Stockholms stad

# Eftervård vid avslutad placering Barn 13–17 år

## Socialtjänstinspektörernas kvalitetsgranskning

Stockholms stad

**Eftervård vid avslutad placering Barn 13–17 år**
**Socialtjänstinspektörernas kvalitetsgranskning**
juni 2026

**Dnr**: SOF 2026/53
**Utgivare**: Socialförvaltningen
**Kontaktperson**: Anneli Lindqvist

# Sammanfattning

Stockholms stads socialtjänstinspektörer har till uppgift att granska stadens verksamheter inom individ- och familjeomsorgen, med fokus på kvalitet, rättssäkerhet och med ett brukarperspektiv.

Den aktuella kvalitetsgranskningen avser eftervård vid avslutad placering för barn i åldern 13–17 år och omfattar 30 ärendena från stadsdelsförvaltningarna Farsta, Hägersten-Älvsjö och Södermalm. Granskningen omfattar både handläggningen under placering och den efterföljande vården.

Barnen i granskningen har ofta omfattande och sammansatta behov. Majoriteten av barnen har neuropsykiatriska och/ eller psykiatriska diagnoser samt vuxit upp i hem med social problematik, där våld i familjen är vanligast, följt av missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa hos vårdnadshavare. De placeras i regel under tonåren utifrån egna beteendeproblem. En stor andel av barnen och deras familjer har tidigare erfarenhet av både öppenvårdsinsatser och placeringar.

Ett omfattande och intensivt arbete framkommer i alla ärenden. Vårdkedjan präglas inte sällan av avbrott, omstarter och återkommande akuta situationer. Konsekvensen blir en låg grad av förutsägbarhet för såväl barn och vårdnadshavare som för yrkesverksamma, vilket i sin tur ställer mycket höga krav på samordning, kontinuitet och framförhållning i insatserna.

Två tredjedelar av ärendena övergår i eftervård efter avslutad placering. Eftervården består ofta av parallella insatser, främst familjebehandling och kontaktpersonsinsatser. I dialogerna med de granskade verksamheterna framträder ett behov av mer flexibla, praktiska och stödjande familjepedagogiska insatser som bidra till en fungerande vardagsstruktur i övergången från placering till hemmet. Granskningen visar även ett behov av en mer sammanhållen vårdkedja där eftervården planeras tidigt och integreras redan under placeringstiden, med stöd till vårdnadshavare under hela placeringen som samordnas med barnets insatser.

Utifrån granskningen bedöms rättssäkerheten upprätthållas genom strukturerade utredningar och regelbundna uppföljningar. Samtidigt finns utvecklingsbehov i arbetet med SMARTA mål[1] i vårdplaner och uppdrag, för att ytterligare stärka tydligheten.

RBM[2] används redan i relativt hög grad, men behöver utvecklas för att i högre grad stödja individanpassade insatser. Det gäller särskilt hur barnets förutsättningar, inklusive kognitiva och exekutiva

[1] SMARTA mål, specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta.
[2] RBM, Risk–Behov–Mottaglighet är en modell för att bedöma och planera insatser utifrån risknivå, förändringsbara behov och individens mottaglighet.

funktioner, samt vårdnadshavares förmåga att genomföra och upprätthålla förändringar, beaktas i bedömningen.

Det framkom i dialoger med verksamheterna att det är utmanande att få till samordning med en helhetssyn i komplexa ärenden som kräver många aktörers medverkan. Sociala insatsgrupper[3] tillsammans med pilotprojektet BUP ANB[4] har i hög grad bidragit till att relevanta aktörer finns runt barnet, men för barn utanför projektet saknas ofta regionens medverkan. Särskilt tydlig är frånvaro av habiliteringen och samverkan med funktionshinderområdet, i relation till den höga diagnostätheten i urvalet. Införandet av skolsamordnare har haft tydligt positiva effekter och bidragit till en mer kontinuerlig skolgång i nästan samtliga ärenden. En slutsats är att när en samordnare har ett tydligt ansvar för en fråga ökar förutsättningarna för resultat.

Delaktighet för barn framträder i dokumentationen i relativt hög grad, men det är inte alltid tydligt hur barns inflytande faktiskt påverkar besluten. Barns förståelse av processer och beslut behöver säkerställas genom att information anpassas och tillgängliggörs, för att stärka den reella delaktigheten ur ett barnrättsperspektiv.

Ur intervjun med SOS Barnbyar framkommer att barn lyfter stabila och varaktiga relationer som avgörande för en fungerande vårdkedja. Kontinuitet, tillit och långsiktiga vuxenrelationer behöver därför prioriteras i utvecklingen av eftervården som en del av en sammanhållen och robust vårdkedja.

Nätverksarbete[5] sker i begränsad omfattning, trots att arbetet är en central skyddsfaktor för långsiktigt hållbara resultat. I dialogerna framträder samtidigt en positiv utveckling inom området, och arbetet bedöms ha potential att stärkas ytterligare genom mer systematik och kontinuitet.

Ett mer strukturerat arbete för att involvera civilsamhällets resurser bör ses som en viktig del av den fortsatta utvecklingen av eftervården, för att bidra till sammanhang som kan finnas kvar även när socialtjänstens insatser upphör.

---

[3] Sociala insatsgrupper (SIG*)* är en samverkansform för unga i hög risk för kriminalitet tillsammans med skola och polis i grunden.
[4] BUP ANB Stockholm är ett pilotprojekt för ungdomar med allvarligt normbrytande beteende inom barn- och ungdomspsykiatrin.
[5] Med nätverksarbete avses att samla och involvera den unges privata och professionella nätverk, exempelvis familj, skola och andra viktiga personer, för att skapa samsyn, stärka stödet och gemensamt hitta vägar framåt.

# Innehåll

**Sammanfattning** ..... **2**
**Innehåll** ..... **4**
**Inledning** ..... **5**
**Granskningsmetod** ..... **6**
God kvalitet inom socialtjänsten ..... 6
Kvalitetsområden ..... 6
Granskningsmodell ..... 7
**Målgrupp, urval och avgränsning** ..... **8**
**Utgångspunkter** ..... **10**
*Reglering av eftervård i socialtjänstlagen* ..... *11*
*Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och handböcker* ..... *11*
Bakgrund ..... 13
**Granskningsresultat** ..... **14**
Ärendeurvalet ..... 14
Ärendegranskningen ..... 17
*1. Från öppenvårdsinsatser till placering* ..... *17*
*2. Övergången från placering till eftervård* ..... *21*
*3. Eftervårdens innehåll* ..... *28*
Dialoger med verksamheterna ..... 35
**Socialtjänstinspektörernas analys** ..... **46**
*Trygghet och säkerhet* ..... *46*
*Självbestämmande och integritet* ..... *47*
*Tillgänglighet* ..... *48*
*Helhetssyn och samordning* ..... *49*
*Kunskapsbaserad verksamhet* ..... *50*
*Effektivitet* ..... *51*
*Jämställdhetsanalys* ..... *51*
**Slutord** ..... **52**
Socialtjänstinspektörernas rekommendationer ..... 52

# Inledning

Stockholms stads socialtjänstinspektörer har till uppgift att granska stadens verksamheter inom individ- och familjeomsorgen med fokus på kvalitet och rättssäkerhet för den enskilde. Arbetet utgår från lagstiftning, förordningar och föreskrifter samt stadens riktlinjer inom området, och uppdraget har ett generellt brukarperspektiv.

Att bevaka likställigheten i staden och sprida goda exempel utgör en central del av granskningarna och syftar till att stödja verksamheternas utvecklings- och kvalitetsarbete. Vid granskning ska jämställdhets- och barnperspektiv så långt som möjligt beaktas och lyftas fram.

Resultatet av varje genomförd granskning återkopplas till medarbetare och chefer innan granskningsrapporten fastställs av socialnämnden. Därefter vidarebefordras rapporten till samtliga stadsdelsnämnder. En årsrapport lämnas till socialnämnden samt kommunstyrelsen och dess råd för funktionshinderfrågor.

Eftervård är en central del av socialtjänstens arbete när barn i åldern 13–17 år avslutar en placering i samhällsvård. Övergången innebär förändrade stödinsatser och ställer krav på samordnad planering, genomförande och uppföljning. Arbetet med eftervård utvecklas löpande, vilket gör området viktigt att följa och vidareutveckla.

En fungerande återförening mellan barn och vårdnadshavare förutsätter att familjens nätverk och stödresurser är tillräckligt starka samt att insatser under placeringen bidrar till stabilitet och förbereder övergången till hemmiljö. Övergången är ett kritiskt skede där otillräcklig planering eller eftervård kan öka risken för ny placering.

Mot denna bakgrund granskas hur socialtjänsten planerar, genomför och följer upp insatser i övergången från placering till eftervård samt hur eftervårdens innehåll utformas.

# Granskningsmetod

## God kvalitet inom socialtjänsten

Socialstyrelsen definierar kvalitet i SOSFS 2011:9. Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

I 5 kap 1–3 §§ SoL framgår socialtjänstens kvalitetsparagrafer:

*”Socialtjänstens verksamhet ska bedrivas med god kvalitet och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtliga medarbetare ansvarar för att bidra till kvaliteten i verksamheten och de insatser som genomförs. Socialnämnden har ansvar för att systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Personal som utför uppgifter inom socialtjänsten ska ha lämplig utbildning och relevant erfarenhet.”*

**Ny socialtjänstlag**

Från och med den 1 juli 2025 gäller en ny socialtjänstlag (2025:400) i Sverige. Granskningen omfattar ärenden som pågått under 2025, vilket innebär att handläggningen har skett under både den tidigare och den nya lagstiftningen. I denna rapport redovisas dock bedömningar och hänvisningar enbart utifrån gällande lagstiftning.

## Kvalitetsområden

God kvalitet inom socialtjänsten kräver en samsyn och för att uppnå det är definitioner nödvändiga. Socialstyrelsen och SKR har arbetat fram definitioner på sex kvalitetsområden utifrån lagstiftningens kvalitetsparagrafer:

- **Trygghet och säkerhet**
  Trygghet och säkerhet innebär att stöd och insatser utförs enligt gällande regelverk. De är förutsägbara och det finns möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

- **Självbestämmande och integritet**
  Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

- **Tillgänglighet**
  Tillgänglighet innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av stöd och insatser inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

- **Helhetssyn och samordning**

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av stöd och insatser som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och stöd och insatser präglas av kontinuitet.

- **Kunskapsbaserad verksamhet**
  Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes egna erfarenheter tillsammans med professionen tillvaratas.

- **Effektivitet**
  Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

## Granskningsmodell

Granskningsarbetet planeras utifrån en granskningsmodell som dels bygger på lagstiftningens bestämmelser om god kvalitet inom socialtjänsten och dels på de beskrivna kvalitetsområdena. Granskningen syftar till att identifiera och sprida goda arbetssätt samt belysa utvecklingsbehov.

Granskningen följer nedanstående arbetsgång:

1. **Informationsinsatser**
   Informationsbrev och möten med berörda chefer och arbetsgrupper.
2. **Dokument- och aktgranskning**
   Genomgång av policydokument och aktgranskning på individnivå.
3. **Intervjuer och dialoger**
   Intervju med brukarorganisation, dialogmöten med representanter från stadsdelsförvaltningarna och centraliserade verksamheter.
4. **Återkoppling och spridning**
   Återkopplingsmöte, rapport till nämnder och spridning av resultat.
5. **Uppföljning**
   Uppföljning av utvecklingen baserat på granskningens resultat, redovisas i årsrapporten 2027.

# Målgrupp, urval och avgränsning

Granskningen omfattar barn i åldern 13–17 år med avslutad placering under 2025 som kan ha följts av eftervård. Åldersgruppen har valts för att belysa hur eftervård fungerar när återgång till hemmiljö är ett alternativ. Urvalet motiveras av det stora antalet placeringar i samhällsvård, där målet oftast är återförening, vilket aktualiserar frågor om hur detta arbete bedrivs. Placering utanför hemmet är en ingripande insats i barnet och familjens liv och föregås ofta av betydande svårigheter, såsom omsorgsbrister och/eller beteendeproblem hos barnet.

Urvalet omfattar samtliga placeringsformer: jour- och familjehem, stödboenden, HVB, behandlingsfamiljer, skyddade boenden samt särskilda ungdomshem (SiS), både enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Variation i kön, ålder och andra relevanta bakgrundsfaktorer beaktas i den mån det kan ha betydelse.

Granskningen av eftervård omfattar både öppenvårdsinsatser som löpt parallellt med den sista placeringen och kvarstår eller planeras för i samband med avslutad placering. Eftervården ses generellt som den sista delen i vårdkedjan hos socialtjänsten när barn har varit placerade i samhällsvård.

Den granskade perioden är år 2025, men i de fall eftervården har initierats tidigare följs dessa processer även bakåt i tiden för att spegla övergången i sin helhet.

Granskningen genomfördes våren 2026 i stadsdelsförvaltningarna Farsta, Hägersten-Älvsjö och Södermalm. Resultaten är inte representativa för hela staden och möjliggör inte generella slutsatser om Stockholms stad, men utgör ett underlag för utveckling och kompletterar kunskapen om eftervård för målgruppen.

Parallellt pågår projektet *Eftervård med hög tillgänglighet för unga i riskzon för kriminalitet* (2024–2027), finansierat av stadens sociala investeringsfond och bedrivs i Hässelby–Vällingby, Järva, Enskede-Årsta-Vantör och Skärholmen. Projektet riktar sig till barn 13–17 år som återvänder hem efter placering i samhällsvård och innebär förstärkt samordnat stöd till barn och vårdnadshavare redan under placeringstiden. De deltagande stadsdelarna ingår därför inte i denna granskning.

Urvalet baseras på sammanställda ärendelistor från de granskade stadsdelsförvaltningarna och omfattar totalt 30 ärenden. Antalet ärenden varierar något mellan stadsdelsförvaltningarna, men

skillnaderna är begränsade och kan förklaras av faktorer som demografi och placeringsvolymer.

Det totala antalet ärenden är begränsat, vilket innebär att enskilda ärenden kan få relativt stort genomslag i resultaten. Resultaten bör därför tolkas med hänsyn till ärendemängdens storlek.

### Genomförande av ärendegranskning

Ärendegranskningen genomfördes med stöd av en strukturerad mall baserad på Socialstyrelsens handbok[6]. Fokus har varit rättssäkerhet och kvalitet ur barnets och familjens perspektiv, med särskilt fokus på behovsbedömning, delaktighet, måluppfyllelse, samordning och uppföljning. Metoden har gett ett underlag för att identifiera både mönster och kvalitativa aspekter i eftervårdens tillämpning.

### Dialoger och intervjuer

Dialogmöten med representanter från de tre granskade stadsdelsförvaltningarna har genomförts i syfte att bidra med ett verksamhetsperspektiv samt öka förståelsen för rutiner, arbetssätt och dokumentation kopplade till eftervård. Därutöver har två möten hållits med centraliserade enheter inom socialförvaltningens avdelning för socialt stöd: förstärkningsteamet, som stöttar myndighetsutövningen i stadsdelsförvaltningarna, samt Framtid Stockholm, som ansvarar för delar av den centraliserade öppenvården för barn, unga och deras familjer.

För att stärka brukarperspektivet har även intervjuer genomförts med SOS Barnbyar, vilka bidragit med erfarenheter och kunskap om målgruppens behov samt framgångsfaktorer i arbetet.

Sammantaget har dialoger och intervjuer kompletterat ärendegranskningen och bidragit till ett mer heltäckande underlag avseende eftervårdens innehåll, genomförande och kvalitet.

### Begränsningar i granskningsmetoden

Granskningen bygger på dokumentation i det sociala verksamhetssystemet, vilket innebär att icke-dokumenterad handläggning inte framgår. Vissa perspektiv saknas, exempelvis barnets egna upplevelser och andra yrkesgrupper, vilket begränsar analysens fullständighet och gör att resultaten främst speglar dokumenterade processer och beslut.

---

[6] Socialstyrelsen (2023), *Placerade barn och unga – handbok för socialtjänsten*.

# Utgångspunkter

## FN:s barnkonvention som rättighetsgrund för eftervård

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) är sedan 1 januari 2020 inkorporerad i svensk lag (SFS 2018:1197) och utgör en bindande rättslig grund för socialtjänstens arbete med barn och unga. Fyra artiklar utgör centrala principer som alltid ska beaktas:

- **artikel 2** - icke-diskriminering
- **artikel 3** - barnets bästa
- **artikel 6** - rätt till liv och utveckling
- **artikel 12** - rätt att komma till tals

Därtill är **artikel 18**, som särskilt lyfter statens ansvar att stödja föräldrar och vårdnadshavare relevant för eftervården.

### Rättslig och nationell utveckling av barns rättigheter i socialtjänsten och eftervård

Den rättsliga och nationella utvecklingen av barns rättigheter inom socialtjänsten har under senare år i hög grad påverkat synen på eftervård för barn och unga i samhällsvård. Frågor om eftervårdens utformning, innehåll och tillgänglighet har i ökad utsträckning lyfts i statliga utredningar.

Flera utredningar är centrala i sammanhanget. SOU 2023:66 *För barn och unga i samhällsvård* lyfts behovet av samordning, långsiktighet och en mer likvärdig och delaktighetsbaserad eftervård[7]. SOU 2023:40 *Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen* betonas barns rätt till information, delaktighet och effektiva klagomålsvägar[8].

Barns rättigheter har samtidigt förstärkts i lagstiftningen genom nya SoL (2025:400), där barns rätt till delaktighet och anpassad information tydliggörs och utgör en obligatorisk del av socialtjänstens insatser. Även statliga satsningar, såsom *försöksverksamhet med oberoende barnombud* enligt Förordning (2025:119), syftar till att stärka barns inflytande och stöd i kontakter med socialtjänsten, vilket är särskilt relevant i övergången till

---

[7] Statens offentliga utredningar (SOU) 2023:66, *För barn och unga i samhällsvård*.
[8] Statens offentliga utredningar (SOU) 2023:40, *Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen*.

eftervård[9]. För 2026 fördelades medel till flera ideella organisationer, däribland SOS Barnbyar, för att stärka barns delaktighet och stöd i kontakten med myndigheter[10].

## Reglering av eftervård i socialtjänstlagen

Eftervård som begrepp är inte framträdande i socialtjänstlagen (2025:400), men motsvarande ansvar framgår av socialnämndens skyldighet att planera, följa upp och ge stöd i samband med vård av barn och unga utanför hemmet. Enligt 22 kap. socialtjänstlagen har socialnämnden ett ansvar för att följa vården, ge barn och vårdnadshavare stöd och hjälp både under och efter placering. Detta innebär att insatser i anslutning till hemgång och fortsatt stöd efter placering ingår som en del av det samlade ansvaret för vården, även om de inte benämns som eftervård i lagtexten.

23 kap. i socialtjänstlagen (2025:400) reglerar socialnämndens ansvar att följa upp barns situation efter avslutad placering. Uppföljningen ska säkerställa fortsatt kännedom om barnets situation och kan beslutas även när insats inte beviljats eller efter att vård avslutats. Detta gäller även utan samtycke om det finns särskilda behov.

Sverige skiljer sig från flera nordiska länder genom att eftervården för barn och unga i samhällsvård historiskt varit mindre enhetligt reglerad, till skillnad från exempelvis Norge och Danmark[11]. Sverige är idag det enda nordiska land utan lagkrav på eftervård. När frågor om lagkrav på eftervård lyfts avser de dock i regel unga som har fyllt 18 år och står inför övergången till ett självständigt vuxenliv, vilket ligger utanför ramen för denna granskning.

## Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och handböcker

Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och handböcker utgör en central del av den nationella styrningen av socialtjänstens arbete med placerade barn och unga samt eftervård. Socialstyrelsens handbok *Placerade barn och unga* beskriver socialnämndens samlade ansvar för vård, uppföljning och stödinsatser genom hela vårdkedjan, inklusive övergången till eftervård[12].

---

[9] Förordning (2025:119) om statsbidrag till försöksverksamhet med oberoende barnombud.
[10] Socialstyrelsen (2026), *Fördelning av statsbidrag…*, hämtad 2026-04-21.
[11] SOS Barnbyar (2023), *Glappet, en rapport om situationen för unga som lämnar samhällsvård.*
[12] Socialstyrelsen (2023), *Placerade barn och unga – handbok för socialtjänsten*.

Planering och uppföljning ska enligt dessa styrdokument utgå från individuella behov och säkerställa kontinuitet, rättssäkerhet och kvalitet i insatserna. Särskild vikt läggs på att stöd inte ska avbrytas i samband med placeringens upphörande, utan följas upp inom en sammanhållen planering.

Samverkan ska ske strukturerat med relevanta aktörer såsom skola, hälso- och sjukvård och andra berörda verksamheter. Insatser efter placering ska planeras, dokumenteras och följas upp systematiskt för att säkerställa ändamålsenlighet och långsiktighet i stödet till barnet.

### *Begreppet eftervård*

Begreppet ”eftervård” kan ge intryck av att insatser sker först efter att den huvudsakliga vården avslutats, vilket inte alltid speglar hur stödinsatser är eller bör vara organiserade i praktiken. I många fall pågår insatser som kan förekomma i en eftervård som en integrerad del av vårdkedjan under en placering.

Utmaningar uppstår särskilt i övergången från placering till hemmet, där behovet av stöd ofta kvarstår. Begreppet kan därmed bidra till en uppdelning mellan placering och fortsatt stöd som inte alltid motsvarar den faktiska processen, vilket kan riskera att eftervårdsinsatser initieras sent i vårdkedjan utifrån hur vi använder begreppet eftervård.

I rapporten används begreppet ”eftervård” av läsbarhetsskäl, men det avser en del av en sammanhängande vårdkedja där planering och insatser sträcker sig över hela processen.

# Bakgrund

## *Heldygnsvård*

Antal barn i åldern 13–17 år som någon gång varit placerade i heldygnsvård fördelat på stadsdelsnämnd och placeringsform 2025.
(Källa: Sociala system)

| Stadsdelsnämnd | §12-hem | HVB | Skyddat Boende** | Stöd-boende | Familje-hem | Jour-hem | Behandlings-familj |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bromma | * | 7 | 0 | 5 | 23 | 15 | * |
| Enskede-Årsta-Vantör | 4 | 15 | 9 | 5 | 30 | 50 | 7 |
| Farsta | 15 | 14 | * | * | 13 | 24 | 19 |
| Hägersten-Älvsjö | 8 | 10 | 4 | 6 | 26 | 43 | 7 |
| Hässelby-Vällingby | 4 | 15 | 6 | * | 39 | 46 | 10 |
| Järva | 11 | 19 | 8 | 4 | 46 | 77 | 43 |
| Kungsholmen | * | * | 0 | 0 | 9 | 10 | * |
| Norra innerstaden | * | * | 0 | * | 9 | 10 | * |
| Skarpnäck | * | 6 | * | * | 8 | 19 | * |
| Skärholmen | 9 | 15 | 0 | * | 20 | 41 | * |
| Södermalm | * | * | * | 0 | 17 | 14 | * |
| **Totalt i staden** | **58** | **109** | **31** | **31** | **240** | **349** | **100** |

*antal under 4 redovisas ej
** Skyddat boende avser barn som placerats tillsammans med vårdnadshavare efter 1 april 2024, samt barn placerade med eller utan medföljande vårdnadshavare.
Ensamkommande barn ingår inte i tabellen

Tabellen visar att omfattningen av heldygnsvård för åldersgruppen 13–17 år varierar mellan stadsdelsnämnder och placeringsformer. Totalt i staden är placeringar i jourhem och familjehem vanligast, följt av HVB och behandlingsfamiljer. §12-hem, stödboende och skyddat boende utgör en mindre andel av det totala antalet placeringar.

## *Jämförelse 2024–2025*

Antal barn i åldern 13–17 år som varit placerade i heldygnsvård 2024 jämfört med 2025.
(Källa: Sociala system)

| Årtal | §12-hem | HVB | Skyddat Boende* | Stöd-boende | Familje-hem | Jour-hem | Behandlings-familj | Totalt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 62 | 134 | 6 | 36 | 240 | 376 | 85 | 939 |
| 2025 | 58 | 109 | 31 | 31 | 240 | 349 | 100 | 918 |
| Förändring | **-4%** | **- 25%** | **+ 25 %** | **+ 25%** | **+/- 0** | **-27%** | **+ 15%** | **-2%** |

* Se definition ovan. Från och med 1 april 2024 räknas barn som följer med vårdnadshavare till skyddat boende som egna individer med egen insats, vilket påverkar statistiken.

Utvecklingen visar en tydlig minskning av placeringar i HVB och jourhem, medan skyddat boende och behandlingsfamiljer ökar.

Familjehem ligger kvar på oförändrad nivå. Samtidigt har placeringar för åldersgruppen 13–17 år totalt minskat med 2 %.

### *Utfall i de granskade stadsdelsförvaltningarna*

I Farsta, Hägersten-Älvsjö och Södermalm stadsdelsförvaltningar omfattade heldygnsvården totalt 238 barn i åldern 13–17 år under 2025. Av dessa ledde 30 placeringar (de som ingår i granskningen) till hemtagning[13], vilket motsvarar knappt 13 procent av samtliga placeringar i de granskade stadsdelsförvaltningarna. Den stora majoriteten av placerade barn i åldersgruppen 13–17 år var därmed fortsatt placerade under perioden, medan en mindre andel avslutades.

# Granskningsresultat

Granskningsresultaten redovisas gemensamt för de tre granskade förvaltningarna.

## Ärendeurvalet

Urvalet omfattar barn i åldern 13–17 år som under 2025 avslutat sin sista placering i vårdkedjan. I nästan samtliga fall ledde den avslutade placeringen till återförening med vårdnadshavare i ursprunglig hemmiljö. I övriga fall skedde en vårdnadsöverflytt till familjehemsförälder eller så flyttade barn och vårdnadshavare, som varit skyddsplacerade tillsammans, vidare till eget boende. Att de flesta återförenas med vårdnadshavare är förväntat eftersom de fortfarande är minderåriga och därav i mindre utsträckning slussas mot självständigare boendeformer.

Urvalet omfattar 30 ärenden från de tre granskade stadsdelsförvaltningarna. Flest ärenden kommer från Hägersten-Älvsjö (12), följt av Södermalm (10) och Farsta (8). I urvalet är pojkar överrepresenterade, 20 pojkar och 10 flickor. Den största åldersgruppen är 16-åringar, följt av 15- och 17-åringar, medan endast ett fåtal är 13 eller 14 år.

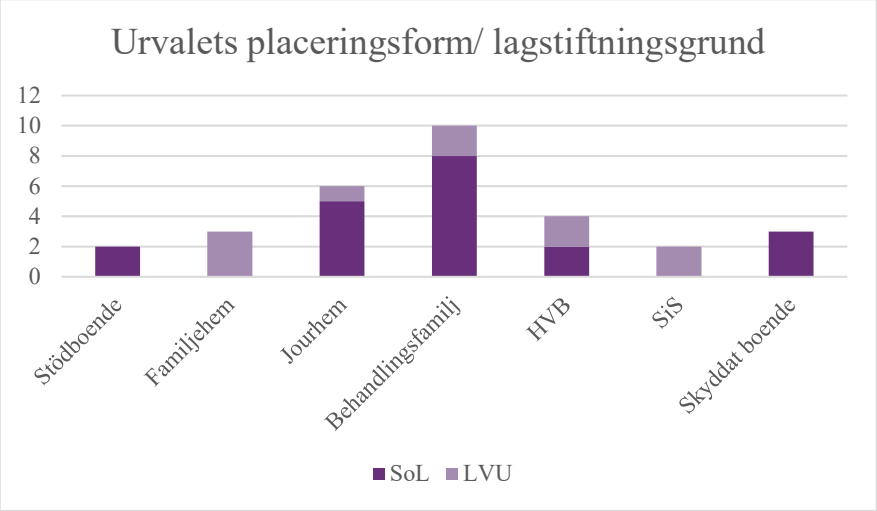
I det granskade urvalet av barn har 20/30 en diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik, främst ADHD[14] eller autism, ofta i kombination och ibland tillsammans med trotssyndrom. Ytterligare 4/30 har annan psykiatrisk diagnos, exempelvis PTSD[15]. Sammantaget är endast 6 barn odiagnostiserade varpå 5 av dessa har

[13] Hemtagning innebär att ett barn eller en ungdom flyttar från en placering i samhällsvård tillbaka till sin vårdnadshavare eller ursprungliga hemmiljö.
[14] ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder
[15] PTSD, posttraumatiskt stressyndrom

en misstänkt neuropsykiatrisk problematik. En betydande andel har även en historia av substansbruk i olika omfattning.

Två tredjedelar av barnen har vuxit upp i hem där vårdnadshavarna visat på egen social problematik, där våld i familjen varit den mest förekommande faktorn (65 %), därefter en lika blandning av missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa hos vårdnadshavarna. Problematiken har i många fall identifierats i tidigare utredningar hos socialtjänsten, och i vissa fall har detta lett till tidigare erhållna öppenvårdsinsatser såsom familjebehandling och ibland insatser som omfattar både stöd och skydd via våld i nära relation (ViNR).

Placeringarna har oftast initierats på grund av barnens eget beteende, medan placeringar på grund av omsorgsbrist eller behov av skydd tillsammans med vårdnadshavare (ViNR) är mindre förekommande. I många fall syntes barnets beteendeproblem utvecklats över tid och blivit den huvudsakliga orsaken till placeringen när barnet väl kommit upp i tonåren.




Som framgår av diagrammet är behandlingsfamilj, jourhem och HVB de vanligaste placeringsformerna i urvalet. Två tredjedelar av placeringarna är enligt socialtjänstlagen (SoL) och en tredjedel enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Behandlingsfamilj framträder som den vanligaste vårdformen sett till hemtagningar[16] som görs utifrån åldersgruppen. Denna vårdform ska bygga på TFCO-modellen[17] och har, sett till sin historik, haft en markant ökad efterfrågan sedan Socialstyrelsen 2021 rekommenderade insatsen för barn och unga med allvarligt

[16] Hemtagning innebär att ett barn eller en ungdom flyttar från en placering i samhällsvård tillbaka till sin vårdnadshavare eller ursprungliga hemmiljö.
[17] TFCO, Treatment Foster Care Oregon

normbrytande beteende. Under granskningen framkommer att innehållet i denna vårdform varierar kraftigt[18].

Placeringarnas genomsnittliga längd varierar mellan olika placeringsformer, men speglar inte den totala placeringstiden vid upprepade placeringar. Av de 30 placerade barnen har 20 tidigare erfarenhet av placeringar, varav 12 i direkt anslutning till avslutande placering. 10 barn i urvalet var placerade för första gången, och av dessa inleddes 3 placeringar med stöd av LVU.

Bland de 30 ärendena avslutades 12 genom vårdsammanbrott, vilket motsvarar 40 procent av samtliga ärenden. Detta innebär att endast 18 ärenden, motsvarande 7,6 procent av det totala antalet placeringar i de tre stadsdelsförvaltningarna (238), avslutades genom ett planerat avslut inom ramen för en sammanhållen vårdkedja under 2025. Det motsvarar ungefär var trettonde placering sammantaget i de granskade stadsdelsförvaltningarna.

Sett till de granskade ärendena har familjehemsplaceringar den längsta genomsnittliga varaktigheten, uppgående till 32 månader, vilket ligger i linje med placeringsformens syfte och karaktär. Skyddat boende har den kortaste genomsnittliga tiden, cirka 3 månader, vilket också överensstämmer med placeringsformens syfte. Övriga placeringsformer så som stödboende, jourhemsplaceringar, HVB och SiS, uppvisar en genomsnittlig längd på mellan 7 och 9 månader.

Jourhemsplaceringarna avviker sett till sitt tillfälliga syfte[19], med en genomsnittlig längd på cirka åtta månader. Resultatet överensstämmer även med stadsrevisionens granskning *Placering av barn och unga i familjehem*, där det framkommer att barn och unga i Stockholms stad blir kvar i jourhem under alltför lång tid[20].

Övriga placeringslängder framstår som mer förväntade i relation till respektive placeringsforms syfte och karaktär. Vid det fåtal placeringar som identifierats på stadens egna HVB har det rört sig om relativt korta placeringar, som ofta har kunnat avslutas snabbt när den akuta situationen för barnet har stabiliserats.

---

[18] Under granskningen framkommer att innehållet i denna vårdform varierar kraftigt mellan vårdgivare vad gäller metod och kvalitet, något som bör utredas vidare men ligger utanför ramen för denna granskningen och därför inte kommer att behandlas.
[19] Enligt 4 kap. 4 § socialtjänstlagen (2025:400) får jourhemsplaceringar som huvudregel inte pågå längre än två månader efter avslutad utredning, om det inte finns särskilda skäl.
[20] Stadsrevisionen (2025). *Placering av barn och unga i familjehem*. Revisionsrapport nr 4, dnr RVK 2024/139.

Sammantaget består urvalet av barn placerade i samhällsvård där nästan alla har en diagnosticerad eller misstänkt neuropsykiatrisk eller psykiatrisk problematik, och många med tidigare placeringserfarenheter. De vanligaste placeringsformerna är behandlingsfamilj, HVB och jourhem, vilka görs både enligt SoL och LVU. Många har vuxit upp i hem med vårdnadshavare som har egen problematik, framförallt med våld i familjen. Sammantaget ger det en tydlig bild av barns utsatthet och de utmaningar som kopplas till deras symptom och vanligt förekommande beteendeproblem. Detta tydliggör behovet av en sammanhängande vårdkedja där eftervården får ett proportionerligt utrymme.

## Ärendegranskningen

Granskningens resultat redovisas enligt den kronologiska vårdkedjan: insatser före, under och efter placering, med fokus på samordning, övergångar och innehåll i eftervård.

### 1. Från öppenvårdsinsatser till placering

#### *Innan placering*

Nästan två tredjedelar av de 30 granskade ärendena hade tagit emot någon form av öppenvårdsinsats före placering. Majoriteten bestod av interna insatser så som traditionell familjebehandling, MST[21], BSFT[22], SIG[23], SKKP[24] samt Mini Maria. En fjärdedel av insatserna var externt upphandlade och utgjordes främst av intensiv familjebehandling och ungdomsbehandlare.

I drygt hälften av ärendena avslutades insatserna i samband med att placeringen inleddes. I en tredjedel av fallen fortsatte insatserna parallellt med placeringen, och i ytterligare några fall kvarstod insatser under en övergångsperiod för att därefter avslutas.

I de granskade ärendena kvarstår externt upphandlade insatser oftare i övergången till placering än interna insatser.

#### *Uppstart och övergång*

Granskningen visar att placeringar ofta föregås av en intensiva och inte sällan akuta faser. Efter att behovet av placering har konstaterats sker processen skyndsamt i de granskade ärendena, där

[21] MST, Multisystemisk terapi
[22] BSFT, Brief Strategic Family Therapy
[23] SIG, Sociala insatsgrupper
[24] SKKP, Särskilt kvalificerad kontaktperson

en plats efterfrågas och flytten genomförs kort efter att ett erbjudande om plats har lämnats.

I de flesta ärenden ges barn och vårdnadshavarna möjlighet att träffa representanter från vårdgivaren inför placeringen, genom ett så kallat informationsmöte. Det förekommer dock relativt ofta att barnet inte får möjlighet att träffa de medarbetare eller de vuxna som hen senare kommer att bo eller spendera tid med, varpå en stor omställning för barnet sker utan större förberedelser.

I ett fåtal ärenden framgår att förberedelser inför flytten har ingått som ett tydligt uppdrag till vårdgivaren. I dessa fall syns en mer planerad övergång inför placering där man jobbar med mental förberedelse hos framförallt barnet som succesivt får bekanta sig med de nya personerna och vårdformen.

Kort efter inflyttning hålls vanligtvis ett uppstartsmöte där vårdplanen gås igenom. Vårdnadshavarnas deltagande varierar, och i vissa fall ges information till vårdnadshavaren i efterhand.

### *Vårdplaner*

Så snart socialtjänsten överväger placering utanför barnets eget hem ska en *vårdplan* upprättas. Planen ligger till grund för genomförandet av vården och för uppföljningen, oavsett om vården bedrivs med stöd av SoL eller LVU[25]. I nästan samtliga granskade ärenden fanns en vårdplan från placeringens start. Vårdplanerna reviderades minst var sjätte månad i samband med omprövning eller övervägande, i linje med lagtiftning.

Kvaliteten på vårdplanerna var dock varierande. I cirka 40 procent av ärendena är målen tydligt formulerade och bedöms som realistiska, ofta med en plan om uppföljning och generellt mer präglade av SMARTA mål[26]. I flera vårdplaner framgår även att RBM[27] används som grund för att anpassa insatserna till barnets behov och mottaglighet.

I drygt hälften av ärendena är målen mer otydliga eller otillräckligt preciserade. Det gäller framför allt avsaknad av tidsramar, öppna målformuleringar och plan för uppföljning. Av journalanteckningar

---

[25] Socialförvaltningen, *Riktlinjer för handläggning och dokumentation av ärenden gällande barn och unga inom individ- och familjeomsorgen*, beslutade av kommunfullmäktige 2020-11-02, dnr 3.1.1-693 2019.
[26] SMARTA mål är en modell för målformulering där målen ska vara Specifika, Mätbara, Accepterade (eller Anpassade), Realistiska och Tidsbestämda. Modellen används för att tydliggöra vad som ska uppnås, hur det ska följas upp och inom vilken tidsram.
[27] RBM, Risk–Behov–Mottaglighet

framgår att både barn och vårdnadshavare återkommande efterfrågar tydligare mål och tidsramar, som tydliggör vilka förändringar som behöver genomföras för att barnet ska kunna återvända hem.

I ett fåtal ärenden saknas vårdplan helt, främst vid korta eller akuta placeringar. I dessa fall har planering och mål i stället formulerats inom ramen för eftervårdsinsatserna.

### *Uppföljning under placering*

Regelbunden uppföljning genomfördes i samtliga ärenden, huvudsakligen genom fysiska besök som ofta kompletterades med digitala möten och telefonsamtal. Endast i ett fåtal korta placeringar skedde uppföljningen enbart digitalt, då fysiska besök inte hann genomföras.

Dokumentationen av uppföljningarna uppvisar variation. I ungefär en tredjedel av ärendena framgår måluppfyllelsen tydligt, i en tredjedel delvis, och i resterande ärenden är den begränsad eller saknas helt. Journalanteckningarna innehåller ofta beskrivningar av barns mående och praktiska aspekter av placeringen, men kopplingen till vårdplanens mål är i flera fall svag. I de ärenden där måluppfyllelsen framgår tydligare används oftare strukturerade bedömnings- och uppföljningsverktyg, såsom BBIC[28] och SAVRY[29].

Sammantaget visar granskningen att uppföljningar av placeringarna sker regelbundet, men att kopplingen mellan vårdplan, uppföljning och måluppfyllelse inte är enhetlig.

### *Enskilda samtal och kontakt med socialtjänsten*

I majoriteten av ärendena genomfördes regelbundna enskilda samtal med barn både under placering och i eftervård, främst i samband med fysiska besök. I vissa ärenden förekom även frekventa telefonsamtal, exempelvis veckovis. I några fall avböjde barnet erbjudna samtal, och i enstaka ärenden var kontakten mer oplanerad.

Äldre barn hade oftare tätare kontakt och tog i högre grad egna initiativ till kontakt. Vid parallella insatser, såsom när en SIG-

---

[28] BBIC (Barns behov i centrum) är ett utredningsverktyg som används för att utreda, planera och följa upp insatser för barn och unga.
[29] SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) är ett strukturerat bedömningsverktyg som används för att identifiera riskfaktorer och skyddsfaktorer kopplade till våldsamt eller antisocialt beteende hos ungdomar.

samordnare[30] fanns kvar under en placering syns en mer relationell och tillitsfull kontakt. Liknande samtal genomfördes också av socialsekreterare men inte lika genomgående.

### *Stöd till vårdnadshavare under placeringstiden*

I samtliga granskade ärenden dokumenterades enskilda samtal även med vårdnadshavare. Deras delaktighet i samordning med andra aktörer varierade, men i de flesta fall skedde det med regelbundenhet, medan kontakten i drygt en fjärdedel av ärendena inte var kontinuerliga.

Förekomst av stöd till vårdnadshavare under placeringstid var ojämnt fördelat. Cirka en tredjedel fick parallellt stöd via intern öppenvård, medan en lika stor andel inte fick något motsvarande stöd. I vissa fall gavs stöd via vårdgivaren inom ramen för placeringen eller genom extern familjebehandling, exempelvis TFCO[31] i behandlingsfamiljer. Vid skyddsplaceringar (ViNR) gavs samtalsstöd från samma enhet.

Stödet syftade i regel till att stärka föräldraförmågan, framför allt inom konflikthantering och gränssättning, med målet att möjliggöra återförening. I enstaka fall tackade vårdnadshavare nej till egna stödinsatser efter placeringens start, ofta till följd av en mycket intensiv fas före placeringen där placeringen i sig gav ett andrum. I några ärenden rekommenderades även kontakt med Stella[32], stadens råd- och stödverksamhet för föräldrar med placerade barn.

### *Umgänge under placeringstid*

I samtliga granskade ärenden planerades och genomfördes umgänge med vårdnadshavare regelbundet under placeringen, oftast veckovis eller månadsvis. Mer sällsynta umgängen förekom i princip inte.

Vid placeringar i Stockholmsområdet, där avståndet till vårdnadshavare ofta var kortare, förekom i vissa fall spontana umgängen under placeringen innan rutiner och gränser hunnit etableras. Detta var framförallt i jourhemsfamiljer vars planeringar sällan var lika strukturerade som under andra placeringsformer. Dessa spontana umgängen bidrog i vissa ärenden till förtida avslut av placeringen utan att mål uppnåtts, vilket i majoritet också blev upphov till fortsatt instabilitet på hemmaplan. I ett fåtal ärenden

---

[30] SIG, Sociala insatsgrupper
[31] TFCO, Treatment, Foster Care Oregon
[32] *Stella – stöd till föräldrar med placerade barn*, Stockholms stad. Verksamheten erbjuder råd, stöd och information till vårdnadshavare för att stärka delaktighet och förståelse under placeringstiden.

saknas planerat umgänge på grund av tidiga avbrott, vilket i stället lett till snabbare återförening utan en ny placering.

Umgänget regleras i regel genom tydliga ramar, exempelvis avseende hemkomsttider, umgänge med andra personer samt användning av telefon och digitala medier. I ungefär en tredjedel av ärendena är dessa ramar dokumenterade skriftligt, medan arbetssättet varierar i övriga. Vid TFCO-placeringar[33] framträder ett mer strukturerat och behandlande arbete vid umgängestillfällena, med en tydlig målbild för umgängets syfte och utveckling.

### *Vårdsammanbrott under placeringstid*

Granskningen har även omfattat placeringar som avslutats med ett vårdsammanbrott[34], förutsatt att det ledde till en hemmaplanslösning istället för en ny placering. I 40 procent av de granskade ärendena avslutades placeringen med ett vårdsammanbrott.

I majoriteten av dessa fall initierades det förtida avslutet av vårdgivaren, oftast när barnet bedömts ha behov av mer omfattande vård än vad som kunnat tillhandahållas, men även vid konflikter mellan barn och exempelvis jourhemsfamilj. I en fjärdedel av fallen avbröt barnet själv placeringen (förutsatt att hen fyllt 15 år), vanligen på grund av låg trivsel i boendet. I enstaka fall avbröt vårdnadshavare placeringen, ofta kopplat till låg tilltro till vårdgivaren och ifrågasatt kvalité i insatsen.

I enstaka fall initierades avslut av socialsekreterare på grund av brister i vårdgivarens genomförande. I dessa ärenden har socialsekreteraren följt upp konsekvenserna för barnet och hanterat situationen enligt gällande rutiner.

## 2. Övergången från placering till eftervård

### *Tidpunkt för initiering och planering av eftervård*

Det första samtalet om vad som skulle ske efter placeringen initierades oftast av barn eller vårdnadshavaren, vanligen i samband med att behovet av placeringen upplevts ha förändrats eller minskat. Vid placeringar enligt LVU förekom även att familjen begärde en tidigare omprövning, varpå socialsekreteraren inleder

---

[33] TFCO, Treatment, Foster Care Oregon

[34] Med *vårdsammanbrott* avses att en placering av ett barn eller en ung person upphör i förtid och på ett oplanerat sätt, till följd av att vården inte längre kan upprätthållas enligt plan. Detta kan bero på faktorer hos barnet, vårdmiljön (t.ex. familjehem eller institution) eller samspelet däremellan, och innebär att placeringen avbryts innan uppsatta mål har uppnåtts.

hemtagningsutredning[35] och att frågor om eftervård då aktualiseras. Annars gjordes en övervägning/ omprövning av vården var sjätte månad vilket då initierades av socialsekreteraren.

I några ärenden initieras planeringen om eftervård redan vid placeringens start och ingick då i vårdplanen, men detta var ovanligt. För att tydliggöra när samtal om eftervård aktualiserades, redovisas tid för initierande samtal om eftervård i relation till planerat avslut och placeringens längd.

Första samtal om eftervård initieras:

- Mindre än en månad före planerat avslut: 30 %
- 1–3 månader före avslut: 19 %
- 4–6 månader före avslut: 19 %
- Vid placeringsstart: 15 %
- Mer än 6 månader före avslut: 4 %
- Saknas dokumenterat samtal om eftervård: 15 %

Tidpunkt för planering i relation till placeringens längd visar:

- Planering i god tid: 43 %
- Delvis, något sent: 22 %
- För sen planering: 35 %

Sammantaget visar granskningen att eftervårdsplaneringar i många fall aktualiserades i god tid inför avslut, men att den vanligen togs upp i den senare delen av placeringen. Samtidigt förekommer det att eftervårdsplanering och målbild integrerades redan från start, vilket skapade förutsättningar för en mer kontinuerlig och samordnad planering genom hela vårdkedjan.

### *En samlad individuell bedömning om behovet av eftervård*

En samlad individuell bedömning ska utgöra grunden för en behovsanpassad eftervårdsplan. Granskningen har därför fokuserat på hur eftervårdens innehåll förhåller sig till den vård som getts under placeringen. Generellt förväntas mer omfattande och behandlingsintensiva placeringar följas av ett mer omfattande fortsatt stöd, medan mindre omfattande insatser kan väntas leda till en mer begränsad eller ingen eftervård alls.

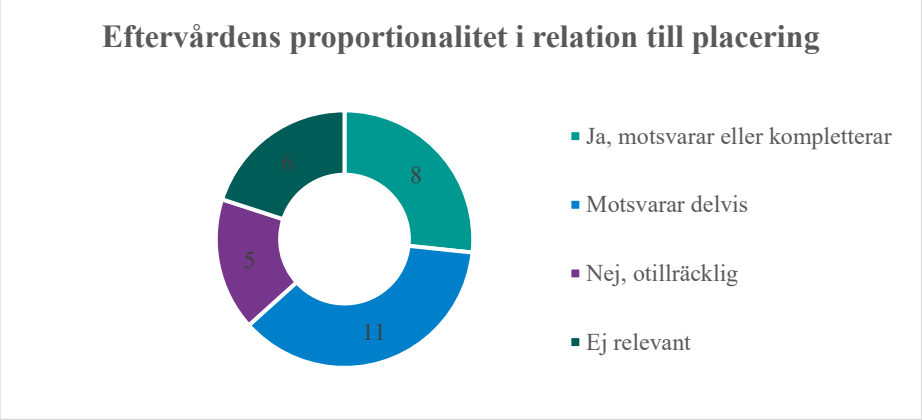
[35] Hemtagningsutredning avser en utredning som socialtjänsten gör när vårdnadshavare begär att ett barn som är placerat i samhällsvård ska flyttas hem igen (hemtagning).

En tydlig och samlad individuell bedömning förekom i cirka hälften av ärendena, dessa kan kopplas till att mer systematiska arbetssätt, såsom RBM[36], bidragit till sammanhållen bedömning och analys.I övriga ärenden var bedömningarna delvis otydliga eller saknade tillräcklig struktur.

Bedömningarna visade på återkommande inventering av risk- och skyddsfaktorer. Risker avsåg främst bristande prosociala relationer, umgänge i riskmiljöer och avsaknad av strukturerad fritid, medan skyddsfaktorer oftare rörde stärkta relationer till vårdnadshavare, fungerande skolgång och stärkta sociala färdigheter under placeringen. Särskilt framträdande var avsaknaden av en meningsfull och strukturerad fritid, då detta sällan etablerades under placeringarna.

Individuella bedömningar inför eftervård saknade ofta tillräcklig anpassning till barnets förutsättningar. Detta är särskilt tydligt då samtliga i urvalet hade misstänkta eller diagnostiserade psykiatriska tillstånd. RBM-baserade bedömningar används i viss utsträckning, men inte fullt ut för att analysera specifik mottaglighet.

Fokus ligger ofta på motivation och samtycke snarare än på mottaglighet utifrån kognitiva och exekutiva funktioner. Även familjens samlade förutsättningar, utifrån genomförandekapacitet, analyseras ofta otillräckligt. Detta innebär att centrala faktorer för insatsers träffsäkerhet inte beaktas i tillräcklig utsträckning.




Cirkeldiagrammet visar i vilken utsträckning eftervården var proportionerlig i förhållande till placeringens innehåll, det vill säga om den motsvarade, delvis motsvarade eller bedömdes vara otillräcklig. Att behoven helt motsvarar placeringens innehåll innebär att samtliga behov som insatser riktats mot under placeringen också omfattas av eftervård. Kategorin ”ej relevant”

[36] RBM, Risk–Behov–Mottaglighet

avser ärenden där eftervård inte aktualiserats och där detta har bedömts som rimligt.

En tredjedel av placeringarna ledde inte till eftervård, oftast till följd av socialsekreterarens bedömning att något behov inte förelåg. I vissa fall föregicks detta av vårdsammanbrott som resulterade i att fortsatta insatser avböjdes. Det förekom även att behov tillgodosågs genom andra enheter, att fortsatt kontakt med regionen bedömdes vara tillräcklig eller att familjen flyttar till annan kommun utifrån skyddsbehov.

### *Inkludering av aktörer i samordnad eftervård*

I drygt hälften av ärendena där eftervård samordnats under placeringstiden inkluderas samtliga relevanta aktörer. I övriga ärenden deltar flera aktörer, men inte alltid alla som enligt utredning och vårdplan bedömts vara centrala för barnets fortsatta stöd, såsom socialtjänst, vårdgivare, skola, region, polis och fritidsverksamhet.

Samordningen har stärkts genom arbetet med SIG [37] och deltagandet i projektet BUP ANB[38], detta har bidragit till att fler relevanta aktörer inkluderas i planeringen i de ärenden där deras medverkan bedömts nödvändig så som region och polis. I några få ärenden fanns en upprättad SIP, men SIG-åtgärdsplaner kompenserar delvis för underskottet då regionen och socialtjänstens ansvar framgår likväl i dessa. Sammantaget återfinns SIG och SIP i drygt en tredjedel av de granskade ärendena.

När relevanta aktörer saknas i ärenden gäller det fortfarande regionen eller polisen, detta är när SIG inte finns med i planeringen. Sett till urvalet, men även generellt, har barn i samhällsvård ofta omfattande behov som inte sällan innefattar neuropsykiatriska och psykiatriska svårigheter, ibland till följd av trauma. Detta innebär att regionens medverkan i regel uppfattas relevant.

Granskningen visar även att barn utan allvarligt normbrytande beteende i lägre grad omfattas av strukturerad samordnad planering, vilket också påverkar hur jämställt samordnade resurserna fördelas då flickorna väldigt sällan förekom i SIG-samordning.

I flera ärendena framstår en mer omfattande kontakt med psykiatrin som önskvärd, särskilt är habiliteringens frånvaro tydlig. Detta gäller framför allt barn med autismdiagnos, där anpassningar i begränsad utsträckning syns i planeringen. När barn- och

---

[37] SIG, Sociala insatsgrupper
[38] BUP ANB Stockholm ett pilotprojekt för ungdomar med allvarligt normbrytande beteende inom barn- och ungdomspsykiatrin.

ungdomspsykiatrin är involverad avser uppföljningen i huvudsak medicinering, i enstaka ärenden ingår traumabehandling utifrån PTSD[39].

### *Synkad och sammanhållen skolgång*

Barn och unga i samhällsvård riskerar ofta bristande skolgång, främst på grund av upprepade placeringar och låg samordning. Problemet är väl känt och har bland annat lett till framtagande av stödmodellen SAMS[40], som syftar till att säkerställa kontinuitet i utbildningen för placerade barn och unga.

För att stärka detta arbete har Stockholms stad infört skolsamordnare inom ramen för SAMS. Funktionen startade som pilotprojekt 2022 och implementerades i hela staden 2025. Uppdraget omfattar att säkerställa kontinuitet i skolgången genom att koordinera skolstart, följa upp utbildning och behov samt hålla kontakt med skolor, socialsekreterare, barn och vårdnadshavare under hela placeringstiden[41].

Granskningen visar att skolsamordnarna i stor utsträckning bidragit till en sammanhållen skolgång vid de skolbyten som sker i samband med hemflytt. Samordning mellan placering och hemtagning[42] fungerar i närmare 90 procent av fallen, vilket innebär att skolplats i regel finns vid hemkomst och att överlämning från tidigare skola genomförts. I drygt två tredjedelar av ärendena har skolgången varit synkad genom skolsamordnarens insatser. I de fåtal fall som skolgången påverkats negativt är det av plötsliga och oplanerade avslut, men även då har skolfrågan prioriterats.

En särskild utmaning uppstår när hemtagning sker i anslutning till lov mellan terminer, vilket förekommer i ungefär en tredjedel av ärendena. Skolbyten mitt under terminer bör i möjligaste mån undvikas, men tidpunkten för avslut skapar samtidigt risker i övergången mellan placering och hemgång. Bland ärenden med vårdsammanbrott under eftervård sker ungefär hälften i samband med sådana tidsmässiga glapp kopplade till lov.

Olika lösningar har synts användas för att hantera dessa perioder, men det är samtidigt svårt att undvika att flera stödinsatser får lägre

---

[39] PTSD, posttraumatisk stressyndrom.
[40] SAMS är en stödmodell för samordning kring barn i samhällsvård, framtagen av Socialstyrelsen, Skolverket och Specialpedagogiska skolmyndigheten.
[41] Stockholms stad, *Skolsamordnare för placerade barn och unga – Slutrapport 2025*, Stockholm, 2025.
[42] Hemtagning innebär att ett barn eller en ungdom flyttar från en placering i samhällsvård tillbaka till sin vårdnadshavare eller ursprungliga hemmiljö.

intensitet under semesterperioder. I vissa fall förlängs placeringar till terminsstart i syfte att minska risken för sammanbrott vid hemgång, snarare än att avslut i första hand styrs av individuella behov och förutsättningar.

### *Samordning internt*

Det framgår att ärendena lyfts i enhetsöverskridande insatsforum när det kan behövs samordnas om vilka insatser som ska ges runt barnet. I hälften av ärendena ingick den interna öppenvården inom område Barn och Unga i samordningen av eftervård, och ibland inkluderades även stadens centraliserade öppenvård inom Framtid Stockholm. I enstaka fall, utifrån behov, har relationsvåldsteamen varit delaktiga, vilket enkom varit aktuellt när barnet varit skyddsplacerat tillsammans med vårdnadshavare. LSS har endast varit involverat i enstaka ärenden, vilket, sett till urvalets diagnostäthet, bedöms som lågt. I minst ett fåtal ytterligare ärenden hade samordning med LSS bedömts vara gynnsamt ur ett långsiktigt perspektiv, men det framgår sällan av dokumentationen att dessa kontakter har initierats eller diskuterats med barnet eller vårdnadshavare.

Samordning med socialtjänstens övriga enheter som kan erbjuda stöd till vuxna, exempelvis inom område skadligt bruk och beroende eller socialpsykiatrin, framgick inte av dokumentationen. Detta innebär inte nödvändigtvis att vårdnadshavare inte fått stöd, men det kan tyda på ett identifierat glapp i planeringen kring barnet.

### *Utslussperiod och dokumenterad överlämning*

I två tredjedelar av de granskade ärendena syntes en dokumenterad överlämning från placering till öppenvård. Med dokumenterad överlämning avses en sammanställning av den vård och de insatser som genomförts under placeringen, för både barn och vårdnadshavare, i syfte att tydliggöra utgångsläget inför öppenvårdens fortsatta arbete. I dessa fall kan öppenvården ta vid utifrån en samlad bild av barnets situation och utveckling samt utifrån vårdnadshavares behov.

I ungefär en tredjedel av ärendena saknades en dokumenterad överlämning. I ett fåtal av dessa, där placeringen avslutats genom vårdsammanbrott, är det delvis förståeligt att dokumentation inte hunnit upprättas. I dessa fall blir det särskilt viktigt att överlämning sker i efterhand för att säkerställa att öppenvården får nödvändig information vilket i de flesta fall såg ut att utebli.

En tydligare och mer sammanhållen övergång uppstod när eftervårdsinsatser planerades och i vissa fall påbörjas redan under

placeringen. Då säkerställdes kontinuitet i övergången, där samordnande funktioner, såsom SIG-samordnare[43], bidrog till att relevanta aktörer får rätt information och att insatserna hänger ihop.

Utslussperiodens längd och innehåll varierar mellan ärendena, men i de fall där övergången är strukturerad har processen i regel följt plan utan avbrott. I nästan 40 procent av ärendena påbörjas samtliga insatser under utslussperioden, som vanligtvis omfattar cirka fyra veckor men i vissa fall kan vara upp till åtta eller tolv veckor. I nästan en tredjedel av fallen påbörjas insatserna först efter att barnet flyttat hem.

För majoriteten av ärendena avslutas placeringen utan fortsatt insats från vårdgivaren. I några fall kvarstår dock kontakt, exempelvis genom kvalificerad kontaktperson eller när placeringen skett inom nätverk där viktiga vuxna finns kvar kring barnet. Dessa fall visar på en mer kontinuerlig och sammanhållen övergång som tar tillvara tillit och etablerade relationer.

[43] SIG, Sociala insatsgrupper

## 3. Eftervårdens innehåll

Insatser inom ramen för eftervård gavs ofta parallellt, vanligtvis 2–3 insatser per ärende, med en variation på mellan 1–5 insatser. 18 av 46 beviljade insatser har varit externt upphandlade.

Nedan följer de insatser som har identifierats i de 20 ärenden där eftervård förekommer.

| Insats | Intern (antal) | Extern (antal) | Totalt | Andel (%) | Omfattning |
|---|---|---|---|---|---|
| **Traditionell familjebehandling** | 8 | 1 | 9 | 60 % | Vanligen 1 g/v |
| **BSFT** | 1 | - | 1 | 5 % | 12–16 samtal i lika många v |
| **FFT** | 2 | - | 2 | 10 % | 8–12 samtal i lika många v |
| **Intensiv familjebehandling** | 1 | 3 | 4 | 15 % | Hög intensitet Flera gr/v |
| **MST** | 1 | - | 1 | 5 % | Hög intensitet Flera g/v |
| **KP** | - | 6 | 6 | 30 % | Varierar utifrån timmar |
| **KKP** | - | 5 | 5 | 25 % | Varierar utifrån timmar |
| **SKKP** | 2 | 1 | 3 | 15 % | Max 6 mån 1-3 g/v |
| **SIG** | 8 | - | 8 | 40 % | SIG-möten 1 g/mån |
| **Mini Maria** | 4 | - | 4 | 20 % | Regelbundet Ca 1 g/v |
| **Ungdomsbehandlare** | 1 | 2 | 3 | 15 % | Varierar |
| **Totalt** | **28** | **18** | **46*** | | |

*Totalen och andelen insatser överstiger antalet ärenden p.g.a. parallella insatser.

### *Variationer i Familjebehandling*

Familjebehandling är den vanligaste insatsen i eftervården och erbjuds till 85 % procent av familjerna med eftervård. Sammantaget inkluderar intensiv familjebehandling, MST[44], FFT[45] och BSFT[46] barnet i högre utsträckning än traditionell familjebehandling. Förekomsten av MST, FFT och BSFT har en relativt låg

[44] MST, Multisystemisk terapi
[45] FFT, Funktionell familjeterapi
[46] BSFT, Brief Strategic Family Therapy

användning i förekommen eftervård sett till att de kan tillhandahållas genom stadens egna insatser.

*Familjebehandling*
Traditionell familjebehandling består av regelbundna träffar, vanligen en gång per vecka. Insatsen bygger på mer allmänna behandlingsmetoder och genomförs oftast i socialtjänstens lokaler, men i vissa fall i hemmet. Det är den vanligaste insatsen som erbjudits som en del av eftervården. Ibland framträder ett flexibelt och intensivt arbete även inom traditionell familjebehandling men som då lutar mer åt lotsande, familjepedagogiska stödinsatser.

Funktionell familjeterapi (FFT) och Brief Strategic Family Therapy (BSFT) förekommer med liknande intensitet som traditionell familjebehandling, det vill säga vanligen en gång per vecka. Båda utgör manualbaserade behandlingsmetoder men skiljer sig åt i teoretisk utgångspunkt och metodologiskt angreppssätt. FFT har en beteende- och färdighetsorienterad inriktning med fokus på att stärka kommunikation, problemlösningsförmåga och adaptiva samspelsmönster. BSFT utgår från ett systemteoretiskt perspektiv och syftar till att identifiera och förändra dysfunktionella interaktionsmönster inom familjen.

Funktionell familjeterapi (FFT) tillhandahålls inom delar av stadsdelarnas lokala öppenvård samt inom Framtid Stockholm. Brief Strategic Family Therapy (BSFT) tillhandahålls inom Framtid Stockholm.

*Intensiv familjebehandling*
Intensiv familjebehandling är ett mycket praktiskt, nära och intensivt stöd där man jobbar direkt i familjens vardag**.** Den kan också vara lotsande och koordinerande. En insats som ofta köps in externt vid behov av flexibilitet i familjebehandlingen med en efterfrågan på helhetsgrepp om familjens situation.

Multisystemisk terapi (MST) är en intensiv, manualbaserad men flexibel behandlingsmetod för barn med allvarliga beteendeproblem. Den är systemiskt inriktad och omfattar flera av barns livsområden, såsom familj, skola och fritid, med målet att minska normbrytande beteende och stärka fungerande vardagsstrukturer. Behandlingen är tidsbegränsad, ges med hög tillgänglighet och anpassas efter varje familjs behov inom ramen för manualen. MST-teamen i staden är ett pilotprojekt i samverkan mellan socialförvaltningen och stadsdelsförvaltningarna i Stockholm.

Utifrån stadens egna familjebehandlingsinsatser fanns genomförandeplaner vid 43 %, ytterligare 36 % var ej färdigställda och i resterande saknades gnomförandplaner.

### *Kontaktperson - KP, KKP och SKKP*

Kontaktpersonsinsatser skiljer sig mycket åt vad gäller innehåll och förväntad kompetens hos den som har uppdraget.

Kontaktperson (KP)

KP är en insats där en vuxen utan särskild kompetens ger stöd genom regelbundna träffar och gemensamma aktiviteter, ofta på kvällar och helger. Syftet är att stärka socialt sammanhang, nätverk och en meningsfull fritid. I de granskade ärendena har insatsen främst inriktats på träning och hälsa, ofta med fokus på gymaktivitet. I flera fall saknas en tydlig utveckling mot en mer stabil och varierad fritid, och det framgår inte att insatsen i tillräcklig grad har bidragit till långsiktigt stärkta sociala sammanhang eller en mer strukturerad och varierad fritid.

Samtidigt kan insatsen bidra till en tillitsfull relation till barnet och är den insats som oftast efterfrågas av barnen själva och vårdnadshavare i de granskade ärendena.

Kvalificerad kontaktperson (KKP)
KKP är en extern insats med mer komplexa uppdrag, ofta påbörjad under placering och fortsatt i eftervård. Insatsen används i flera fall som en fortsättning på tidigare kontakt under placeringen och kan bidra till kontinuitet mellan placering och eftervård.

Särskilt kvalificerad kontaktperson (SKKP)
Beviljas främst via Framtid Stockholm[47] och kan också utgöra en del av insatser i ett ungdomskontrakt enligt LUL[48]. Insatsen riktas till barn och unga med normbrytande beteende och innehåller både behandlande och praktiskt stöd, exempelvis kring kriminalitet, familj, fritid och arbete. Insatsen SKKP riktar resurser i hög grad direkt till barnet men kan också involvera vårdnadshavare beroende på uppdrag. Extern upphandling av SKKP förekommer i ett fall. Vid de få SKKP insatser som identifierats fanns genomförandeplaner.

---

[47] Framtid Stockholm är en stadsövergripande verksamhet inom Stockholms stad (Socialförvaltningen) som samlar flera öppenvårdsinsatser för barn, unga och familjer, med uppdrag att erbjuda samordnade stödinsatser inom socialtjänsten.
[48] Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LuL).

### *Ungdomsbehandlare*

I ett fåtal ärenden förekommer individuellt stöd från ungdomsbehandlare, både internt och externt. Insatsen riktas till unga med sociala, beteendemässiga eller missbruksrelaterade svårigheter och utgör i dessa fall en fortsättning på tidigare insats under placering. Denna insats kan också i hög grad likna både SKKP och SIG.

### *Minimaria*

Mini Maria[49] är en centraliserad mottagning inom Framtid Stockholm för unga med alkohol- och drogproblematik. Enligt granskningen har insatsen främst bestått av missbruksbedömningar, ofta kopplade till misstanke om återfall efter hemflytt. I vissa fall har återfall skett redan under placering, vilket har lett till att Mini Maria involverats något tidigare i eftervården. Det framgår dock inte att Mini Maria har använts systematiskt i eftervården trots tidigare substansbruk hos barnen. I de ärenden som fanns var bedömningar antingen färdigställda eller pågående 50/50.

### *Sociala insatsgrupper (SIG)*

SIG förekommer i 40 % av ärendena som innehöll eftervård och riktar sig till unga med hög risk för kriminalitet. SIG-samordnare har en samordnande funktion där socialtjänst, skola och polis i grunden samverkar och deltar i gemensamma SIG-möten som resulterar i gemensamma åtgärdsplaner. Genom arbetet med BUP ANB[50] säkerställs regionens medverkan kring barnet. Polisens medverkan bidrar i flera ärenden till en mer samlad lägesbild runt barnet. SIG- åtgärdsplaner återfanns i 75 % av ärendena och var i resterande på gång.

I Hägersten-Älvsjö har SIG även utvecklats med ett mer relationsinriktat och stödjande arbetssätt gentemot barnet. I dessa fall liknar insatsen delvis SKKP i funktion. På Södermalms stadsdelsförvaltning fanns inte SIG etablerat under den granskade perioden, men ska etableras i hela staden under 2026[51].

Det går att diskutera huruvida SIG utgör en insats eller inte. Samverkan mellan myndigheter kring barnet bör i sig inte betraktas

---

[49] Mini Maria är en samverkansmottagning mellan Stockholms stad och Region Stockholm. som erbjuder stöd, bedömning och behandling till ungdomar med riskbruk eller missbruk av alkohol och droger.
[50] BUP ANB Stockholm är ett pilotprojekt för ungdomar med allvarligt normbrytande beteende inom barn- och ungdomspsykiatrin.
[51] Stockholms stad, *Budget 2026*, dnr KS 2025/1086.

som en insats, utan som en samordning av olika verksamheters arbete med barnet[52]. Om SIG ska betraktas som en insats eller inte beror på hur verksamheten är organiserad inom de olika stadsdelsförvaltningarna, det vill säga om funktionen enbart har ett samordnande uppdrag eller även innefattar ytterligare stödinsatser. Traditionellt har SIG-insatsen också varit behovsprövad, bland annat för att möjliggöra systematisk uppföljning genom dokumentation[53].

### *Övergripande iakttagelser om eftervårdens inriktning och individanpassning*

Eftervården kännetecknas av att insatser ofta ges parallellt, vanligtvis i kombination av 2–3 insatser per ärende. Familjebehandling är den vanligaste insatsen och når en stor majoritet av barnen och familjerna, likväl som riktade insatser till barnet utifrån olika kontaktpersonsinsatser.

En samlad iakttagelse är dock att eftervården riktad mot barnet i viss utsträckning bygger på breda uppdrag till kontaktpersoner, som i praktiken utgör en insats med begränsad specialisering. Dessa uppdrag varierar i innehåll men saknar ofta tydlig behandlingsinriktning och strukturerat stöd, vilket kan innebära ett glapp i övergången från placering till eftervård för barnet när övrigt riktat stöd uteblir.

Vidare framträder att eftervården i låg grad innefattar aktiv lotsning eller etablering av sammanhang utanför socialtjänstens egna insatser, exempelvis fritidsverksamheter, utbildningsinsatser eller arbetslivsanknytning. Även om sådana inslag ibland diskuteras i planering och uppföljning, är de i begränsad utsträckning operationaliserade i genomförandet.

Sammantaget ses ett mönster där barnen efter en ofta lång och omfattande placering, där insatser tidigare har bedrivits dygnet runt, får relativt begränsat individanpassat och förändringsinriktat stöd i eftervården ibland med en omfattning på en timme i veckan. Fokus ligger i hög grad på familjebehandling och samordning av aktörer.

Inget arbete mot civilsamhället har identifierats under tiden för placering eller i eftervård. Dock har en del av de unga innan

---

[52] Socialförvaltningen, *Riktlinjer för handläggning och dokumentation av ärenden gällande barn och unga inom individ- och familjeomsorgen*, beslutade av kommunfullmäktige 2020-11-02, dnr 3.1.1-693 2019.
[53] Socialstyrelsen (2022) Vägledning för arbetet med sociala insatsgrupper (SIG)

placering haft kontakt med Bufff [54]som ger stöd och hjälp till barn med frihetsberövade familjemedlemmar.

### *Begränsad nätverksinvolvering i eftervårdens planering och genomförande*

I de granskade ärendena är det ovanligt att barnets eget nätverk involverades i planeringen. Trots att anhöriga och andra viktiga vuxna kan utgöra en central resurs för trygghet och stabilitet, efterfrågas eller förstärks dessa kontakter sällan i någon större utsträckning.

I ett enskilt ärende framträder dock hur nätverkets resurser kan bidra till en mer hållbar övergång från placering till hemgång. Genom att låta barnet successivt vistas hos anhöriga under en övergångsperiod skapades en gradvis anpassning till hemmiljön, samtidigt som en stabil stödjande struktur bibehölls. Utfallet i detta fall var positivt både i planering och genomförande, vilket illustrerar potentialen i mer systematiskt användande av nätverksbaserade lösningar.

### *Längden på eftervård*

Av det stöd som avslutats enligt plan är eftervårdens längd oftast 6–8 månader, vilket står i proportion till placeringarnas genomsnittliga längd på 7–9 månader. I majoriteten av de granskade ärendena pågick dock eftervården fortfarande vid granskningstillfället.

### *Uppföljning och utfall av eftervård*

Majoriteten av de granskade ärenden är pågående under granskningsperiod varpå utfallet av eftervården är svår att bedöma.

Några få ärenden har dock avslutats med resultat att mål är uppnådda. Dessa kännetecknades av att eftervården planerats tidigt, redan under placeringstiden. Arbetet har präglats av tydliga mål, parallella insatser och stöd till vårdnadshavare. Frekventa umgängen har i dessa ärenden bidragit till att stärka relationer och skapa kontinuitet inför hemgång. I dessa ärenden förekom egna beteendeproblem hos de unga i mindre utsträckning. Ärendena rörde främst konflikter och brister i omsorgen, där ett strukturerat och långsiktigt arbete har följts av en stabil återgång. Umgänge och

[54] Bufff (Barn och unga i familjer med frihetsberövade föräldrar) är en ideell organisation som erbjuder stöd till barn och unga med frihetsberövade anhöriga, samt till deras familjer, genom samtalsstöd, gruppverksamhet och rådgivning.

fritid har i dessa ärenden inte inneburit samma riskbild som i många andra av de granskade ärendena.

Sju av de granskade ärendena har lett till vårdsammanbrott under eftervården, och i samtliga fall har detta resulterat i nya placeringar, oftast enligt LVU, även när den tidigare placeringen varit frivillig enligt SoL. I dessa ärenden återfanns barn med hög risk för kriminalitet i kombination med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i hög grad.

I denna grupp framgår att barnen i högre utsträckning är svårplacerade då deras samlade behov är svåra att matcha mot befintliga placeringsformer. De har behov av sammansatta och parallella insatser, inklusive stöd både utifrån social problematik och behovsinsatser som gränsar till LSS[55]. I flera fall har det även förekommit svårigheter att vidmakthålla uppnådda förändringar efter hemkomst jämfört med övriga ärenden. En återkommande kommentar från vårdgivare är att barnen har behov av ett mindre sammanhang.

Uppföljning av eftervården sker generellt tätt efter avslutad placering, oftast under de första en till två månaderna och därefter regelbundet fram till avslut.

Granskningen visar vidare att återaktualisering efter avslutad eftervård i de flesta fall inte har skett där tillräcklig uppföljningstid föreligger. I ärenden med eftervård har vårdkedjan i en majoritet av fallen fungerat i relativt hög utsträckning, medan den i övriga ärenden har fungerat i låg utsträckning eller inte alls. Det förekommer även ärenden där insatser och genomförande präglas av pågående svårigheter med risk för sammanbrott, utan att detta ännu har inträffat vid granskningstillfället.

I de få fall där eftervård inte har funnits efter placeringen och där uppföljning har varit möjlig visar underlaget att barnet fortsatt haft en stabil utveckling. Underlaget är dock begränsat då många ärenden fortfarande pågick vid granskningstillfället eller har flyttat till annan kommun.

### *Upplevelse av eftervården*

Barns egen upplevelse av eftervården dokumenteras i varierande grad. I drygt hälften av ärendena fanns en sådan dokumentation, där

[55] LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

eftervården i regel beskrivs som delvis eller mycket hjälpsam. I några fall saknas uppgifter helt.

Vårdnadshavares upplevelse är däremot i högre grad dokumenterad. De flesta beskriver eftervården som till stor eller viss del hjälpsam, men i ärenden där placeringen i sig ifrågasatts tenderar även insatserna i eftervården att ifrågasättas mer genomgående.

Inom insatser via Framtid Stockholm syns FIT (Feedback Informed Treatment) användas, där barns upplevelse följs upp löpande genom standardiserade skattningsverktyg. Outcome Rating Scale (ORS) används för att följa förändringar i mående över tid, medan Session Rating Scale (SRS) fångar upp upplevelsen av samtal och relation. Sammantaget ger detta ett mer systematiskt sätt att ta in barnets perspektiv och justera insatserna under pågående stöd.

### *Dokumentation av delaktighet*

Granskningen har tagit ställning till graden av den barns delaktighet under både utredning, planering och uppföljning. I majoritet av fallen har barnets delaktighet dokumenterats, i synnerhet görs barnet delaktig under utredning. I omkring en fjärdedel syns delaktigheten delvis, vilket oftast har inneburit att barnets perspektiv inte syns i den planering som utredning och samtal resulterat i. I enstaka fall framgår det att barnet inte velat delta i planeringen.

I journalanteckningarna framgår delaktigheten oftast genom dokumenterade samtal med barnet och vårdnadshavare, nästan alltid tillsammans med vårdgivaren, där planering kring hemgång och kvarvarande behov diskuteras. I vissa ärenden öppnas även en utredning för att bedöma om placeringen ska fortsätta och vilka eventuella insatser som behöver finnas kvar efter avslut. I dessa fall blir barnets delaktighet ofta synlig. Ett genomgående mönster är att delaktigheten framträder tydligare i utredningsfasen än i den senare planeringen, där den i högre grad framgår indirekt genom journalanteckningar snarare än genom explicita formuleringar i vårdplaner och uppföljningar.

## Dialoger med verksamheterna

Underlaget bygger på åtta dialogmöten med socialsekreterar- och öppenvårdsgrupper i berörda stadsdelsförvaltningar samt Socialförvaltningens förstärkningsteam och stadens centraliserade öppenvård inom Framtid Stockholms

### *Komplex målgrupp och akutstyrda arbetssätt*

I dialogerna framkommer en samstämmig bild av att arbetet präglas av en målgrupp med hög komplexitet och många samtidiga behov, där social problematik ofta kombineras med psykiatriska och neuropsykiatriska svårigheter. Samtidigt aktualiseras även barn utan tidigare kontakt med socialtjänsten i mycket allvarliga situationer, vilket beskrivs som en växande grupp utan tydliga förvarningssignaler. Detta innebär att placeringar ofta föregås av snabbt eskalerande situationer där förutsättningarna kan förändras och nya behov uppstå med kort varsel.

Vårdsammanbrott beskrivs som ett återkommande och välkänt problem där vårdgivare plötsligt säger upp uppdrag, ibland redan i samband med att placeringen startar. Detta sker trots att information om barnet problematik inför placering ofta har varit tydlig och i vissa fall även beskrivits i sin mest belastade form för att minska risken för felmatchning. *“Det är extremt frustrerande när de säger upp sig”* och *“Vi har haft vårdgivare som säger upp samma dag som placeringen börjar”*. Samtidigt framkommer en mer komplex bild, där det är svårt att matcha komplexa behov mot vårdgivare.

Vårdsammanbrotten leder till akuta situationer som snabbt kräver nya lösningar. Arbetet präglas då av tillfälliga “*good enough-insatser”*, där fokus ligger på att hantera det omedelbara behovet. Detta påverkar även samordningen mellan socialsekreterare och öppenvård, som i högre grad blir akutstyrd, samtidigt som förutsättningarna för långsiktig kvalitet riskerar att försämras. En behandlare uttrycker ” *"Jag skulle önska att jag fick ett uppdrag som hette 'förändringsstöd' [...] det är akutstyrt och handlar om krisstöd snarare än behandling."*

För att minska dessa vårdsammanbrott har en del av verksamheterna utvecklat strukturerade funktioner, som placeringsteam, vilket beskrivs ha minskat vårdsammanbrott: *“det har blivit bättre sedan vi skapade placeringsteamet”* och *“avtalssamordnare kopplade till placeringsteamet har hjälpt till att höja kvaliteten i vården”*. Samtidigt kvarstår behovet av bättre matchning och fler fungerande placeringsalternativ.

Arbetet präglas av återkommande omställningar över tid, vilket ställer stora krav på samordning både kring familjen och mellan berörda professionella aktörer. Sammantaget framträder en bild av ett komplext och svårplanerat arbete, där förutsättningarna påverkas av relationer till barn och familj, informationsöverföring mellan professioner samt hur väl stödda övergångarna är genom hela vårdkedjan.

### *Kontinuitet i övergångar och många byten*

Kontinuiteten i vården avbryts ofta när barn rör sig mellan öppenvård, placering och hemgång. I samband med dessa övergångar bryts etablerade relationer och nya behöver byggas upp. Som en familjebehandlare uttrycker det: *"familjebehandlingen klipps rakt av och vips ser man inte familjen igen"*.

För att minska avbrott i insatser och relationer försöker socialsekreterare i vissa fall behålla insatser över tid, exempelvis när det finns en relationell kontakt med en SIG-samordnare eller en kontaktperson, men det framkommer också att avstånden till barnet som ett bekymmer vid kvarvarande insatser vid placering.

Det finns dock familjebehandlare som fortsätter vara delaktiga efter placeringen: *"Vi kan vara med i övergången och vara kvar [...] beroende på relationen"* och *" det har varit flera som efterfrågat att jag ska för att åka upp och hälsa på regelbundet [...] det har gett bättre utfall."*

Samtidigt varierar arbetssätten mellan grupper och individer. I vilken utsträckning insatser fortsätter under placering beskrivs som beroende av individuella bedömningar: *"vissa behandlare är mer benägna att driva den linjen."* Det skiljer sig också åt om detta efterfrågas av socialsekreterare, samt hur ansvar, roller och arbetsbelastning ser ut i öppenvården.

Flera beskriver att återkommande byten av professionella påverkar kontinuiteten: *"Man byter team hela tiden [...]det är en ny grupp varje gång [...] det är inte ungdomens behov som styr".* Ibland fungerar inte heller informationsöverlämningen mellan byten av aktörer vilket gör att man behöver börja om från början varje gång.

Av dialogerna framkommer att det saknas en gemensam syn på hur övergångar och kontinuitet i vårdkedjan ska prioriteras och hanteras. Detta medför variation i arbetssätt mellan öppenvård och handläggare, vilket i vissa fall framstår som mer beroende av organisatoriska förutsättningar än av barns individuella behov.

### *Stödet till föräldrarna*

Det framträder en tydlig bild av att föräldrarnas roll under placering är central men ofta otillräckligt stödd. Föräldrar beskrivs som utsatta och i många fall utmattade: *"föräldrarna är slutkörda, de har svårt att orka ta emot insatser".* Kontakten med föräldrar kan samtidigt vara svår att upprätthålla under placering, då de ofta drar sig tillbaka på grund av trötthet och belastning. Hemgång beskrivs

som ett arbete som behöver omfatta hela familjesystemet, även om detta inte alltid får genomslag i praktiken.

Samtidigt framkommer en diskrepans mellan förväntningar på vilka förändringar som ska ske under placeringen och det faktiska förändringsarbete som krävs på hemmaplan, där det ibland upplevs att föräldrar förväntar sig att *”få tillbaka ett lagat barn och inte riktigt förstår att de behöver göra ett arbete de också”.*

Det framkommer även att kvaliteten i föräldrastöd varierar mellan vårdgivare: *”ibland jobbar vårdgivaren med föräldrar men oftast inte”,* vilket leder till ojämnhet i insatserna där öppenvård ibland behöver kopplas in och ibland inte. Samtidigt efterfrågas ett mer strukturerat och gemensamt arbetssätt inom den egna organisationen, där föräldrar till placerade barn genomgående stöttas i arbetet inför den tidpunkt då barnet ska återvända hem. Detta omfattar även hantering av känslor som oro och rädsla samt frågor om hur syskon påverkas. I dag finns ingen självklarhet i att föräldrar erbjuds stöd under tiden barnet är placerat, eller i vem som i så fall ansvarar för att ge detta stöd.

### *Tidiga och parallella insatser i vårdkedjan*

Oavsett tillgången på föräldrastöd framgår en stark samstämmighet mellan socialsekreterare och öppenvårdsgrupper om att insatser riktade till barn, syskon och vårdnadshavare behöver påbörjas tidigt i processen. Som en socialsekreterare uttrycker det: *”Samma sekund som du placerar ett barn, då ska du börja jobba med att få hem barnet.”*

I dialogerna framkommer att öppenvårdsinsatser ofta initieras för sent i vårdkedjan. En behandlare beskriver: *”Vi kommer in för sent […] vi hinner inte arbeta med planering inför hemflytt.”* Samtidigt sker återkommande omplaneringar utifrån förändrade behov och omständigheter, vilket innebär att planerade hemtagningar[56] ofta skjuts upp. I praktiken leder detta till att öppenvården främst får arbeta med individer som återvänder hem efter vårdsammanbrott, snarare än i ett planerat och förebyggande skede.

Detta pendlande mellan olika insatser beskrivs som resurskrävande och som en försvårande faktor för att bedriva tidiga och samordnade insatser parallellt med placeringen. Som ett sätt att stärka kontinuitet och förbättra samverkan lyfts förslaget att införa ett obligatoriskt parallellt hemgångsspår redan från placeringens start,

[56] Hemtagning innebär att ett barn eller en ungdom flyttar från en placering i samhällsvård tillbaka till sin vårdnadshavare eller ursprungliga hemmiljö.

förutsatt att målet är återgång till hemmet. Detta skulle kunna skapa bättre förutsättningar för långsiktig planering samt bidra till att minska risken för vårdsammanbrott.

Flera verksamheter, exempelvis Framtid Stockholm, lyfter att planerade eftervårdsinsatser i högre grad skulle kunna användas redan under placeringstiden än vad som sker idag, såsom SKKP[57], BSFT[58] och Minimaria. Samtidigt beskrivs att ett sådant arbetssätt kräver flexibilitet, då umgänge ofta sker på kvällar och helger när barn går i skola dagtid, men i vissa fall kan det räcka med telefonkontakt för att bibehålla stabilitet och kunna förbereda.

Det framkommer även att vårdgivare ibland kan utgöra en begränsande faktor i samordnade insatser under placeringstiden, då vårdgivarens erfarenheter är att insatser ofta fungerar bäst när de ges inom den egna verksamheten. I vissa fall är detta även ett krav kopplat till placering. Samtidigt lyfts att en mer sammanhållen vårdkedja, där arbete sker parallellt på hemmaplan och hos vårdgivare, skulle kunna bidra till kortare placeringstider.

### *Samordning*

Samordningen kring familjer inför hemgång beskrivs som viktig men svår i praktiken, särskilt när många aktörer är involverade. Sociala Insatsgrupper (SIG) lyfts som ett viktigt stöd, där en samordnande funktion ansvarar för att kalla berörda aktörer och säkerställa representation: det upplevs som *”otroligt hjälpsamt för oss socialsekreterare att det finns någon som ansvarar för att få ihop det, sånt tar tid”*.

Samtidigt beskrivs SIG-möten som praktiskt utmanande när många aktörer deltar, ibland 12–14 personer runt bordet, där vissa funktioner även kan vara representerade av flera personer (t.ex. flera socialsekreterare eller poliser). Detta kan innebära att mötena i viss mån får en mer administrativ prägel än ett tydligt operativt fokus.

Det kan även uppstå viss otydlighet kring ansvarsfördelning, där uppdrag i vissa fall behöver klargöras mellan olika roller: *”ibland känns det som att spela Svarte Petter, vem går ut med vilket uppdrag”*. Sammantaget beskrivs de större SIG-mötena ofta som mer inriktade på informationsdelning än på operativ samverkan:

[57] Särskilt kvalificerad kontaktperson (SKKP)
[58] Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

*”Det ser bra ut på pappret, men jag tror inte att hjälpen hjälper ordentligt”*.

Dock framstår det inte som att SIG-mötena i sig är problemet, då samma erfarenheter beskrivs även i större SIP-möten som upplevs som *”stelbenta”.* De större mötena beskrivs överlag som svårhanterade, vilket innebär att de riskerar att förlora sin kärna och funktion. I detta sammanhang lyfts även att ”*om mötena ska vara så stora behöver ungdomen inte nödvändigtvis vara med*”, vilket kopplas till ett behov att minska antalet deltagare för att möjliggöra mer dialog än en delad lägesbild för att det ska blir bättre för barn och föräldrar.

Andra tankar som lyfts kring samordning är att uppdrag fördelas på alltför många funktioner, vilket innebär att flera aktörer arbetar parallellt med liknande uppdrag och att det upplevs som rörigt. I detta sammanhang framkommer även att *”vi borde bli färre runt ungdomen [...] varför kan inte en och samma person, så som familjebehandlare ha ett bredare uppdrag, jobba både med samtal och lotsning? [...] Det skulle underlätta för barn och familj.”*

I andra typer av ärenden som är utanför pilotprojektet BUP ANB[59] är det svårare att få med regionen i planeringen. Särskilt lyfts habiliteringens frånvaro återkommande: *”Föräldrar måste ofta gå en grundutbildning innan de får tillgång till stöd [...] det är en utmaning. [...] dom kommer aldrig fram”*. Detta beskrivs i relation till att familjerna ofta har behov av andra typer av anpassat stöd men lyckas sällan ta sig igenom vårdsystemet som ger dem tillgång till habiliteringens insatser. Vidare lyfts att det kan minska träffsäkerheten i de insatser som ges samordnat idag *“habiliteringen har en avgörande roll för många av barnen vi möter”.*

### *Otydliga uppdrag och behov av flexibel öppenvård*

I dialogerna framträder ett återkommande mönster där socialsekreterare beskriver ett behov av flexibla insatser, samtidigt som öppenvården beskriver att uppdragen ibland är svåra att omsätta i praktiken då de är för breda och ibland innehåller orealistiska målsättningar. Socialsekreterare lyfter att extern öppenvård efterfrågas just för sin anpassningsförmåga: *”det vi får från köpt öppenvård är flexibilitet”*, eftersom den upplevs kunna möta familjers skiftande behov i snabbt föränderliga situationer.

[59] BUP ANB Stockholm är ett pilotprojekt för ungdomar med allvarligt normbrytande beteende inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Samtidigt framkommer att man också har olika syn på när målen är uppnådda:*” mamman säger att hon har regler nu när barnet kommer hem [...] Men så funkar det ju inte, det behövs mycket mer stöd än att mamma sätter regler, det kommer falla”*, vilket visar på olika förväntningar på det stöd som vårdnahavare kan behöva.

Mot denna bakgrund lyfts behovet av mer konkreta och vardagsnära insatser i hemmet, med fokus på att stödja familjen i att skapa struktur och rutiner: *”Vi behöver hjälpa föräldrarna att skapa rutiner [...] jobba mer likt en arbetsterapeut.”* Denna typ av mer familjepedagogiska insatser blir särskilt beroende av tydliga ramar för att kunna genomföras på ett hållbart sätt.

Övergången från placering till hemmiljö beskrivs samtidigt som en särskilt kritisk fas, där omställningen är stor: *”Det är klart att det är en jättesvår omställning från att vara hållen 24 timmar om dygnet till hem till gamla problemmiljöer.”* I detta sammanhang beskrivs eftervården som välutvecklad i sin intention, men med svårigheter att fullt ut motsvara de praktiska behov som uppstår i vardagen.

Ytterligare framkommer att insatser ibland organiseras som breda och färdiga “stödpaket” med flera samtidiga åtgärder. Detta kan bidra till en struktur, men upplevs samtidigt som en begränsning när det gäller att anpassa insatserna till individuella behov och föränderliga situationer.

Sammantaget framträder ett behov av ökad tydlighet i hur uppdrag formuleras, liksom i ansvarsfördelning och roller, för att öppenvårdsinsatser inte ska överlappa i sina uppdrag. Det handlar även om att hitta en bättre balans mellan flexibilitet och konkretisering i öppenvårdsinsatserna, i syfte att i högre grad möjliggöra anpassning till familjers skiftande och vardagsnära behov i övergången från placering till hemmiljö.

### *Nätverksarbete och betydelsen av stabila vuxenrelationer*

Nätverk beskrivs som en av de starkaste skyddsfaktor, men många barn saknar ett fungerande stöd runt sig: *“familjenätverket är skralt oftast [...] det finns inte den här mormorn som kan ställa upp”*. Där ett nätverk finns blir det ofta avgörande för insatsernas genomslag: *“det är där det har gått bra när det finns en 'extended family' som drar i trådar”*.

Arbetet med att identifiera och mobilisera nätverk är svårt och resurskrävande, inte minst när det finns motstånd i omgivningen: *“anhöriga kan tro att de kommer bli utsatta”*. Men det kan också finnas ett motstånd hos vårdnadshavare att involvera nätverk, de upplever skam.

Nätverksarbetet handlar ofta om att identifiera vuxna relationer där de inte finns naturligt, vilket gör nätverkskartläggning till ett nödvändigt men krävande arbetssätt. Samtidigt lyfts att ” *kanske kan nätverk byggas av andra viktiga vuxna än just anhöriga?”*

Nätverksarbetet beskrivs som ett utvecklingsområde som under en period varit mindre prioriterat men nu åter fått ökat fokus, bland annat genom nätverkslag och planerad utbildning av socialsekreterare till nätverksledare. Arbetet framstår som ett viktigt komplement till övriga insatser, men är beroende av vilka relationer som finns att bygga vidare på i respektive ärende.

### *Skolans kontinuitet vid övergångar*

Skolsamordnarna beskrivs som en central funktion för att få skolgången att fungera i samband med placeringar och har bidragit till ökad kontinuitet i barns skolgång. Samtidigt framkommer betydande utmaningar, särskilt inom gymnasiet: *”Gymnasiet är jättesvårt [...] det är en djungel med olika köer och specialpedagogiska inriktningar.”* Det ett tydligt behov av att utbildningsförvaltningen ser över samordningen kring just gymnasieelever som är placerade i samhällsvård.

Planeringen påverkas i hög grad av skolterminernas början och slut, där övergångar ofta anpassas till dessa datum snarare än barnets individuella behov. Detta innebär att placeringars längd i vissa fall kan påverkas av tidpunkter kopplade till skolåret, då hemgång inför lov utgör då det inte finns ett stödsystem som kan backa upp under semesterperioder.

Samtidigt framkommer att hemgång under sommaren i vissa fall är svår att undvika, antingen till följd av vårdsammanbrott eller då det kan vara svårt att motivera en fortsatt förlängning när barn och familj har gjort framgångsrika förändringar. Det beskrivs även att *”barn och föräldrar vill vara lediga tillsammans”,* vilket gör att planeringen i dessa situationer ofta handlar om en avvägning mellan olika faktorer.

### *Meningsfull fritid*

Meningsfull fritid ingår som ett uttalat uppdrag och är ofta organisatoriskt fördelat på en aktör runt barnet, men i praktiken saknas ett mer systematiskt och sammanhållet arbetssätt för att utveckla området. Uppdraget att ”*utforska intressen*” finns, men beskrivs samtidigt som svårt att genomföra.

Det framkommer att arbetet med barns fritid ofta upplevs som ett slags ”*omöjligt uppdrag*”, där det i vissa fall också beskrivs som att

engagemanget i hög grad kommer från verksamheten snarare än från barnen själva: *”det är mer vi än ungdomarna själva som vill”*. Samtidigt är förutsättningarna för att skapa en meningsfull fritid begränsade. Äldre barn har svårt att etablera sig i befintliga aktiviteter som lagidrott, där *”det kan vara svårt att komma in som ny”*, medan mer tillgängliga miljöer som gym inte alltid erbjuder tillräcklig struktur eller vuxennärvaro som utgör den skyddande faktorn. Även praktiska faktorer som ekonomi och transporter påverkar möjligheterna: *”Det finns liksom inget bra system att ge ungdomen ett busskort.”*

Sammantaget framkommer att fritidsinsatser ofta blir beroende av individuella nätverk och praktiskt stöd i vardagen för att kunna genomföras. Detta uttrycks i frågor som: *”Vem kan gå och träna? Vem kan hjälpa till att följa med till aktiviteter?”* I flera fall framhålls att ett förstärkt uppdrag, med riktade resurser, skulle kunna förändra förutsättningarna för dessa insatser.

Det lyfts att ett utökat ekonomiskt utrymme skulle kunna möjliggöra mer strukturerade och tillgängliga aktiviteter, exempelvis genom att finansiera boxning, övningskörning eller andra attraktiva fritidsinsatser. Dessa beskrivs som möjliga ”morötter” som kan stärka motivationen, öka delaktigheten och bidra till att minska återgången till tidigare umgänge och miljöer, inte minst genom att främja en mer stabil och meningsfull vardagsstruktur.

Arbete och praktik lyfts samtidigt som viktiga komponenter för att skapa både en strukturerad fritid och positiva sammanhang, men tillgången är mycket begränsad: *”Ungdomar vill ha jobb men får inte ens komma till intervju.”* Det finns därför ett återkommande behov av mer konkreta och förberedda möjligheter inför hemgång, exempelvis genom att praktik eller arbete säkras i anslutning till avslutad placering och att det finns ekonomiska resurser till mer attraktiva aktiviteter.

### *Barnets delaktighet*

Barnets delaktighet framstår som ett utvecklingsområde där ambitionen att inkludera barn och unga är tydlig, men där genomförandet påverkas av både kommunikativa och kognitiva utmaningar. I verksamheten arbetar man återkommande med delaktighet genom att sträva efter att ge information på ett tydligt sätt: *”Vi förklarar ju alltid för ungdomarna vad det är som ska hända, men de fattar kanske inte allt.”* Samtidigt finns en medvetenhet om att kommunikationen inte alltid når fram som avsett: *”Jag har tänkt på att vi skulle behöva jobba med vår kommunikation, individanpassa den.”*

Samtidigt beskrivs en positiv utveckling där barn i högre grad upplever delaktighet över tid: *”Ungdomar har berättat att de kände sig bortglömda innan [...] nu känner de sig mer delaktiga.”* Denna förändring kopplas till ett mer strukturerat arbetssätt med tätare kontakt och mer närvarande uppföljning inom ramen för placeringsteamens arbete.

Flera lyfter dock att målgruppen i många fall har kognitiva svårigheter som påverkar möjligheten till delaktighet, *”Det är en hög andel som har diagnoser där det ligger inom problematiken att det är svårt att koncentrera sig, svårt att fokusera, svårt att minnas.”* Detta gör att även strukturerade möten och skriftlig information kan bli svår att tillägna sig: *”Bara ha möten där det strömmar enbart ord [...] Det tänker jag blir väldigt svårt för majoriteten av barnen”.* Särskilt för barn med autism lyfts behovet av tydlig struktur, förutsägbarhet och anpassad kommunikation: *”Tidsplaner är viktiga, särskilt för ungdomar med autism [...] men det är svårt att hålla dem”*

Det finns en uttalad vilja att stärka ungas insyn och delaktighet i sina egna ärenden, bland annat lyfts ett behov av tillgängliga digitala lösningar *”Det skulle vara så mycket bättre om vi kunde se till så att ungdomar själva kan följa sitt eget ärende också digitalt”.*

Dialogerna visar att delaktigheten stärks när information, struktur och kommunikation anpassas till barnets förutsättningar, men att detta fortfarande sker ojämnt och är en fråga i behov av utveckling.

# Intervjuer med SOS Barnbyar om stöd till unga under och efter samhällsvård

Representanter från SOS Barnbyar Linnéa De Leon, Beatrice Billing och Rajmonda Rexhi beskriver hur organisationen har uppmärksammat flera behov hos barn och unga i samhällsvård, vilket har lett till utvecklingen av olika program, bland annat *På egna ben* samt, mer nyligen, initiativet med oberoende barnombud.

Det oberoende barnombudet framhålls som en ny och viktig stödjande funktion för att värna barn och ungas rättigheter. Syftet med funktionen beskrivs som att stärka barnets delaktighet i kontakten med socialtjänsten, bland annat genom förberedelse inför möten och förtydligande av information.

### *Socialtjänstens arbete med målgruppen*

Intervjupersonerna beskriver att arbetet med placerade barn och unga varierar mellan stadsdelsförvaltningar och kommuner, vilket

skapar olika organisatoriska förutsättningar för liknande ärenden. Skillnader i arbetssätt, begrepp och ansvarsfördelning gör att samordningen kring barnet inte alltid blir sammanhållen eller förutsägbar.

Arbetet med familjen ingår oftast som en viktig del av insatserna, men beskrivs ofta som uppdelat snarare än parallellt mellan barn och föräldrar, vilket innebär att förändringsarbete i familjesystemet inte alltid utvecklas i takt. Detta kan leda till att barn vid hemgång har kommit längre i sin egen förändringsprocess än vad föräldrarna har, vilket i sin tur ökar risken för att gamla mönster återupprepas i hemmiljön. Samtidigt framkommer att barn i regel upplever insatserna som positiva under pågående insats och att de är nöjda med det stöd som ges i stunden.

Intervjupersonerna lyfter även behovet av att i större utsträckning knyta unga till civilsamhället. Det finns många tillgängliga resurser, men de används inte systematiskt utan är ofta beroende av enskilda socialsekreterares initiativ. Nätverksbyggande, fritidsaktiviteter och sociala sammanhang ses som viktiga komponenter, men kräver ofta aktiv samordning och stöd för att fungera i praktiken, något som socialtjänsten sällan arbetar mer idag enligt intervjupersonerna.

En ytterligare dimension gäller ungas digitala liv, där sociala medier har en central roll men sällan integreras systematiskt i arbetet kring barnet. Detta innebär att viktiga delar av barnets vardag och sociala sammanhang riskerar att hamna utanför den samlade bedömningen om behov, vilket kan försvåra helhetsbilden i arbetet.

### *Målgruppens behov*

Ett genomgående behov som lyfts är kontinuitet i relationer och tillgång till minst en stabil vuxen som finns kvar över tid. Många unga saknar etablerade nätverk utanför den professionella kontexten, vilket gör dem beroende av att viktiga relationer inte bryts vid övergångar mellan insatser. Brister i kontinuitet innebär att unga ofta behöver börja om i nya sammanhang, *”behöva berätta allt på nytt igen”*, vilket påverkar tillit, trygghet och förmåga att ta emot stöd. Det framkommer även att många unga saknar tillgång till ett fungerande socialt nätverk och meningsfulla sammanhang utanför socialtjänstens insatser. Nätverksbyggande framstår därmed som en nödvändig och central del av vårdkedjan kring barn i samhällsvård, då det är dessa relationer och strukturer som i högre grad kan utgöra ett varaktigt stöd efter avslut hos socialtjänsten.

Många unga har också begränsad förståelse för beslut och processer kring sin placering, delvis på grund av att information främst ges under möten som barn upplever väldigt stressfyllda, det är svårt att

ta in information under dessa omständigheter. Detta innebär att information behöver upprepas flera gånger men också tillgänglighets anpassas för att bli begriplig för unga.

Samtidigt menar intervjupersonerna att unga uttrycker en osäkerhet kring vad de vågar säga i kontakt med vuxna, ofta kopplat till oro för konsekvenser, exempelvis: ”*om jag berättar att det här inte fungerar så bra, eller att jag mår dåligt, så kanske placeringen förlängs”*. Detta förstärker behovet av trygga relationer så att barn vågar berätta om känslor och om vad som händer i deras liv.

Intervjuerna med SOS Barnbyar visar att arbetet med placerade barn och unga påverkas av variationer i organisation och arbetssätt, vilket kan skapa ojämlika förutsättningar. Samtidigt framträder ett behov av mer sammanhållna insatser, där kontinuitet i relationer, tidigt nätverksbyggande och stärkt samverkan mellan socialtjänst och civilsamhälle ses som centrala förutsättningar för stabila övergångar till ett fungerande liv efter avslutad kontakt med socialtjänsten.

# Socialtjänstinspektörernas analys

Här följer en sammanhållen analys av granskningens resultat utifrån Socialstyrelsens och SKR:s sex kvalitetsområden samt en jämställdhetsanalys. Analysen belyser övergripande styrkor, centrala utmaningar och utvecklingsbehov.

## Trygghet och säkerhet

Granskningen visar att trygghet och säkerhet i majoriteten av ärendena upprätthålls i relativt hög grad. Detta speglar att det i huvudsak finns omfattande och strukturerade utredningar, det görs regelbundna uppföljningar samt individuella behovsbedömningar inför hemgång. När strukturerade bedömnings- och utredningsverktyg används stärks sambandet mellan planering och genomförande, vilket ger bättre förutsättningar för rättssäkerhet och kontinuitet – ett arbete som redan bedrivs men som kan utvecklas ytterligare.

Samtidigt finns ett behov av att i större utsträckning använda SMARTA mål[60] i vård- och genomförandeplaner. Endast en del av vårdplanerna bedöms i dagsläget innehålla tillräckligt tydliga och mätbara mål, vilket påverkar möjligheten till uppföljning och

[60] SMARTA mål, specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta.

transparens vilket också är ett behov som barn och vårdnadshavare efterfrågar.

De individuella behovsbedömningarna behöver samtidigt utvecklas så att de även omfattar barnets specifika mottaglighet samt väger in vårdnadshavares förmåga att tillgodogöra sig insatser. Detta kan innebära behov av mer flexibla stödinsatser, exempelvis i form av familjepedagogiskt stöd i hemmet. RBM-bedömningen[61] som görs behöver således i högre grad avspeglas i utformningen av beviljade insatser.

Granskningen visar att ärendena präglas av stora omställningar och flera akuta faser, vilket begränsar förutsägbarheten. Vårdsammanbrott initieras dessutom oftast av vårdgivare, vilket pekar på ett behov av mer proaktiv och strukturerad planering genom hela vårdkedjan. Det finns därför anledning för organisationen att se över hur vårdsammanbrott kan förebyggas, men också hur akuta övergångar kan ges så mycket stöd och kontinuitet som möjligt. Detta förutsätter en översyn av hur planering och insatser utformas för att bättre kunna hantera snabba förändringar utan att kontinuiteten går förlorad.

I dialogerna lyfts exempelvis den föreslagna insatsen ”krisstöd” fram som ett sätt att möta akuta behov. Förslagsvis kan ett teambaserat arbetssätt där socialsekreterare, öppenvård och vårdgivare arbetar nära bidra till ökad trygghet och stärkt kontinuitet, samtidigt som risken för vårdsammanbrott minskar.

En mer sammanhållen och robust planering av hela vårdkedjan, bedöms som en central utvecklingsinriktning som kan skapa bättre förutsättningar för fler avslutade placeringar utifrån barnets bästa.

### Självbestämmande och integritet

Granskningen visar att delaktighet och inflytande i huvudsak uppnås i hög grad sett till dokumentationen i ärendena, där barns delaktighet i stor utsträckning framgår. Den enskildes självbestämmande bedöms i de flesta ärenden vara någorlunda tillgodosett, vilket innebär att barns perspektiv finns med i processen. Dock syns inte alltid hur de unga getts inflytande, det vill säga hur det påverkat besluten. Resultat ligger i linje med Socialstyrelsens kartläggning av barns delaktighet ”*I praktiken*

[61] RBM, Risk–Behov–Mottaglighet

*framkommer att barns röster ofta inhämtas, men att deras åsikter inte alltid beaktas i bedömningar och beslut."*[62]

Enligt intervju med SOS barnbyar begränsas de ungas inflytande utifrån osäkerheten i kontakt med vuxna, ofta kopplad till oro för konsekvenser. Delaktigheten varierar beroende på var i processen barnet befinner sig och relationen till socialsekreteraren, vilket gör kontinuitet och stabila relationer avgörande.

Det finns också behov av att i högre grad stötta barnet att lyfta in viktiga och signifikanta vuxna, exempelvis från det egna nätverket, eller välja någon i det professionella nätverket som barnet känner särskild tillit till. Civilsamhällets resurser kan samtidigt användas mer systematiskt.

### Tillgänglighet

Tillgängligheten bedöms sammantaget vara relativt hög, vilket visar att kontaktvägarna i regel fungerar väl under pågående placering. I de flesta ärenden förekommer en hög frekvens av kontakt mellan socialtjänst, barn och vårdnadshavare. Samtidigt innebär sena planeringar av eftervård att insatser inte alltid kan påbörjas i tid.

Av dialogerna framkom att man på många sätt försöker vara så tydlig som möjligt med information, men att det kanske ändå inte nått fram, vilket pekar på en möjlig diskrepans mellan att information ges och att den faktiskt förstås. I intervjun med SOS barnbyar framgår att unga har en begränsad förståelse för beslut och processer kring sin placering, delvis på grund av att information främst ges under möten som barn upplever väldigt stressfyllda.

Givet urvalets höga diagnostäthet finns ett tydligt behov av att i större utsträckning individanpassa kommunikationen till barnets förutsättningar. Det gäller både hur utredningar, beslut och vårdplaner utformas och hur informationen förmedlas, så att den blir begriplig och möjlig att ta till sig, oavsett diagnos eller tillstånd.

Det finns även anledning att utveckla detta arbete i linje med den nya socialtjänstlagen (2025:400), som innebär att socialtjänsten aktivt måste försäkra sig om att barnet har förstått informationen.

Tillgängligheten påverkas också av praktiska förutsättningar i barns vardag, där exempelvis ekonomi kan begränsa möjligheten att delta i motiverande fritidsaktiviteter.

---

[62] Socialstyrelsen (2026), *Kartläggning av barns delaktighet i ärenden inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård – Resultat och analys*

## Helhetssyn och samordning

I flera ärenden sker samordning genom gemensamma möten som bidrar till informationsdelning och en samlad bild av insatser och ansvar utifrån en helhetssyn. Skolsamordnare har en central roll i att hålla ihop övergångar mellan placering och hemgång vilket gett ett mycket positivt utfall sett till kontinuerlig skolgång samtidigt som SIG-samordningen säkerställer att relevanta aktörer involveras kring barnet. Samtidigt framträder ett behov av att tydliggöra ansvar och roller, för att minska risken för överlappning i uppdrag och skapa en mer sammanhållen samordning.

Skolsamordningen är en viktig stabiliserande faktor, men övergången till gymnasiet identifieras som särskilt sårbar som kan bidra till att för långa placeringar sett till de individuella behoven. Här finns behov av stärkt samverkan med utbildningsförvaltningen för att gymnasiets utbildningsplatser ska kunna samordnas för unga i samhällsvård på ett mer effektivt och tryggt sätt.

Sammantaget pekar både skol- och SIG- samordningen[63] på att när en utsedd resurs har ett tydligt uppdrag så ger det ett positivt utfall.

BUP:s medverkan utanför BUP ANB[64] behöver stärkas för att säkerställa en mer likvärdig och kontinuerlig medicinsk och psykiatrisk samverkan för barn och unga i samhällsvård generellt.

Trots hög diagnostäthet i urvalet är samverkan med LSS och habilitering begränsad i majoritet av ärenden. Detta innebär att viktiga stödinsatser och perspektiv inte alltid integreras i planeringen runt barnet Det finns därför ett tydligt behov av att stärka samordningen mellan socialtjänst, region och funktionshinderområdet. Personer med funktionsnedsättning är exempelvis särskilt sårbara för att rekryteras till att begå brott[65].

Stöd till föräldrar med egen problematik samordnas sällan systematiskt i planeringen runt barnet. Ett mer familjeorienterat arbetssätt behöver därför stärkas, där hela familjens situation beaktas parallellt med barnets behov.

---

[63] SIG, Sociala insatsgrupper
[64] BUP ANB Stockholm är ett pilotprojekt för ungdomar med allvarligt normbrytande beteende inom barn- och ungdomspsykiatrin.
[65] Myndigheten för delaktighet (2025), *Brottsförebyggande arbete för barn och unga med funktionsnedsättning: En kunskapssammanställning om normbrytande beteende och kriminell rekrytering av barn och unga med funktionsnedsättning*, rapport 2025:7.

Barnets nätverk inkluderas i begränsad utsträckning i planeringen, trots att det där det används bidrar till ökad stabilitet och mer sammanhållna övergångar. En mer systematisk involvering av viktiga vuxna och anhöriga kan stärka både helhetssyn och kontinuitet i insatserna.

Dialogerna visar samtidigt på en pågående utveckling, bland annat genom utbildning av socialsekreterare till nätverksledare och etablerade nätverkslag. Att stärka barnets nätverk framstår som en central prioritering, då dessa relationer ofta utgör ett långsiktigt stöd även efter avslutade insatser[66].

## Kunskapsbaserad verksamhet

Granskningen visar att kunskapsbaserade arbetssätt används i relativt hög grad i många ärenden. Samtidigt är tillämpningen inte helt konsekvent, vilket innebär att graden av kunskapsbasering varierar mellan ärenden och mellan olika delar av processen.

Strukturerade utrednings- och bedömningsinstrument såsom BBIC[67] och SAVRY[68] används i flera ärenden och bidrar till mer systematiska utredningar och bedömningar. Däremot framträder en variation i hur konsekvent dessa arbetssätt tillämpas genom hela ärendekedjan, särskilt när det gäller uppföljning.

RBM[69] används som ramverk i vissa ärenden och har stöd i forskning, men analysen av mottaglighet är ofta begränsad. Det gäller särskilt hur barnets kognitiva och exekutiva funktioner, till exempel vid neuropsykiatrisk problematik, påverkar möjligheten att tillgodogöra sig insatser. Det finns därför behov av ökad kompetens kring att bedöma mottaglighet, så att det inte likställs med motivation, samt av en större anpassning av insatser efter individens behov.

Det framgår att organisationen i flera delar använder evidensbaserade insatser, såsom exempelvis MST[70], FFT[71], BSFT[72] och TFCO[73], vilka har forskningsstöd för arbete med barn och unga i risk för normbrytande beteende. Detta visar att det finns en

---

[66] Knas Hemma (2026) Hela vägen tillsammans, *ett efterstödsprogram för unga mellan 16–25 år under och efter samhällsvård.*
[67] BBIC, Barns Behov i Centrim
[68] SAVRY, Structured Assessment of Violence Risk in Youth
[69] RBM, Risk–Behov–Mottaglighet
[70] MST, MultiSystemisk Terapi
[71] FFT, Funktionell Familjeterapi
[72] BSFT, Brief Strategic Family Therapy

[73] TFCO, Treatment, Foster Care Oregon

etablerad grund av evidensbaserad praktik, men att tillämpningen varierar beroende på ärendetyp och tillgång till öppenvården. Framtid Stockholm använder FIT (Feedback Informed Treatment) som kan minska risken för att behandling inte fungerar och förbättra resultat**.** Ett svenskt forskningsprojekt kring FIT är pågående via Karolinska Institutet.

Granskningen visar att digitala sammanhang i begränsad utsträckning integreras i bedömningar, trots att de utgör en central del av ungas vardag. Detta innebär en outnyttjad källa till kunskap om sociala relationer samt risk- och skyddsfaktorer, i linje med forskning och myndighetsrapporter[74].

En kunskapsbaserad verksamhet ska tillvarata barn och ungas egna erfarenheter. I rapporter där ungas perspektiv framkommer lyfts särskilt betydelsen av bärande och trygga relationer[75][76]. Detta innebär att organisationen behöver vidta alla tillgängliga åtgärder för att säkerställa kontinuitet i arbetet kring barnet, så att upprepade avslutade relationer och nya uppstarter minimeras.

## Effektivitet

Granskningen visar att effektiviteten varierar, i hög grad kopplat till samordning. För att öka effektivitet behöver eftervårdarbetet som inkluderar hela familjesystemet integreras tidigare än vad det görs idag med möjlighet att minska vårdsammanbrott och korta ner behovet av placering. Dialoger har visat att placeringsteam har minskat vårdsammanbrott varpå det finns en utvecklingsmöjlighet i att inkludera öppenvårdsinsatser i det teambaserat arbetet.

Av dialoger framkommer att flera aktörer sitter på liknande uppdrag runt barnet, vilket behöver effektiviseras genom ett tydliggöra roller och uppdrag och samtidigt identifiera det gap som finns mellan mer samtalsstödjande insatser och mer handfasta familjepedagogiska insatser.

## Jämställdhetsanalys

Granskningen visar att barn utan allvarligt normbrytande beteende i

---

[74] Folkhälsomyndigheten (2024), *Digitala medier och barns och ungas hälsa – kunskapssammanställning*.
[75]Statens offentliga utredningar (SOU) 2023:66, *För barn och unga i samhällsvård*.
[75] Statens offentliga utredningar (SOU) 2023:40, *Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen*.
[76]Statens offentliga utredningar (SOU) 2023:40, *Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen*.

lägre grad omfattas av strukturerad samordnad planering, och att flickor knappt förekommer inom SIG-samordning i de granskade ärendena. Detta tyder på en ojämn fördelning av samordnade insatser mellan könen, där pojkar i högre grad fångas upp genom normbrytande beteende medan flickors behov riskerar att synliggöras i mindre utsträckning, delvis på grund av möjlig underidentifiering av kriminalitet.

Samtidigt framkommer inga tydliga könsskillnader i övriga insatser, som i liknande omfattning ges till både flickor och pojkar. I flickors ärenden är relevanta aktörer ofta involverade, även om detta inte alltid sker inom ramen för formaliserad samordning.

# Slutord

Barn och unga i samhällsvård tillhör samhällets mest sårbara grupper och har en förhöjd risk för en rad negativa livsutfall. Detta ställer särskilda krav på att insatserna är sammanhållna, träffsäkra och långsiktigt hållbara. Detta gör eftervården som en del av en sammanhållen och robust vårdkedja särskilt central, och utvecklingen av insatser behöver i högre grad ta sin utgångspunkt i ungas egna behov och erfarenheter.

## Socialtjänstinspektörernas rekommendationer

*Lokal nivå*

- Eftervården utvecklas till att vara en integrerad del av hela vårdkedjan och inte en isolerad process.
- Kontinuitet i relationer prioriteras genom färre personbyten och långvariga kontaktvägar, där varje barn säkras en signifikant vuxen genom hela vårdkedjan.
- Vårdnadshavare prioriteras för stödinsatser parallellt med barnets placering.
- Familjepedagogiska och flexibla öppenvårdsinsatser med hög tillgänglighet utvecklas i övergången mellan placering och hemgång för att fånga upp bortfallet av stödjande strukturer.
- Nätverksarbetet ges fortsatt prioritet och utvecklas vidare, där barnets nätverk ges en central roll i genomförandet.
- Arbetet med ungas delaktighet vidareutvecklas genom tillgänglig, upprepande och anpassad kommunikation med ett stärkt barnrättsperspektiv.

*Central / stadsövergripande nivå*

- Fortsatt utreda vilka insatser som behövs, för barn som har behov av stöd från både individ- och familjeomsorgen och funktionshinderomsorgen. Stärka samsyn och samordningen i dessa insatser.
- Stadsövergripande samverkan med regionen stärks för att säkerställa att BUP:s och habiliteringens resurser når fram till familjer där barn och unga är placerade i samhällsvård.
- Civilsamhället involveras i större utsträckning genom ett fokuserat och strategiskt arbete som möjliggör särskilt sammanhållna vägar till arbete, praktik och fritidsaktiviteter i övergången från placering till hemgång.