mycket bred spridning - i antal nära 60 stycken - av mer eller mindre strukturerade metoder representerade på fältet, varav merparten knappast kan betecknas som vedertagna (IVO, 2013b).<sup>6</sup> Samtidigt anger ungefär en tredjedel av HVB-hemmen att de inte har något artikulert behandlingsinnehåll överhuvudtaget. Blott en femtedel av HVB-hemmen uppger att de använder sig av bedömningsmetoder i syfte att utreda och bedöma barnens problematik och behov. Bland HVB för barn

---

<sup>6</sup> Metoderna spänner över manualbaserade behandlingsinsatser till allmänna förhållningssätt med mer vaga konturer. Bland de vanligaste behandlingsinsatserna/förhållningssätten återfinns MI (Motivational interviewing), ART (Aggression replacement therapy), Miljöterapi, KBT, salutogent förhållningssätt, lösningsfokuserat arbetssätt och teckenekonomi.

med psykosociala problem använder sig ungefär hälften av någon form av manualbaserad behandlingsinsats, en andel som är något högre för privata vårdgivare. Manualbaserade behandlingsinsatser förekommer mer sällan för HVB för ensamkommande barn (ibid.).

Med tanke på att vården riktar sig till ungdomar med ofta komplexa behov och inte sällan syftar till behandling, framstår utbildningsnivån som låg och förekomsten av artikulerade arbetssätt som liten. Det bör dock understrykas att barnen har olikartade problembilder och behov och i gruppen finns ungdomar med behov av endast lättare stöd i vardagen. Det faktum att HVB för ensamkommande barn i mindre utsträckning anger behandlingsinsatser kan kanske i någon mån ses som rimligt, eftersom barnen inte är placerade på grund av psykosociala problem. Samtidigt är HVB en vårdform som i hög utsträckning kommer ifråga för barn med betydande psykosocial problematik. Studier har visat att en stor del barn som uppvisar antisocialt beteende – en grupp som inte sällan placeras på HVB – har symptom på olika former av traumatisering (Jansson & Björck, 2012). Även ensamkommande flyktingbarn är en grupp som har överrisker för trauma till följd av t ex smärtsamma upplevelser av separationer och flykt (Brunnberg et al, 2011).

Uppgifter om behandlingsinnehåll är grova och säger föga om *hur* de är implementerade och *på vilket sätt* de används i praktiken. En svensk studie – som studerat användningen av ART i socialtjänstens öppenvård – har t ex visat att endast 1 av 10 kommuner utför metoden på det sätt programmakarna föreskriver (Kaunitz & Strandberg, 2009). Det är troligt att det även inom HVB-vården finns ett glapp mellan retorik och praktik och i synnerhet för privata vårdgivare kan beskrivningar fungera som konkurrensmedel vid upphandling. Det finns också svenska studier som visat att den strukturerade behandling som ges i realiteten ofta tar litet tid i anspråk (Ahonen, 2012). Det bör vidare betonas att det på området är minst sagt tunt med utvärderade behandlingsmetoder och det finns knappast någon som visat sig odiskutabelt effektiv i en svensk kontext, vilket medför uppenbara problem när det kommer till att ställa krav på behandlingsinsatser (Bergmark et al, 2011). Det faktum att förekomsten av strukturerad behandling är tämligen liten och diversifierad kan med andra ord ses som ett följdriktigt uttryck för bristen på dokumenterat effektiva insatser för ungdomar i HVB-vård.

Det program för en evidensbaserad praktik som från statligt håll förespråkas i Sverige – som bl a innefattar en tilltro till möjligheten att finna specifika behandlingsinsatser som är mer effektiva än andra – är heller inte oomtvistad. Det finns t ex en etablerad forskningsdiskurs som hävdar att det framförallt är sådant som är gemensamt för de flesta behandlingsformer, som förekomst av terapeutisk idé och stark allians mellan behandlare och klient, som har starkast inflytande på vårdens utfall (Wampold, 2001; se även Bergmark et al, 2011). Internationellt framträdande forskare inom evidensbaserad praktik menar att det med klienternas bästa för ögonen kan vara mer effektivt att utbilda och informera praktiker om sådana behandlingselement som det finns stöd för är verksamma, så kallade gemensamma faktorer, än att satsa på uniform implementering av speciella behandlingsmetoder (Barth et al, 2013). Relaterat till institutionsvård finns internationella studier som antyder att positiva utfall förefaller bero mer på starka

relationer mellan ungdomar och personal och positivt klimat i ungdomsgruppen och mindre på personalens specifika beteendestilar eller metoder (Marsh et al, 2010; van Dam et al, 2011).

### **Institutionsvård som livsmiljö**

En helt central aspekt av vården är att institutionerna för en längre eller kortare tid utgör de placerade barnens primära livsmiljö; det är där de sover, tillbringar en stor del av sin fritid och i vissa fall också går i skola. Tillsynsmyndigheten har utifrån intervjuer med placerade barn samt enkäter utdelade vid inspektioner slagit fast att de flesta barn förefaller vara trygga och delaktiga i vården (IVO, 2014). Av andra studier framgår att ungefär två tredjedelar av barnen uppger att de är nöjda med sin tillvaro, även om placerade flickor är nöjda i mindre utsträckning (Lundström & Sallnäs, 2013). Bland den grupp barn som på olika sätt är missnöjda återkommer bl a sådant som att personal har negativa förväntningar på dem, att vardagen är kantad av olika slags regler, att personal har lite tid för dem och att de har svårt komma överens med personal (Barnombudsmannen, 2011; Lagerlöf, 2012; Lundström & Sallnäs, 2013).

HVB-miljön avviker på flera sätt från andra barns uppväxtmiljö och några av dess särdrag är att vården är kollektiv, att den är yrkesmässigt organiserad och att den i mer eller mindre grad är öppen mot omvärlden (Egelund & Jakobsen, 2009a).

Det faktum att vården är kollektiv ställer stora krav på både personal och barn. Barnen behöver anpassa sig till ett flertal barn och vuxna som de i förstone saknar egentlig anknytning till och utrymmet för en privat sfär kan vara begränsat. Personal ska i grupp miljö ge samtliga barn individualiserat stöd, något som kan vara svårt eftersom mycket av personalens ansträngningar går åt att övervaka gruppen (Jakobsen, 2010; McLean, 2013). Flera studier visar att personalen ofta har underordnad betydelse för barnen och att det är övriga ungdomar som utgör deras primära orienteringspunkt (Emond, 2003; Stokholm, 2009). De vuxna befinner sig i miljön efter arbetsschema och uppfattas ofta som förbipasserande, medan barnen tillbringar de flesta av dygnets timmar på HVB-hemmet (Egelund & Jakobsen, 2009b). Sammansättningen av barn kan vara av både ondo och godo. Det är välkänt i forskningen att behandling i grupp riskerar att ge upphov till negativa kamrateffekter och mobbning, vilket naturligtvis kan obstruera vårdens kvalitet (Dishion et al, 1999; Gallagher, 1999; Colton, 2002; Andreassen, 2003). I bästa fall kan ungdomsgruppen fungera som en positiv social kraft där barnen är stöd för varandra i en existentiellt svår situation (Emond, 2003; Stokholm, 2009).

Den kollektiva miljön innebär också att det ofta finns mer eller mindre institutionaliserade regelverk som barnen har att förhålla sig till. Regler är till viss del nödvändiga för att grupp tillvaron ska fungera, men flera studier har visat att HVB-placerade barn kan omgärdas av regler som begränsar deras handlingsutrymme (Barnombudsmannen, 2011; Lagerlöf, 2012; Skoog, 2013). Det kan handla t ex om regler kring när måltider får intas och hur barnen får vistas utanför institutionen, men också begränsningar gällande mobil- och datoranvändning. Inom HVB-vården förekommer dessutom att regler används i

terapeutiskt syfte och på fältet finns metoder, som teckenekonomi, vars specifika behandlingskomponenter består av belöning och bestraffning för att uppnå positiva beteendeförändringar (IVO, 2013b). Det saknas effektstudier om teckenekonomi i en institutionskontext (Socialstyrelsen, 2012), men på ett principiellt etiskt plan kan metoden ifrågasättas (SBU, 2010). Intervjustudier har dessutom visat att metoden på individnivå ofta uppfattas starkt negativt och tycks ha svårt att åstadkomma bestående beteendeförändringar (Drumm et al, 2013).

HVB-vården kännetecknas vidare av att den är yrkesmässigt bedriven, vilket kan sätta begränsningar för de relationer som kan uppstå mellan barn och personal (McLean, 2013). Det kan t ex ske personalomsättningar, personalen arbetar efter schema och har att ta hänsyn till olika administrativa uppgifter. På somliga institutioner betonar personalen den känslomässiga investeringen i barnen, medan de på andra institutioner mer ser sig som professionella som handhar praktiska göromål (Jakobsen, 2010). När placerade barn själva har tillfrågats har det framgått att de som regel önskar närhet, stöd och omsorg från personal, men att det ibland kan upplevas som en bristvara (Egelund et al, 2009; Barnombudsmannen, 2011; Lagerlöf, 2012; Skoog, 2013). På HVB med behandlande inslag kan vidare ungdomarnas självbilder påverkas starkt av att under de flesta av dygnets timmar befinna sig i en behandlingskontext. Studier av behandlingsinriktade institutioner har visat att personal i vissa fall tenderar att tolka också barnens mer all dagliga handlingar och reaktioner i patologiska termer (Espersen, 2010; Severinsson, 2010). Det finns studier som pekar på att barn föredrar att personal uppfattar dem som tonåringar och skolelever och inte utgår från deras problem (Severinsson & Markström, 2013; Skoog, 2013).

Det finns slutligen en paradox inbyggd i HVB-vården i den meningen att barnen avskiljs från samhället med syftet att anpassa dem till detsamma. Även om dagens institutioner är väsentligt mer öppna än sina historiska motsvarigheter, kan kontaktytan mot omvärlden variera i omfattning. Gränserna mellan skola, fritid och privatliv kan vara flytande, vilket är extra markant i de fall skola är förlagd till vårdmiljön. Det kan finnas en risk att vården motverkar sitt syfte om barnen i första hand lär sig att anpassa sig till institutionsmiljön, men står illa rustade för ett liv i övriga samhället (Egelund & Jakobsen, 2009a). Tillsynsmyndigheten har konstaterat att de flesta HVB samverkar med närsamhället och att barnen generellt tycks ha en aktiv fritid (IVO, 2013a). Av forskningsstudier framgår emellertid att HVB-placerade barn i mindre utsträckning än familjehemsplacerade barn vistas utanför vårdmiljön och oftare saknar kontakter utanför HVB-hemmen (Lagerlöf, 2012).

### **Skolgång, hälsa och välfärd – viktiga men eftersatta områden**

Vid placering påtar sig samhället ett ansvar för att tillgodose barnens behov inom olika livsområden. I ansvaret ingår bl a att uppmärksamma barnens behov av stöd beträffande skolgång, hälsa och välfärd. Inom samtliga dessa områden har HVB-placerade barn visat sig vara en utsatt grupp.

### Skolgång

Den kunskap som finns pekar entydigt på att samhällsvårdade barn har omfattande skolproblem både i snävare (skolbetyg) och bredare mening (mobbing, skolk) (se t ex Trout et al, 2008; Egelund et al, 2009; Vinnerljung et al 2010; Lagerlöf, 2012; Socialstyrelsen, 2013a). De flesta HVB-placerade barn går i reguljär skola, men av dem erhåller betydligt fler än andra specialiserad undervisning (Egelund et al, 2009). Ett mindre antal barn (6 %) mottar undervisning i vårdmiljön (Socialstyrelsen, 2013b), en grupp som har minskat i antal de senaste åren, eftersom HVB för att bedriva egen undervisning sedan en lagändring 2010 avkrävs friskoletillstånd. Tillsynsmyndigheten har i en tidigare rapport visat att drygt vart tjugonde skolpliktigt barn inte ges undervisning (ibid.). Av forskning framgår också att placerade barn trots likartade kognitiva förutsättningar i lägre utsträckning än sina jämnåriga klarar grundskolan med fullständiga betyg, går ut gymnasiet eller tar steget till högre utbildning (Vinnerljung et al, 2010). På samma gång är fullständiga betyg i grundskolan det främsta motmedlet mot marginalisering i vuxenlivet (ibid.). Mest prekär är utbildningssituationen för de barn som placeras i tonåren och som erfar flera vårdsammanbrott (Egelund et al, 2009; Socialstyrelsen, 2013a). Den kunskap som finns om gruppen ensamkommande barn har likaledes visat att deras skolprestationer är sämre än andra barns (Eriksson et al, 2013).

Barnens sämre skolprestationer är sannolikt till viss del ett utslag av selektionseffekter. Skolsvårigheter är t ex inte sällan del i den problematik som ligger till grund för placering av barn med psykosociala problem, medan ensamkommande barn ofta har sämre utgångslägen av det skälet att de påbörjar utbildning i svensk skola sent. Det finns dock omständigheter i omgivningen som kan fungera mer eller mindre hindrande för barnens skolprestationer. Socialtjänst och behandlingspersonal har t ex traditionellt försummat betydelsen av barnens skolgång till förmån för deras psykosociala situationer och omgivningens förväntningar är ofta låga (Trout et al, 2008). Vidare är instabila placeringar en faktor som starkt hänger samman med sämre skolprestationer (Egelund et al, 2009). Beträffande ensamkommande barn har konstaterats att skolsystemet ofta är dåliga på att integrera dem i undervisningen och att utrymmet för individanpassade åtgärder är litet (Eriksson et al, 2013). HVB-placerade barn uppger själva ofta att arbetstakten i skolan är låg och två tredjedelar ägnar inte mer än en timme i veckan åt läsläsning (Lagerlöf, 2012). Tillsynsmyndigheten har visserligen visat att de flesta HVB erbjuder någon slags läxhjälp (IVO, 2013a), men mot bakgrund av befintlig forskning är det troligt att stödet i praktiken är mindre intensivt än för andra barn. Studier har visat att barnen - i jämförelse med barn i normalpopulationen och barn i familjehemsvård - åtnjuter färre skolrelevanta resurser i vårdmiljön, som t ex läxhjälp, undervisningsmaterial och en tyst plats att dra sig undan till (Lagerlöf, 2012). Bland de HVB som bedriver egen undervisning

visar den senaste granskningen, som emellertid genomfördes före tidigare nämnda lagändring, på omfattande brister (Skolinspektionen, 2010).<sup>7</sup>

Med utgångspunkt i forskning finns en del faktorer som har kunnat kopplas till förbättrade skolprestationer (Forsman & Vinnerljung, 2012). Det rör sig bl a om att ingående kartlägga barnens förmågor och förutsättningar och att i samråd med barnet och andra aktörer ta fram en individuell handlingsplan. Inte minst angeläget tycks vara att engagera en specifik person som med hjälp av en strukturerad inlärningsmetod handleder barnet i olika ämnen (Tideman et al, 2013). Ur barnens perspektiv är det dock viktigt att det stöd som ges utformas på ett så icke-stigmatiserande sätt som möjligt (Martin & Jackson, 2002).

### Hälsa

HVB-placerade barns hälsa har också identifierats som ett område där mycket återstår att göra (Egelund et al, 2009; Socialstyrelsen, 2013c). Barnen har oftare än andra barn olika former av medfödda och förvärvade fysiska diagnoser (Socialstyrelsen, 2013c) och en aktstudie rörande familjehemsplacerade barn visar att de mer sällan genomgått obligatoriska hälsokontroller och vaccinationer (Kling, 2010). Det är vanligare att barnen upplever psykisk ohälsa och vårdas för självskadebeteende, vilket särskilt gäller för flickor i HVB (Lagerlöf, 2012; Socialstyrelsen, 2013c). Läkemedelsanvändning är högre än för andra barn och av de som behandlas med psykofarmaka saknar slående många en psykiatrisk diagnos (Socialstyrelsen, 2013a). Barnen har också överrisker för att vårdas för missbruk och övergrepp (ibid.) och barn i SiS-vård, vilkas problem ofta överlappar andra HVB-placerade barns, har identifierats som en grupp som tar fler sexuella risker än andra (Lindroth et al, 2012). Barnen löper dessutom högre risker än andra barn att dö i förtid och på senare tid har dödligheten i åldersspannet 15-24 år ökat (Vinnerljung et al 2006; Socialstyrelsen, 2013a). Forskning om ensamkommande barn lägger i dagen att de har överrisker för både somatisk ohälsa, som näringsbrist, infektionssjukdomar och kroniska sjukdomar, och psykisk ohälsa, som depressioner och PTSD (Kohli, 2007; Brunnberg et al, 2011; Eriksson et al, 2013).

Tillsynsmyndigheten har konstaterat att så gott som samtliga inspekterade HVB-hem erbjuder någon slags hälsostöd i vardagen (IVO, 2014). Hemmen uppger vidare att de har god samverkan med landstingen, men det framgår att få HVB har läkare eller psykologer anställda på konsultbasis. De studier som finns att tillgå tyder på att de hälsoinsatser som sätts in är otillräckliga, eftersom barnens ohälsa ofta kvarstår i vuxenlivet (Hjern et al, 2004). Av forskning framgår att stödet för att vara verkningsfullt behöver bestå av bl a kontinuerliga och hälsofrämjande kontroller, förekomst av bärkraftiga samverkansteam med hälso- och sjukvård samt att det utses en särskild läkare som över tid är kopplad till det enskilda barnet, eftersom åtskilliga miljöbyten ofta medför att det saknas en helhetssyn av barnets anamnes (Hill & Watkins, 2003; Socialstyrelsen, 2013c).

---

<sup>7</sup> Granskningen visade bl a att barnen inte gavs undervisning i samtliga ämnen, att det ofta saknades utredning som motiverade anpassad undervisning, att personal ofta hade ringa kunskap om barnens utbildningsbakgrund samt att lokaler och material inte var ändamålsenliga.



### Välfärdsresurser

På senare år har det tillkommit studier som studerat institutionsvården ur ett välfärdsperspektiv (Sallnäs et al, 2010; Lagerlöf, 2012). Välfärdsresurser (bl a socialt stöd, rekreativsmöjligheter, ekonomi och materiella resurser och psykisk hälsa) betraktas som centrala för välbefinnandet och kan användas som ett slags medel för människor att styra sina liv. När HVB-placerade barn jämförts med barn i familjehemsvård och barn ur normalpopulationen har framgått att barnen uppvisar lägre resurstillgång inom en rad områden, så till den grad att de karaktäriseras som en välfärdspolitisk förlorargrupp. Barnen upplever t ex mer sällan att personer i deras direkta närhet stödjer dem eller har tid för dem och uppvisar en lägre grad av psykiskt välbefinnande. De ägnar mer tid åt hushållsarbete och saknar i större utsträckning stöd i skolarbetet. De besitter färre materiella ägodelar som t ex dator, cykel och mobiltelefon och upplever i högre grad begränsningar när det kommer till användning av internet. Barnen uppger också en trängre ekonomisk buffert och beskriver att de oftare får avstå från fritidsaktiviteter av ekonomiska skäl. Somliga resurser kan betecknas som interna (psykisk hälsa) och kan vara svårare för HVB-hemmen att omedelbart rå på, medan andra resurser (materiella tillgångar, ekonomi, socialt stöd) är tydligt externa och rimligtvis borde vara i nivå med andra barn.

### Institutionsvårdens utfall – vad vet vi och vad kan göras?

En fråga som alltmer har hamnat i fokus – för institutionsvård liksom för andra sociala insatser - är vilka resultat vården kan uppvisa. Svensk institutionsvård är i begränsad utsträckning utvärderad och den kunskap som finns om hur det går för barnen på sikt bygger främst på registerstudier (Andreassen & Vinnerljung, 2015). Det som fångas in i sådana studier är olika ”objektiva” förhållanden, i första hand av belastande karaktär, som är möjliga att ta fram ur offentliga register. Registerstudier gör det inte möjligt att tvärsäkert uttala sig om vilken effekt institutionsvård har, men ger likväl en bild av hur vuxenlivet artar sig för de barn som placeras. Sådana studier har visat att samhällsvårdade barn i allmänhet - och institutionsplacerade barn med beteendeproblem i synnerhet - i vuxen ålder löper höga överrisker för att ha låg utbildning, uppbära ekonomiskt bistånd, lagföras för brott, bli tonårsförälder, läggas in för psykiatrisk vård och dö i förtid (Sallnäs & Vinnerljung, 2008; Egelund et al, 2009; Socialstyrelsen, 2013a). Längre vårdtider förefaller inte ha betydelse för bättre utfall, men allmänt sett har konstaterats att flickor inom åtminstone de områden som studerats upplever en något bättre vuxensituation. De sämre utfallen är sannolikt till viss del ett uttryck för selektionseffekter, eftersom det ofta är barn med komplexa behov som placeras på institution. Dessutom förblir frågan om hur det gått för barnen om de inte hade placerats obesvarad. Det är också svårt att bedöma i vad mån resultaten är giltiga i förhållande till dagens institutionsvård, eftersom studierna baseras på kohorter av barn som placerades på 1990-talet. Samtidigt pekar resultatet på att en så pass ingripande intervention som HVB-vård har svag positiv inverkan på barnen.<sup>8</sup> För

---

<sup>8</sup> Det kan emellertid diskuteras vad som ska betraktas som ett tillräckligt positivt utfall i vuxenlivet. Trots allt har vissa av barnen omfattande problem vid tidpunkten för placering. Den avgörande frågan är hur pass stort avstånd till normalpopulationen som är rimligt.



HVB med behandlingsuppdrag är dessutom positiva utfall på många sätt vårdformens *raison d'être*, eftersom den uttryckligen syftar till att barnens livssituationer ska förändras i positiv riktning.<sup>9</sup>

Därmed inte sagt att det är omöjligt att uppnå positiva behandlingsresultat inom ramen för institutionsvård. I en nyligen utgiven internationell antologi om evidensbaserad institutionsvård betonas bl a vikten av ett aktivt arbete med ursprungsfamiljen, potent eftervård samt, vilket redan nämnts, bärkraftiga relationer mellan barn och personal och ett starkt skolstöd (Whittaker et al, 2014). Jag kommer nu övergå till att mera ingående diskutera de förutsättningar som forskning pekar ut som angelägna för att åstadkomma positiva utfall inom institutionsvården.

Stabila placeringar är en faktor som visat sig hänga samman med både bättre skolprestationer och färre emotionellt påfrestande upplevelser för barnen. Samtidigt hör instabila placeringar till vanligheten och sammanbrott har uppskattats förekomma i mellan 1/4 och 1/3 av alla ungdomsplaceringar (Vinnerljung & Sallnäs, 2004; Skoog, 2013). Orsaker till instabilitet står att finna på en rad nivåer, t ex att barnet inte varit delaktigt vid planering av vården och att kontakt med socialsekreterare brister, att kommuner av budgethänsyn eller andra skäl avbryter placering, att relationer mellan behandlingspersonal och ungdomar är dåliga och att HVB-hemmen saknar beredskap för att hantera den unges behov (Egelund et al, 2010). Den minsta gemensamma nämnaren brukar relateras till barnets beteendeproblem (Vinnerljung & Sallnäs, 2004), men det finns skäl att tro att en sådan förklaring inte är tillfyllest. När barn har tillfrågats om sammanbrott har det i vissa fall tolkats som en rimlig protest mot faktorer i vårdmiljön och den situation de befinner sig i (Jakobsen, 2013; Skoog, 2013).

Det finns också forskning som talar för att institutioner har mycket att vinna på att explicit involvera ungdomens familj i vårdprocessen (Scholte & van der Ploeg, 2000; Frensch & Cameron, 2002; Knorth et al, 2008; Geurts et al, 2012). En sådan ansats bör bestå av mer än att ungdomen upprätthåller kontakt med sin ursprungsfamilj och kan t ex innefatta att familjen görs delaktigt vid planering av vården och på regelbunden basis vistas med den unge i vårdmiljön. Det finns också studier som pekar mot att det bör kombineras med samtidiga interventioner i familjekontexten (Andreassen, 2003; Geurts et al, 2012; Whittaker et al, 2014). Ett exempel på en behandlingsmetod med tydliga inslag av familjearbete är MultifunC (Multifunktionell behandling på institution och i närmiljö), som nyligen implementerats inom svensk SiS-vård (Socialstyrelsen, 2014b). Det ska emellertid sägas att familjeinvolvering kräver överväganden i det enskilda fallet och en svensk studie har visat att det finns en grupp placerade barn som inte önskar regelbunden kontakt med sin ursprungsfamilj (Lundström & Sallnäs, 2012).

---

<sup>9</sup> Även beträffande HVB utan uttalade behandlingsuppdrag, som HVB för ensamkommande barn, är det angeläget att diskutera vårdens utfall. Den kunskap som finns visar att det går bra för flertalet i vuxenlivet (Hessle, 2009; Eide & Hjern, 2013), samtidigt som det samlade kunskapsläget ger vid handen att mottagandet har stor betydelse för barnens framtida livschanser (Eriksson et al, 2013).

En annan viktigt förutsättning är att stävja utvecklingen av negativa ungdomskulturer, vilket utgör ett allvarligt hot mot positiva behandlingsutfall (Dishion et al, 1999; Andreassen, 2003). Några sätt att hantera det är att personalen har tydliga strategier gentemot negativa grupp-kulturer (Ahonen, 2012) samt att institutionen aktivt arbetar för att stärka barnets prosociala nätverk både inom och utom institutionsmiljön (Berridge, 2002; Andreassen, 2003). Forskning visar därtill att det är viktigt att personalgruppen kan enas kring vissa förhållningssätt (Andreassen, 2003; Ahonen, 2012). Samtidigt finns en risk att personalgruppen blir alltför rigid i sina uppfattningar, vilket kan bidra till att ungdomar och personal kommer till att leva i parallella världar (Ahonen, 2012).

Lee et al (2011) har i en metaanalys över effekter av institutionsvård visat att det generellt är ett sämre alternativ än öppnare vårdformer i barnets hemmiljö. Samtidigt fann författarna tecken på att institutioner orienterade mot omvärlden, med starkt skolstöd och med ett brett utbud av fritidsaktiviteter, var mer effektiva än förstärkt familjehemsvård avseende beteendeproblem vid utskrivning och eventuell återplacering inom loppet av 6 månader.

HVB-vårdens eventuellt positiva effekter är emellertid starkt beroende av karaktären på och intensiteten i den eftervård som ges barnen. I Sverige finns få tydliga regleringar kring eftervård och både internationell och svensk forskning tyder på att vården kan upphöra tämligen abrupt och att det stöd som ges i mer öppna former är alltför svagt och dåligt förankrat i den unges behov och önsningar (Frensch & Cameron, 2002; Stein, 2006; Egelund et al, 2009; Höjer & Sjöblom, 2010). Barnen förväntas helt enkelt när de tas hem eller åldras ur vården att på kort tid klara sig med lättare stöd eller på egen hand, samtidigt som de till skillnad från majoriteten unga vuxna ofta saknar en familj att falla tillbaka på för såväl emotionellt som ekonomiskt stöd.

### **En starkare kontroll**

Den tveklöst mest ingripande förändringen som på senare tid inträffat på fältet är att den externa kontrollen av HVB-vården ökat markant (prop. 2008/09: 160). Fram till 2010 låg tillsynsansvaret på de länsstyrelserna, varefter det under en mellanperiod sorterades under Socialstyrelsen. Sedan 2013 förvaltas tillsynen av den då inrättade myndigheten IVO (Inspektionen för vård och omsorg), som är indelad i sex regionala enheter. IVO inspekterar samtliga landets HVB minst två gånger årligen, varav åtminstone ett besök ska ske oanmält. Som ett led i inspektionerna samtalar inspektörer med de barn som samtycker till det. Varje inspektion åtföljs av ett tillsynsbeslut som publiceras offentligt på HVB-registret.

Tillsyn kan betecknas som ett hårt styrmedel med syftet att följa upp utfallet av förd politik och betraktas generellt, både i Sverige och internationellt, som en av de viktigaste åtgärderna när kommer till att säkerställa kvaliteten i vård och omsorg (Johansson & Lindgren, 2013). Krav på tillsyn ökar ofta i förhållande till verksamheter där det likt institutionsvården finns en misstro mot att vårdens kvalitet håller måttet, där kunskapsunderlaget är bräckligt, där de privata vårdgivarna är många och där risken för olika slags vårdskandaler är

överhängande. En kraftfull tillsyn innebär utökade möjligheter att genomdriva förändringar på fältet och att komma till rätta med brister i kvalitet, inte minst eftersom sanktioner kan riktas mot dem som inte efterlever kraven. Det kan dock vara svårt att en gång för alla slå fast vad som utgör vårdens kärna. Ett uttryck för detta är att tillsynen sedan år 2010 granskat en rad skilda aspekter av vården, som t ex dokumentation, föreståndarens kompetens, barnens delaktighet, barnens rätt till utbildning, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och hur verksamheterna systematiserar och analyserar klagomål (IVO, 2013a). Tillsyn är dessutom en granskningsform vars kvalitetskriterier operationaliseras ur lagstiftningen, vilket begränsar vad myndigheten kan ställa krav på (Johansson, 2006).

Internationell forskning pekar mot att tillsyn tenderar att framförallt granska olika servicemått och där det ibland kan vara tveksamt vilken omedelbar relevans vissa av måtten har för barnen i deras vardag eller vilken betydelse de har för hur det går för dem på sikt (Munro, 2004; Tilbury, 2007). Det är enklare att mäta sådant som tydligt kan dokumenteras och har lagstöd som t ex rutiner för lex Sarah, kontroll av anställda i belastningsregister, att lokaler är ändamålsenliga eller att vården inte inskränker barnens grundläggande fri- och rättigheter, men desto svårare att utifrån granska och ställa krav på centrala professionella värden som t ex kvaliteten på relationerna mellan personal och barn eller huruvida vårdens innehåll genererar positiva utfall. I en akt- och intervjustudie gällande vilket inflytande placerade barn har i tillsynsprocessen framgick att det inte är alldeles enkelt att direkt adressera vissa av de saker som barnen kan lyfta fram som viktigt, som kvaliteten på relationerna i vårdmiljön eller att de får tillgång till sådana materiella resurser som de anser sig vara i behov av (Pålsson, 2015).

Det faktum att tillsyn har en konstitutiv verkan, dvs. att HVB organiserar och orienterar sin praktik utifrån det som granskas, kan här innebära att sådant som inte mäts men som likväl kan vara viktigt nedprioriteras (Power, 1999; Lindgren, 2006; Dahler-Larsen, 2008). Denna konstitutiva tendens är sannolikt mer överhängande för privata vårdgivare, eftersom de på ett annat sätt än kommunala HVB av överlevnadsskäl är beroende av alla goda omdömen de kan få. Det finns därtill en spänning mellan extern kontroll i form av tillsyn och intern kontroll i form av starka professioner (Ahlbäck Öberg, 2010; Svensson, 2011). Erfarenheter från kontrollapparater i andra länder visar t ex att ökad tillsyn paradoxalt nog kan leda till försvagade professioner (Nordstoga & Stokken, 2011; Munro, 2011). Trots att staten å ena sidan uppvärderar och ställer starkare krav på utbildning, åläggs de anställda å andra sidan alltfler utifrån kommande regler för hur arbetet ska utföras. På ett principiellt plan är det inte svårt att tänka sig att en strikt tillsyn av detaljerade regleringar – t ex beträffande vilka som tillhör verksamhetens målgrupp eller att lokalerna är beskaffade så att barnen ständigt är under uppsikt – inte i alla lägen behöver överensstämja med vad som bäst passar det individuella barnets behov och önskningsar.

### **Sammanfattande slutord**

Detta kapitel har visat att institutionsvård alltså har en central position i den sociala barnvården, att placering på HVB ökat stadigt sedan 1990-talet och att de

senaste årens kraftiga ökning till stor del består av ensamkommande barn. HVB för ensamkommande är numera numerärt sett flest, men fortfarande kommer barnen i stor utsträckning från resurssvaga miljöer och är placerade på grund av psykosociala problem. De privata, vinstsyftande aktörerna utgör en stor grupp av vårdgivarna och är i första hand koncentrerade till de HVB som riktar sig till barn och unga med psykosociala problem. Det faktum att HVB-miljön är kollektiv och yrkesmässigt organiserad har konsekvenser för barnen och medför att deras vardag i flera avseende kan avvika från andra barns. Studier visar att barnen under tiden i vård har mindre tillgång än andra barn till sådant som socialt stöd och datorer och i mindre utsträckning vistas utanför vårdmiljön. HVB-placerade barn är vidare en utsatt grupp när det gäller hälsa och skolgång och den kunskap som finns tyder på att stödet för att vara verkningsfullt behöver vara mer kraftfullt än vad det är i dagsläget. De yrkesverksamma är en heterogen och svagt professionaliserad grupp och det finns en stor spännvidd ifråga om arbetssätt, samtidigt som många HVB inte anger något artikulert behandlingsinnehåll överhuvudtaget. Det ska dock nämnas att kunskapsunderlaget när det kommer till effektiva metoder är svagt. Med utgångspunkt i forskning finns trots det ett antal förhållanden som, om de är för handen, kan bilda jordmån för bättre utfall. Det handlar t ex om att verka för stabila placeringar, att förhindra negativa kamrateffekter, att HVB-hemmet är öppet mot omvärlden, att barnen ges kraftfullt stöd i skolarbetet, att det finns ett tätt samarbete med ursprungsfamiljen och att eftervården är individualiserad och noggrant planerad. Den största förändringen på senare tid är att den externa kontrollen i form av tillsyn ökat markant. Tillsyn är ett styrmedel med stora inneboende möjligheter att genomdriva förändringar, men samtidigt dras den med den notoriska svårigheten att utifrån granska och finna valida mått på kvalitet i en så komplex verksamhet som HVB-vården.

## Referenser

Ahlbäck Öberg, S. (2010) Framväxten av granskningsamhället – en fråga i författningspolitisk skugga. I Jerneck, M. & Badersten, B. (red.) *Kontraster och nyanser. svensk statsvetenskap i brytningstid*. Statsvetenskaplig Tidskrift, 5, 501-514

Ahonen, L. (2012) *Changing behaviors or behavioral change? A study of moral development and transbehavioral processes in the juvenile institutional care*. Örebro : Örebro universitet

Andreassen, T. (2003) *Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia

Andreassen, T. & Vinnerljung, B. (2015) *Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård – Forskning om den sociala dygnsvården*. Stockholm: Forte

Barnombudsmannen (2011) *Bakom fasaden. Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar*. Stockholm: Barnombudsmannen

Barth, R., Kolivoski, K., Lindsey, M., Lee, B. & Collins, K. (2013) Translating the Common Elements Approach: Social Work's Experiences in Education, Practice and Research, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43:2, 301-311

Bengtsson, TT. & Jakobsen, T. (2009) *Institutionsanbringelse af unge i Norden. En komparativ undersøgelse af lovgrundlag, institutionsformer og udviklingstendenser*. København: Socialforskningsinstituttet (SFI)

Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur

Berridge, D. (2002) Residential care. I McNeish, D., Newman, T. & Roberts, H. (eds.) *What works for children?* Buckingham: Open University Press

Brunnberg, E., Borg, R-M. & Fridström, C. (2011) *Ensamkommande barn – en forskningsöversikt*. Lund: Studentlitteratur

Colton, M. (2002) Factors associated with abuse in residential care. *Children & Society*, 16, 33-44

Dahler-Larsen, P (2008) *Kvalitetens beskaffenhed*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When Interventions Harm. Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755–764.

Drumm, R., Hargrove, T., Coombs, R., Crumley, L., Cooper, L. & Foster, T. (2013) You Leave in a Body Bag or You Leave on the Points System”: Participant Perceptions of a Points and Levels System of Behavior Management. *Residential Treatment For Children & Youth*, 10, 1-30

Egelund, T & Jakobsen, T.B. (2009a). *Omsorg for anbragte børn og unge. Døgninstitutionens hverdag og vilkår*. København: Akademisk forlag.

Egelund, T. & Jakobsen, T. B (2009b) Standardized Individual Therapy: a Contradiction in Terms? Professional principles and social practices in Danish residential care. *Childhood*, 16: 265, 265-282

Egelund, T., Skovbo Christensen, P., Böcker Jakobsen, T., Jensen, T. & Olsen Fuglsang, R. (2009) *Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt*. København: Socialforskningsinstituttet (SFI)

Egelund, T., Böcker-Jakobsen, T., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A. (2010). *Sammenbrud i anbringelser af unge*. Köpenhamn: Socialforskningsinstituttet (SFI)

Eide, K. & Hjern, A. (2013) Unaccompanied refugee children – vulnerability and agency. *Acta Paediatrica*, 102, 666-668

Emond, R. (2003) Putting the care into residential care: The role of young people. *Journal of Social Work*, 3, 321-337.

Eriksson Malin, Ghazinour Mehdi, Hanberger Anders, Isaksson Joakim, Wimelius Malin E (2013) *Utvärdering av insatser för ensamkommande flyktingungdomar i Umeå*. Delrapport. Umeå universitet

Espersen, L.D. (2010). *Bekymrende identiteter. Anbragte børns hverdagsliv på behandlingshjem*. København: Socialforskningsinstituttet.(SFI)

Forsman, H. & Vinnerljung, B. (2012) Interventions aiming to improve school-achievements of children in out-of-home care: A scoping review. *Children & Youth services review*, 34, 1084-1091

Frensch, K. & Cameron, G. (2002) Treatment of Choice or a Last Resort? A Review of Residential Mental Health Placements for Children and Youth. *Child & Youth Care Forum*, 31(5), 307-339

Gallagher, B (1999) The Abuse of Children in Public Care. *Child Abuse Review*, 8, 357-365

Geurts, E., Boddy, J., Noom, M. & Knorth, E. (2012) Family-centred residential care: the new reality? *Child & Family social work*, 17, 170-179

Hessle, M. (2009) *Ensamkommande men inte ensamma. Tioårsuppföljning av ensamkommande asylsökande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige*. Stockholm: Stockholms universitet

Hill C.M & Watkins J. (2003) Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve? *Child Care, Health Development* , 1, 3-13.

Hjern, A., Vinnerljung, B. & Lindblad, F. (2004) Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *Epidemiol Community*, 58, 412-417

Höjer, I. & Sjöblom, Y. (2010). Young people leaving care in Sweden. *Child and Family Social Work* 15 (1), 118-127

IVO (2013a) *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010-2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS*. Stockholm: IVO

IVO (2013b) *En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning? En granskning av vård- och omsorgspersonalens utbildning och metoder i HVB för barn och unga*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO (2014) *Vad tycker barnen? Barns och ungdomars uppfattning om sin trygghet och delaktighet i HVB och LSS-boenden under 2013*. Stockholm: IVO

IVO (2015) *Tillsynsrapport 2014*. Stockholm: IVO

Jakobsen, T-B. (2010) "What troubled children need". Constructions of Everyday life in Residential care. *Children & Society*, 24, 215-226

Jakobsen, T-B. (2013) Anti-social youth? Disruptions in care and the role of "behavioral problems". *Children and youth services review*, 35(9), 1455-1462

Jansson, L. & Björck, C. (2012) *Traumatisering bland ungdomar med antisocial problematik. Resultat från en litteraturoversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Johansson, V. (2006) *Tillsyn och effektivitet. Statliga inspektörers yrkesroller och strategival*. Umeå: Boréa

Johansson, V. & Lindgren, L. (red.) (2013). *Uppdrag offentlig granskning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kaunitz, C. & Strandberg, A. (2009) Agression replacement training (ART) i Sverige – evidensbaserad socialtjänst i praktiken? *Socionomens forskningssupplement*, 6, 36-50

Kling, S. (2010) *Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö*. Malmö: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Opubl rapport.

Knorth, E., Harder, A., Zandberg, T. & Kendrick, A. (2008) Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children & Youth services review*, 30(2), 123-140

Kohli, R. (2007) *Social work with unaccompanied asylum seeking children*. New York: Palgrave MacMillan

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

Lee, B.R., Bright, B., Svoboda, D., Fakunmoju, S. & Barth, R. (2011) Outcomes of Group Care for Youth: A Review of Comparative Studies. *Research on Social Work Practice*, 21, 177-189

Lindgren, L. (2006) *Utvärderingsmonstret: kvalitets- och resultatmätning i den*



*offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur

Lindroth, M., Löfgren-Mårtenson, L. & Månsson, S-A. (2012) Marginaliserad sexualitet – tvångsomhändertagna ungdomars attityder, erfarenhet och handlingar. *Socionomens forskningssupplement*, 31, 44-52

Lindqvist, E. (2014) *Institutionsvård, incitament och information*. Stockholm: ESO.

Lundström, T. & Sallnäs, M. (2003) Klass, kön och etnicitet i den sociala barnvården. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 2-3, s. 193-213.

Lundström, T. & Sallnäs, M. (2012). Sibling contact among Swedish children in foster and residential care: Out of home care in a family service system. *Children and Youth Services Review*, 34(2), 396-402.

Lundström, T. & Sallnäs, M. (2013) Att värdera dygnsvård. Hur nöjda är barnen och vilken betydelse har det? *Socionomens forskningsupplement*, 33:1, 40-51

Marsh, S., Evans, W. & Williams, M. (2010) Social Support and Sense of Program Belonging Discriminate Between Youth-Staff Relationship Types in Juvenile Correction Settings, *Child Youth Care Forum*, 39, 481-494

Martin, P & Jackson, S (2002). Educational success for children in public care: advice from a group of high achievers. *Child and Family Social Work*, 7, 121-130

McLean, S. (2013) Managing behaviour in child residential group-care: unique tensions. *Child & Family social work*, 1-10

Meagher, G., Lundström, T., Sallnäs, M. & Wiklund, S. (kommande) *Big business in a thin market: Explaining the privatization of residential care for children and youth in Sweden*

Migrationsverket (2013) *Statliga ersättningar till kommuner för asylsökande*.

Munro, E. (2004) The Impact of Audit in Social Work Practice. *British Journal of Social Work*, 34, 1075-1095.

Munro, E. (2011) *The Munro Review of Child Protection: Final Report. A child-centred system*. London: Department of education.

Nordstoga, S. & Stokken, A-M. (2011) Professional work in the squeeze: Experiences from a new control regime in residential care for children and youth in Norway. *Journal of Comparative Social Work*, 2, 1-18

Power, M. (1999) *The Audit Society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press

Prop. 2008/09: 160 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*

Pålsson, D. (2015) Conditioned agency? The role of children in the audit of Swedish residential care *Child & Family Social Work*. doi: 10.1111/cfs.12234

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

Sallnäs, M. & Vinnerljung, B. (2008). Into adulthood: A follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child and Family Social Work*, 13, 144-155

Sallnäs, M., Wiklund, S. & Lagerlöf, H. (2010). Social barnavård ur ett välfärdsperspektiv. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1, 5-27

Sallnäs, M. & Wiklund, S. (2011) Privata utförare av välfärdstjänster – om marknad och konkurrensutsättning inom individ- och familjeomsorgen. *Socionomen*, 8, 22-27

Sallnäs, M. (2012) Institutionsvård för barn och unga. I Höjer, I., Sallnäs, M. & Sjöblom, Y. (red.) *När samhället träder in – barn, föräldrar och social barnavård*. Lund: Studentlitteratur

Sallnäs, M. & Wiklund, S. (2015) *Konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen – om marknadssärdrag och statlig tillsyn* I Dellgran, P., Höjer, S. & Johansson, S. (red.) *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur

SBU (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Scholte, E. & van der Ploeg, J. (2000) Exploring Factors Governing Successful Residential Treatment of Youngsters with Serious Behavioural Difficulties. Findings from a Longitudinal Study in Holland. *Childhood*, 7, 129-153

Severinsson, S. (2010). *Unga i Normalitetens Gränsland. Undervisning och behandling i särskilda undervisningsgrupper och hem för vård och boende..* Linköping: Institutionen för samhälle och välfärdsstudier, Linköpings Universitet.

Severinsson, S. & Markström A-M. (2013) Resistance as a means of creating accountability in child welfare institutions. *Child & Family Social Work*, 1-9

Skolinspektionen (2010). *Undervisning vid Hem för vård eller boende, HVB. Elever får inte den undervisning de har rätt till.* Stockholm: Skolinspektionen.

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, Umeå universitet

Socialstyrelsen (2012) *Teckneekonomi för barn och unga på hem för vård eller boende – En systematisk översikt samt juridiska aspekter på utförande.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013a) *Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013b) *Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013c) *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg.* Socialstyrelsen: Stockholm

Socialstyrelsen (2014a) *Barn och unga – insatser år 2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2014b) *MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem. Resultat efter ett år.* Stockholms: Socialstyrelsen

SOSFS 2003:20 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.*

SOU 2009:99. *Vanvård i social barnavård under 1900-talet: delbetänkande.* Stockholm: Fritze

Stein, M. (2006) Research review: young people leaving care. *Child & family social work*, 11, 3, 273-79

Stokholm, A. (2009) Forming identities in Residential Care for Children: manoeuvring between social work and peer groups, *Childhood*, 16, 553-570

Svedin, G. (2011) *Litteraturgenomgång av nationell och internationell kunskap om förekomst av övergrepp mot barn och unga i samhällsvård.* Opubl. Rapport

Svensson, L. G. (2010) Professions, organizations, collegiality and accountability. I Svensson, L. G. & Evetts, J. (red.) *Sociology of Professions. Continental and Anglo-Saxon traditions.* Göteborg: Daidalos.

Tideman, E., Sallnäs, M., Vinnerlung, B. & Forsman, H. (2013) *Paired reading. Ett försök i sju kommuner med lästräning för familjehemsplacerade barn.* Stockholm: Allmänna barnhuset

Tilbury, C (2007) The Regulation of Out-of-home Care. *British Journal of Social Work*, 37, 209–224

Trout, A. L., Hagaman, J., Casey, K., Reid, R & Epstein, M.H. (2008). The academic status of children and youth in out-of-home care: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*. 30, 979-994

Wampold, B. (2001) *The great psychotherapy debate – models, methods and findings.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

van Dam, C., Nijhof, K., Veerman, J. Engels, R. Scholte, R. & Delsing, M. (2011) Group care worker behaviour and adolescents' internalizing and externalizing problems in compulsory residential care. *Residential treatment for children & youth*, 28, 3, 232-250

Whittaker, J.K., Fernandez del Valle, J., Holmes, L. & Gilligan, R. (red.) (2014). *Therapeutic residential care for children and youth: developing evidence-based*

*international practice*. London: Jessica Kingsley Publisher

Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child & Family Social Work*, 9 (2), 141-152

Vinnerljung, B., Hjern, A. & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients - a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 723-733

Vinnerljung, B., Berlin, M. & Hjern, A. (2010) *Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn*. I Socialstyrelsen, *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen

Wiklund, S. (2011) Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster. I Hartman, L. (red.) *Konkurrensens konsekvenser*. Stockholm: SNS förlag

# Statens offentliga utredningar 2015

## Kronologisk förteckning

---

1. Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. Fö.
2. Värdepappersmarknaden MiFID II och MiFIR. + Bilagor. Fi.
3. Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. Ju.
4. Ett svenskt tonnageskattesystem. Fi.
5. En ny svensk tullagstiftning. Fi.
6. Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksprodukt-direktivet. S.
7. Krav på privata aktörer i välfärden. Fi.
8. En översyn av årsredovisningslagarna. Ju.
9. En modern reglering av järnvägstransporter. Ju.
10. Gränser i havet. UD.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. M.
12. Överprövning av upphandlingsmål m.m. Fi.
13. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. A.
14. Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. S.
15. Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. N L.
16. Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. N.
17. För kvalitet – Med gemensamt ansvar. S.
18. Lösöre köp och registerpant. Ju.
19. En ny ordning för redovisningstillsyn. Fi.
20. Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård. S.
21. Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 + 2. S.
22. Rektorn och styrkedjan. U.
23. Informations- och cybersäkerhet i Sverige. Strategi och åtgärder för säker information i staten. Ju Fö.
24. En kommunallag för framtiden. Del A + B . Fi.
25. En ny säkerhetsskyddslag. Ju.
26. Begravningsclearing. Ku.
27. Skatt på dubbdäcksanvändning i tätort? Fi.
28. Gör Sverige i framtiden – digital kompetens. N.
29. En yrkesinriktning inom teknikprogrammet. U.
30. Kemikalieskatt. Skatt på vissa konsumentvaror som innehåller kemikalier. Fi.
31. Datalagring och integritet. Ju.
32. Nästa fas i e-hälsoarbetet. S.
33. Uppgiftslämnarservice för företagen. N.
34. Ett effektivare främjandeförbud i lotterilagen. Fi.
35. Service i glesbygd. N.
36. Systematiska jämförelser. För lärande i staten. S.
37. Översyn av lagen om skiljeförfarande. Ju.
38. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del II. A.
39. Myndighetsdatalag. Ju.
40. Stärkt konsumentskydd på bolånemarknaden. Ju.
41. Ny patentlag. Ju.
42. Koll på anläggningen. N.
43. Vägar till ett effektivare miljöarbete. M.
44. Arbetslöhet och ekonomiskt bistånd. S
45. SÖK – statsbidrag för ökad kvalitet. U.
46. Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. S.

47. Kollektiv rättighetsförvaltning på upphovsrättsområdet. Ju.
48. Bostadsmarknaden och den ekonomiska utvecklingen. Fi.
49. Nya regler för revisorer och revision. Ju.
50. Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett jämställt arbetsliv. A.
51. Klimatförändringar och dricksvattenförsörjning. N.
52. Rapport från Bergwallkommissionen. Ju.
53. The Welfare State and Economic Performance. Fi.
54. Europeisk kvarstad på bankmedel. Ju.
55. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. U.
56. Får vi det bättre?  
Om mått på livskvalitet. Fi.
57. Tillsyn över polisen och Kriminalvården. Ju.
58. EU och kommunernas bostadspolitik. N.
59. En ny regional planering – ökad samordning och bättre bostadsförsörjning. N.
60. Delrapport från Sverigeförhandlingen. Ett författningsförslag om värdeåterföring. N.
61. Ett stärkt konsumentskydd vid telefonförsäljning. Ju.
62. UCITS V. En uppdaterad fondlagstiftning. Fi.
63. Straffrättsliga åtgärder mot terrorismresor. Ju.
64. En fondstruktur för innovation och tillväxt. N.
65. Om Sverige i framtiden – en antologi om digitaliseringens möjligheter. N.
66. En förvaltning som håller ihop. N.
67. För att brott inte ska löna sig. Ju.
68. Tjänstepension – tryggandelagen och skattereglerna. Fi.
69. Ökad trygghet för hotade och förföljda personer. Fi.
70. Högre utbildning under tjugo år. U.
71. Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. S.

# Statens offentliga utredningar 2015

## Systematisk förteckning

---

### Arbetsmarknadsdepartementet

- Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. [13]  
Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del II. [38]  
Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett jämställt arbetsliv. [50]

### Finansdepartementet

- Värdepappersmarknaden  
MiFID II och MiFIR. + Bilagor [2]  
Ett svenskt tonnageskattesystem. [4]  
En ny svensk tullagstiftning. [5]  
Krav på privata aktörer i välfärden. [7]  
Överprövning av upphandlingsmål m.m. [12]  
En ny ordning för redovisningstillsyn. [19]  
En kommunallag för framtiden.  
Del A + B. [24]  
Skatt på dubbdäcksanvändning i tätort? [27]  
Kemikalieskatt. Skatt på vissa konsumentvaror som innehåller kemikalier. [30]  
Ett effektivare främjandeförbud i lotterilagen. [34]  
Bostadsmarknaden och den ekonomiska utvecklingen. [48]  
The Welfare State and Economic Performance. [53]  
Får vi det bättre?  
Om mått på livskvalitet. [56]  
UCITS V. En uppdaterad fondlagstiftning. [62]  
Tjänstepension – tryggandelagen och skattereglerna. [68]  
Ökad trygghet för hotade och förföljda personer. [69]

### Försvarsdepartementet

- Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. [1]

### Justitiedepartementet

- Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. [3]  
En översyn av årsredovisningslagarna. [8]  
En modern reglering av järnvägstransporter. [9]  
Lösöreköp och registerpant. [18]  
Informations- och cybersäkerhet i Sverige. Strategi och åtgärder för säker information i staten. [23]  
En ny säkerhetsskyddslag. [25]  
Datalagring och integritet. [31]  
Översyn av lagen om skiljeförfarande. [37]  
Myndighetsdatalag. [39]  
Stärkt konsumentskydd på bolånemarknaden. [40]  
Ny patentlag. [41]  
Kollektiv rättighetsförvaltning på upphovsrättsområdet. [47]  
Nya regler för revisorer och revision. [49]  
Rapport från Bergwallkommissionen. [52]  
Europeisk kvarstad på bankmedel. [54]  
Tillsyn över polisen och Kriminalvården. [57]  
Ett stärkt konsumentskydd vid telefonförsäljning. [61]  
Straffrättsliga åtgärder mot terrorismresor. [63]  
För att brott inte ska löna sig. [67]

### Kulturdepartementet

- Begravningsclearing. [26]



### **Miljö- och energidepartementet**

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. [11]  
Vägar till ett effektivare miljöarbete. [43]

### **Näringsdepartementet**

Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. [15]  
Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. [16]  
Gör Sverige i framtiden – digital kompetens. [28]  
Uppgiftslämnarservice för företagen. [33]  
Service i glesbygd. [35]  
Koll på anläggningen. [42]  
Klimatförändringar och dricksvattenförsörjning. [51]  
EU och kommunernas bostadspolitik. [58]  
En ny regional planering – ökad samordning och bättre bostadsförsörjning. [59]  
Delrapport från Sverigeförhandlingen. Ett författningsförslag om värdeåterföring. [60]  
En fondstruktur för innovation och tillväxt. [64]  
Om Sverige i framtiden – en antologi om digitaliseringens möjligheter. [65]  
En förvaltning som håller ihop. [66]

### **Socialdepartementet**

Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksproduktdirektivet. [6]  
Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. [14]  
För kvalitet – Med gemensamt ansvar. [17]  
Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. [20]  
Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 + 2. [21]  
Nästa fas i e-hälsoarbetet. [32]  
Systematiska jämförelser. För lärande i staten. [36]  
Arbetslöhet och ekonomiskt bistånd. [44]

Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. [46]  
Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. [55]  
Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. [71]

### **Utbildningsdepartementet**

Rektorn och styrkedjan. [22]  
En yrkesinriktning inom teknikprogrammet. [29]  
SÖK – statsbidrag för ökad kvalitet. [45]  
Högre utbildning under tjuugo år. [70]

### **Utrikesdepartementet**

Gränser i havet. [10]