

NUSO
Nationell Uppföljning av
Socialtjänstens Omställning

PM #7
Familjebehandling
– från verkställighet till återaktualisering

Birgitta Persdotter
Maj 2026



Innehållsförteckning

Inledning	2
Resultat	4
Utgångspunkter	4
Hög grad av verkställighet och oftast i tid	5
Mammor främsta mottagare av insatser – med ett undantag	6
Barnets delaktighet	6
Familjebehandlingens övergripande innehåll och mål	7
<i>Målområden ger ytterligare förståelse för insatsernas fokus</i>	8
Positiv förändring men sällan dokumenterad riskbedömning	10
Avslut och återaktualisering genom ny anmälan	12
<i>Orsak till avslut varierar mellan grupper</i>	12
<i>Vanligt med ny anmälan</i>	13
Resultatens relevans för socialtjänstens omställning .	14
Fortsatta utmaningar att nå de yngsta	14
Mottaglighet och delaktighet – en ständigt pågående process	15
Utveckling i rätt riktning snarare än hållbar förändring?	16
Behov av bättre stöd genom BBIC	17
Nationell samordning för effektivare kunskapsutveckling	18
Referenser	19

Inledning

Det här PM:et är det sjunde i en serie av resultatsammanfattningar från det nationella forsknings- och utvecklingsprojektet NUSO (Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning). NUSO kombinerar individbaserad systematisk uppföljning (ISU) med forskning.

Målsättningen är att skapa nationell, regional och lokal kunskap om utgångsläget inför ny socialtjänstlag samt följa förändringar över tid. NUSO fokuserar på centrala delar i den nya socialtjänstlagen avseende ökad tillgänglighet och förebyggande arbete, en jämställd och jämlik socialtjänst samt utvecklingen av socialtjänstens arbete utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Under 2024 och 2025 har tre delstudier om socialtjänstens arbete med barn, unga och familjer genomförts.

Delstudie 1: Om avslutade barnavårdsutredningar och uppföljning av biståndsbeslutade insatser/åtgärder

Delstudie 2: Om icke biståndsbeslutade insatser

Delstudie 3: Om aktualiseringar

Aktuellt PM redovisar resultat från delstudie 1. Syftet med delstudie 1 är att undersöka vilka barn som utreds, hur utredningarna genomförs, vad utredningsprocessen resulterar i samt resultat av insatser respektive hänvisningar.

PM:et är det första baserat på data om uppföljning av biståndsbeslutade insatser. PM:et har fokus på öppenvårdsinsatsen familjebehandling. Övergripande resultat presenteras om verkställighet, mottagare av insatser, barnets delaktighet, innehåll och mål samt orsak till avslut och återaktualisering.

NUSO genomförs av FoU Välfärd Värmland vid Karlstads universitet på uppdrag av, och i nära samarbete med, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Birgitta Persdotter vid Karlstads universitet är ansvarig forskare och författar denna PM-serie.

NUSO genomförs i nära samarbete mellan forskning och praktik genom processen Vaves®. Kommunerna får kunskap om den lokala situationen över tid, jämförelse med andra kommuner, analysstöd baserat på statistiska analyser, kunskap från tidigare forskning och teoretiska modeller. Läs mer om NUSO och Vaves® på <https://nuso.se/>

Om delstudie 1 uppföljning av insatser/hänvisningar

I NUSO delstudie 1 har data samlats in genom att socialsekreterare eller annan verksamhetsnära personal har besvarat webbenkäter om varje enskild avslutad utredning baserat på information i BBIC¹ beslutsunderlag samt webbenkäter och om de biståndsbeslutade insatser och åtgärder som utredningarna resulterade i. Samtliga ärenden under undersökningsperioden ingick i studien.

Antalet avslutade utredningar motsvarar ca 22 000 utredningar från 134 kommuner och stadsdelar. Av dessa har 105 kommuner (78 procent) svarat på enkäter om 6 900 insatser och åtgärder samt ca 4 800 hänvisningar. Sett till det totala antalet insatser och åtgärder motsvarade detta 89 procent av samtliga insatser och åtgärder som beslutades i de avslutade utredningarna.

Familjebehandling är den klart vanligaste öppenvårdsinsatsen och i fokus i detta PM. Av de 6 900 insatserna och åtgärderna som följts upp, rörde ca 3 900 familjebehandling som beslutats efter avslutad utredning.

¹ BBIC, Barns behov i centrum, är en nationell enhetlig struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av enskilda ärenden i den sociala barn- och ungdomsvården. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/>

Resultat

Utgångspunkter

Nedan presenteras övergripande resultat om ca 3 900 familjebehandlingsinsatser - från verkställighet till återaktualisering.

Av barnen som följts upp är 52 procent pojkar och 48 procent flickor. En fjärdedel av barnen har någon form av diagnos. Det är en lika stor grupp som bor med båda föräldrar (37 procent) som med ensamstående förälder (37 procent). Var femte barn lever i växelvis boende. Majoriteten (75 procent) har svensk bakgrund.

I vilken utsträckning familjebehandlingen når olika åldrar framgår av tabell 1. Familjebehandling är vanligast som insats för barn i åldern 6-8 år (77 %) och minst vanligt för den äldsta åldersgruppen (49 %).

Tabell 1. Familjebehandling i relation till barnets ålder.

Åldersgrupp	Antal familjebehandlingsinsatser per åldersgrupp	Andel familjebehandlingsinsatser inom respektive åldersgrupp
0-2 år	241	67 %
3-5 år	484	71 %
6-8 år	744	77 %
9-11 år	809	74 %
12-14 år	1007	67 %
15-17 år	566	49 %

Den identifierade utsattheten i utredningar som ledde till familjebehandling rörde främst hemmiljö (58 procent), följt av kombinationen hemmiljö och eget beteende (26 procent). Enbart eget beteende framkom i 14 procent av utredningarna. I en mindre andel utredningar (3 procent) identifierades ingen utsatthet.

Åtta av tio familjebehandlingsinsatser genomfördes utan någon manualbaserad metod. Av de manualbaserade insatserna var *Tryggare*

*barn*² vanligast (5 procent). I aktuellt PM lyfts enbart resultat om mottagare av Tryggare barn, medan övriga resultat om Tryggare barn och andra manualbaserade insatser presenteras närmare i PM #8.

De resultat som presenteras i detta PM rör övergripande mönster om:

- Grad av verkställighet och tid för verkställighet efter beslut
- Mottagare av insats och barnets delaktighet
- Övergripande innehåll och mål
- Måluppfyllelse och dokumenterad riskbedömning
- Orsak till avslut av insats och återaktualisering genom anmälan

Genomgående lyfts relevanta skillnader mellan olika grupper av barn liksom skillnader utifrån typ av utsatthet som framkom i utredningen (hemmiljö, och/eller eget destruktivt beteende). PM:et avslutas med ett avsnitt om resultatens relevans för socialtjänstens omställning.

Hög grad av verkställighet och oftast i tid

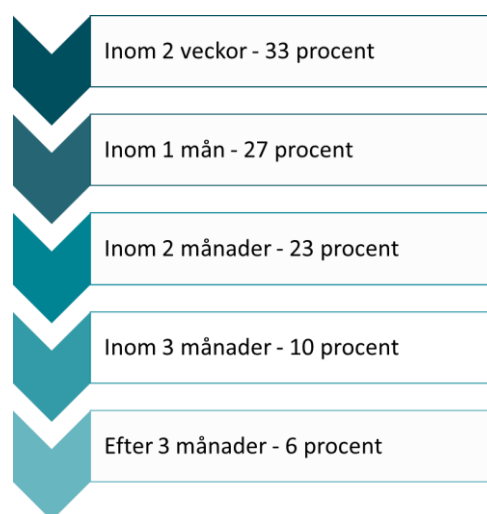
Resultatet visar att nästan samtliga (94 procent) familjebehandlingsinsatser verkställdes. Endast ca 240 insatser verkställdes inte. Den vanligaste orsaken till att insatsen inte startade var att vårdnadshavare tackade nej, vilket förekom i sex av tio fall. I cirka var tionde fall tackade barnet nej. I resterande fall angavs andra orsaker, ofta kopplade till bristande mottaglighet, det vill säga att vårdnadshavare inte tydligt tackat nej men samtidigt inte kommit på avtalade tider eller skjutit upp träffar.

Verkställighetsgraden varierade något beroende på vilken typ av utsatthet som identifierats i utredningen. Lägst andel startade insatser återfanns när utsattheten rörde enbart hemmiljö (93 procent), medan högst andel startade insatser återfanns vid utsatthet som gällde enbart eget beteende (97 procent). I linje med detta tackade vårdnadshavare i högre grad nej till insatser för yngre barn (där utsatthet i hemmiljö dominerar). I övrigt är dataunderlaget för litet för att dra säkra slutsatser om skillnader mellan grupper av barn.

² Tryggare barn är en metod som utvecklats med syfte att minska risken för våld mot barn genom att minska negativt samspel, förebygga risksituationer och stärka relationen mellan barn och föräldrar.

När det gäller tidsaspekten startade 33 procent av insatserna inom två veckor efter beslut och 27 procent inom en månad. Totalt sett startades insatsen cirka 60 procent inom en månad. Se figur 1.

Vid fördröjd start, det vill säga mer än två månader efter beslut, var kö till insats den vanligaste orsaken, följt av avbokningar från vårdnadshavare. I närmare en tredjedel av fallen framgick ingen orsak till fördröjningen i dokumentationen.



Figur 1. Tid för verkställighet.

Mammor främsta mottagare av insatser – med ett undantag

Resultaten visar tydliga mönster i vilka som tar del av familjebehandlingsinsatser. Mammor är i betydligt högre grad delaktiga än pappor (87 procent respektive 67 procent), vilket delvis förklaras av att mamman oftare är ensam vårdnadshavare. Även när båda föräldrarna är vårdnadshavare är pappor mindre delaktiga, särskilt vid utländsk bakgrund och när det gäller yngre barn. Vidare framkommer att uppföljningar i stor utsträckning involverar mammor (83 procent) och behandlare (71 procent) snarare än pappor (57 procent).

Ett undantag när det gäller både mottagare av insats och medverkan vid uppföljning är insatsen *Tryggare barn*, där pappors deltagande är högre än mammors. I 89 procent av fallen har insatsen riktats till pappor och i majoriteten av fallen har papporna även varit delaktiga vid uppföljning.

Barnets delaktighet

När det gäller barn som mottagare riktas cirka två tredjedelar av insatserna direkt till barnet. Andelen ökar med stigande ålder, från cirka 28 procent bland yngre barn till 85 procent bland äldre. Flickor är i något

högre grad än pojkar mottagare av insatser, särskilt när utsattheten rör hemmiljön. I dessa fall är 62 procent av flickorna mottagare av insatsen jämfört med 54 procent av pojkarna.

Sju av tio barn har inte träffat socialsekreterare i samband med uppföljning av familjebehandlingsinsatsen. Flickor hade träffat socialsekreteraren i högre grad än pojkar (35 procent jämfört med 29 procent). Dokumentation om anledning till bristande delaktighet saknades i fyra av tio fall. En vanlig anledning är att utföraren har inhämtat barnets åsikter och att socialsekreterarna utgår från denna information vid uppföljning (15 procent). En annan vanlig anledning som anges är att barnet har blivit tillfrågat men inte vill träffa socialsekreteraren (14 procent). Detta gäller särskilt för barn med diagnos. Barnets ålder och mognad anges också som anledning till att barnet inte har träffat socialsekreteraren (13 procent).

Familjebehandlings övergripande innehåll och mål

Notera att i aktuellt PM presenteras enbart en övergripande bild av familjebehandlings innehåll och målområden. Fördjupningar när det gäller behandlingsprofiler och manualbaserade insatser återkommer i PM #8.

Tabell 2 visar att familjebehandlings innehåll till största delen handlar om att stärka samspelet mellan barn och föräldrar. Detta har angetts i 65 procent av insatserna. Andra vanliga inslag är stöd i familjereaktioner, konfliktlösning samt stöd i samarbete mellan föräldrar. Insatser som fokuserar säkerhet och skydd är därmed betydligt mindre vanliga och anges i mindre än 10 procent av insatserna.

Det framkommer vissa samband mellan insatsernas innehåll och olika grupper av barn. Dessa ligger även i linje med vad som framkom i utredningarna och rör främst tre områden:

- *Stöd i samarbete mellan föräldrar* är vanligast vid växelvis boende, för barn med svensk bakgrund och där båda föräldrar är vårdnadshavare.

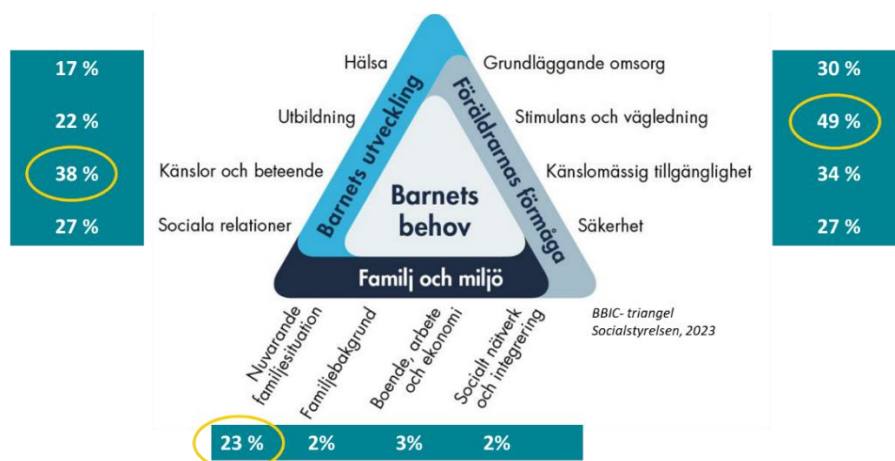
- *Stöd i kontakt med förskola/skola* ökar i takt med barnets ålder och är mest vanligt för ensamstående förälder och om barnet har en diagnos.
- *Säkerhet och skydd vid risk för våldsutsatthet* minskar i takt med barnets ålder och är vanligast för barn med utländsk bakgrund och barn som bor med båda föräldrar.

Tabell 2. Familjebehandlingsinnehåll

Innehåll i familjebehandlingen	Andel insatser
Stöd i samspel mellan barn och förälder (fokus på känslomässig tillgänglighet, stimulans och vägledning)	65 %
Stöd i familjerelationer	36 %
Konfliktlösning	31 %
Stöd kring samarbete mellan föräldrar	27 %
Stöd i att planera vardagsrutiner	25 %
Säkerhet och skydd när det gäller barnets risk för våldsutsatthet	19 %
Stöd i kontakt med förskola/skola	15 %
Stöd i kontakt med BUP eller annan hälso- och sjukvård	8 %
Säkerhet och skydd när det gäller barnets eget riskfyllda beteende (exempelvis kriminalitet, skadligt bruk av droger)	6 %
Säkerhet och skydd när det gäller barnets risk att exponeras för föräldrarnas skadliga bruk och beroende	6 %
Färdighetsträning	5 %
Krisstöd	3 %

Målområden ger ytterligare förståelse för insatsernas fokus

Vid uppföljningen har frågor ställts om vilka målområden som angetts för insatsen, baserat på strukturen i BBIC-triangeln. Som framgår av figur 2 är *stimulans och vägledning* det mest framträdande målområdet inom föräldraförmåga. Inom barnets utveckling är motsvarande *känslor och beteende* samt inom familj och miljö *nuvarande familjesituation* (här ingår t.ex. föräldrarnas egen problematik som psykisk ohälsa, skadligt bruk och beroende).



Figur 2. Andel familjebehandlingsinsatser med mål inom respektive BBIC område.

Val av mål påverkas som förväntat i hög grad av barnets ålder. Andelen mål kopplade till föräldraförmåga, såsom grundläggande omsorg och säkerhet, minskar med stigande ålder, medan andelen mål kopplade till barnets egen utveckling, till exempel känslor, beteende och utbildning, ökar. Det framkommer även vissa könsskillnader för barn över 12 år. Mål inom området känslomässig tillgänglighet anges oftare för flickor än för pojkar medan mål inom området känslor och beteende oftare anges för pojkar än för flickor. Resultatet speglar den skillnad mellan pojkar och flickor som även framkom i utredningarna, där flickors utsatthet i högre grad än pojkars identifierades som utsatthet i hemmiljö medan pojkars utsatthet i högre grad identifierades som utsatthet på grund av eget beteende (se PM #1).

Beroende på typ av utsatthet framkommer även typiska målområden.

- Typiska målområden vid enbart hemmiljö: *Stimulans och vägledning, Känslomässig tillgänglighet, Säkerhet, Grundläggande omsorg.*
- Typiska målområden vid enbart eget beteende: *Stimulans och vägledning, Känslor och beteende, Utbildning.*
- Typiska målområden vid hemmiljö och eget beteende: *Stimulans och vägledning, Känslomässig tillgänglighet, Grundläggande omsorg, Utbildning.*

Noterbart är att målområdet *Stimulans och vägledning* är det mest angivna målområdet oavsett typ av utsatthet.

Positiv förändring men sällan dokumenterad riskbedömning

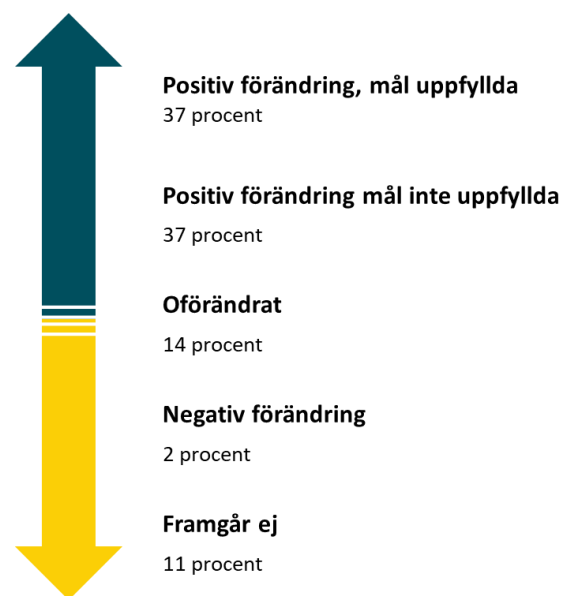
Vid uppföljning av insatser har måluppfyllelsen följts upp enligt skala i BBIC för måluppfyllelse. Denna består av stegen:

- Positiv förändring och mål uppfyllda
- Positiv förändring men mål inte uppfyllda
- Oförändrad situation samt
- Negativ förändring.

Tre av fyra familjebehandlingsinsatser hade följts upp av socialsekreterare vid tiden för datainsamlingen, motsvarande 2 900 insatser. Positiv förändring angavs i majoriteten av fallen, se figur 3. I 37 procent av fallen bedömdes alla mål vara uppfyllda, medan ytterligare 37 procent uppvisade positiv förändring utan att samtliga mål nåtts.

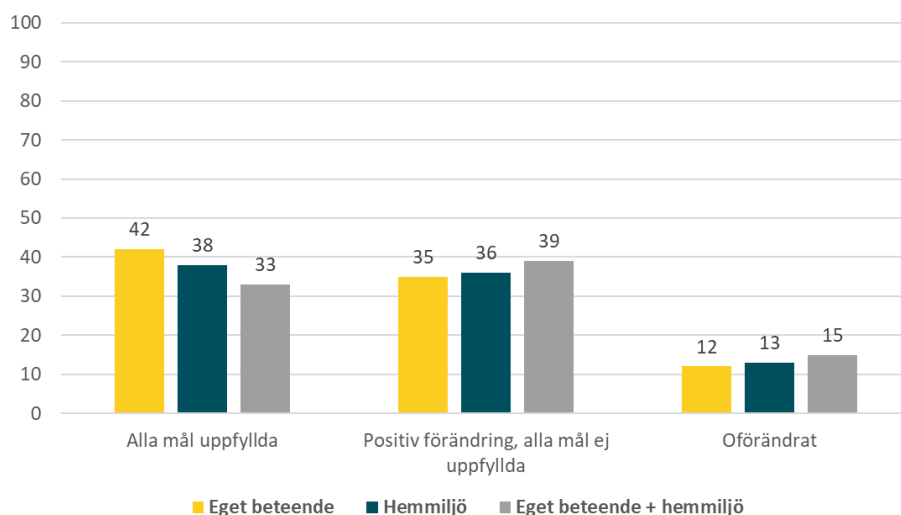
Negativ förändring förekom sällan.

Skillnader mellan olika grupper av barn var överlag små. Däremot framträdde tydliga skillnader beroende på om insatsen hade avslutats eller fortfarande pågick. Bland avslutade insatser hade 41 procent uppnått samtliga mål, medan motsvarande andel för pågående insatser var 5 procent. Samtidigt noterades att var fjärde pågående insats bedömdes som oförändrad eller präglad av negativ förändring.



Figur 3. Övergripande måluppfyllelse.

Typ av utsatthet som framkommit i utredningen hade visst samband med den övergripande måluppfyllelsen. Figur 4 visar att det var mer vanligt att alla mål bedömdes uppfyllda vid uppföljningen om utsattheten rörde enbart eget beteende, och minst vanligt om utsattheten rörde både eget beteende och hemmiljö.



Figur 4. Övergripande måluppfyllelse i relation till typ av utsatthet.

När måluppfyllelsen för respektive BBIC-område (enligt figur 2 ovan) undersöks framkommer liknande mönster som för den övergripande måluppfyllelsen. Samtidigt saknas uppgifter om måluppfyllelse utifrån respektive målområde i cirka 20–30 procent av fallen, vilket påverkar tillförlitligheten i resultatet.

Samtidigt som den övergripande måluppfyllelsen visade på positiva resultat av insatsen hade riskbedömning vid uppföljning sällan gjorts eller dokumenterats. I vart fjärde fall angavs att riskbedömning inte var gjord och lika ofta att den inte hade dokumenterats. I de ärenden där riskbedömning hade dokumenterats angavs i tre av fyra fall låg risk att barnet för illa. Det är också viktigt att uppmärksamma att användning av bedömningsinstrument, såsom exempelvis riskbedömningsinstrument, endast har angetts i 12 ärenden.

Det stora bortfallet när det gäller måluppfyllelse för respektive mål och avsaknad av riskbedömningar pekar också på brister i dokumentation och struktur i uppföljningen. Dokumentationen av uppföljning av insatsen baseras främst på journalanteckningar (54 %), medan BBIC uppföljningsdokument använts i mindre än hälften av fallen. BBIC uppföljningsdokument ger i nuläget inte heller något stöd för att dokumentera riskbedömning.

Avslut och återaktualisering genom ny anmälan

Nio av tio familjebehandlingsinsatser hade avslutats vid tiden för datainsamlingen, motsvarande ca 3 250 insatser. De vanligaste orsakerna till avslut framgår av tabell 3. I hälften av fallen avslutas insatsen med mål uppfyllda. Det är också vanligt att insatsen av olika anledningar avbryts, främst genom att vårdnadshavare inte längre samtycker.

Tabell 3. Orsak till avslut av familjebehandling (n=3 256)

Orsak till avslut	n (%)
Mål med insatsen uppfyllda	1593 (50 %)
Vårdnadshavare samtycker inte längre till insats	814 (25 %)
Insatsen bedöms inte motsvara barnets behov	205 (6 %)
Insatsen övergår till annan insats/utförare	230 (7 %)
Barnet samtycker inte längre till insats	215 (7 %)
Insatsen avbryts av socialtjänsten pga bristande förmåga till förändring	223 (7 %)
Andra orsaker (majoriteten rör bristande mottaglighet)	504 (16 %)

Orsak till avslut varierar mellan grupper

Hälften av familjebehandlingsinsatserna avslutades med motiveringen att målen var uppfyllda. Detta var vanligast i familjer där barnet bor med båda föräldrar och där det även vid senaste uppföljningen hade angetts att insatsen lett till positiv förändring. I övrigt framkom endast små skillnader mellan olika grupper av barn.

Drygt en fjärdedel av insatserna avslutades på grund av att vårdnadshavare inte längre samtyckte till fortsatt insats. Detta var vanligare ju yngre barnet var, vid växelvis boende och när utsattheten som låg till grund för insatsen rörde enbart hemmiljön.

Bristande förmåga till förändring, uteblivet samtycke från barnet samt byte av utförare var andra återkommande avslutsorsaker. Även när svarsalternativet ”annat” angavs framkom i fritextsvar att bristande mottaglighet var en vanlig anledning till att insatsen avslutades, även om vårdnadshavaren inte uttryckligen tackat nej till fortsatt insats.

Vanligt med ny anmälan

Efter avslutad familjebehandling hade en tredjedel av barnen återaktualiserats genom ny anmälan senast 1 april 2025. Det hade då gått i 1 till 1½ år efter avslutad utredning. Av de ärenden där insatser avslutats med mål uppfyllda återaktualiserades 25 procent. Det var därmed vanligare att insatser som avbrutits i förtid var föremål för ny anmälan.

Återaktualisering var vanligast för barn i åldern 3-5 år respektive 12 – 14 år. De vanligaste orsakerna till ny anmälan var bristande omsorg, konflikter i familjen samt våld mot barn. Det är tydligt att det i de allra flesta fall är samma problematik som tidigare utretts som även ligger till grund för den nya anmälan. Majoriteten av dessa återfanns även i gruppen som hade varit föremål för utredning mer än en gång tidigare. Det vill säga som *återkommande utredning* i det ursprungliga datamaterialet i NUSO om avslutade utredningar (se PM #1).

Ytterligare resultat och analyser om faktorer som påverkar återaktualisering presenteras i kommande PM.

Resultatens relevans för socialtjänstens omställning

Målsättningen med NUSO är att skapa lokal, regional och nationell kunskap om nuläget inför ny socialtjänstlag samt följa förändringar över tid. Genom NUSO utvecklas en nationell infrastruktur för att kontinuerligt följa upp centrala delar av nya socialtjänstlagen.

Detta PM är det första som presenterar resultat från delstudie 1 om uppföljning av biståndsbeslutade insatser. NUSO bidrar i detta PM med ny kunskap om familjebehandlingens verkställighet, genomförande och resultat.

Familjebehandling är den vanligaste insatsen inom socialtjänsten och ett positivt resultat är att de allra flesta beslut om insatsen verkställs inom en månad från beslut. Samtidigt framträder flera utvecklingsområden med relevans för socialtjänstens omställning. Resultatet pekar på fortsatta utmaningar i att nå pappor och de yngsta barnen samt att nå en hållbar förändring i barnens situation. Vidare har resultatet genomgående visat på få skillnader mellan olika grupper av barn, men desto större skillnader mellan kommuner. Nedan diskuteras dessa områden närmare.

Fortsatta utmaningar att nå de yngsta

NUSO har i tidigare PM visat att få yngre barn nås av socialtjänstens insatser (PM #1, PM #5). Dels på grund av att socialtjänsten i lägre grad bedömer att barnen är i behov av stöd, dels på grund av vårdnadshavares brist på samtycke när utsattheten enbart rör hemmiljön. Det är därför viktigt att uppmärksamma att även när vi ser på verkställighet och mottaglighet för familjebehandlingen så är det samma målgrupp som löper störst risk att inte nås av stödet. Att vårdnadshavare uttryckligen tackar nej efter att först ha tackat ja, eller att vårdnadshavare inte kommer på avtalade tider för att kunna tillgodogöra sig insatsen är förstås problematiskt och förstärker den redan kraftiga utsorteringen ytterligare. Detta är ett resultat som behöver tas med i socialtjänstens omställning och ambitionen att komma in i ett så tidigt skede som möjligt.

Ytterligare perspektiv på utmaningen att nå barn i ett tidigt skede rör den tredjedel som återaktualiserades genom ny anmälan. I majoriteten av fallen upprepas tidigare oro och två av tre barn har redan utretts minst två gånger tidigare. Det är därmed en betydande grupp av barn som återkommer med risk för förvärrad problematik (PM#5; Webster, 2022).

Mottaglighet och delaktighet – en ständigt pågående process

Sammantaget visar resultaten att omställningen till en ny socialtjänst inte enbart handlar om att fler insatser verkställs, utan om hur insatser utformas, följs upp och avslutas. Insatser som avslutas i förtid på grund av vårdnadshavares bristande samtycke, särskilt i ärenden som rör yngre barn och problematik i hemmiljön, pekar på vikten av att mottaglighetsprincipen tydligt integreras i planering och uppföljning av insatser. En central del i mottaglighetsprincipen är att fånga behov av anpassningar i genomförande av insatsen men också föräldrarnas och barnets motivation, önskemål och insikt om behov. Dessa delar behöver därför ges större utrymme och är i linje med både Jämställdhetsmyndighetens (2025) och SBU:s (2025) slutsatser om vikten av att arbeta mer systematiskt med föräldrars engagemang. Den internationella översikt som SBU hänvisar till visar att familjebaserade insatser är starkt beroende av hur väl insatsen anpassas till föräldrarnas motivation, livssituation och könsroller (Jukes mfl., 2024).

I linje med tidigare forskning, liksom om resultat om insatser utan behovsprövning (PM#6) var det förväntat att mammor i högre grad än pappor är de som tar emot insatser och deltar vid uppföljning av insatsen. Resultatet speglar etablerade föräldraroller även när barnet har två vårdnadshavare (Alsarve, 2025; Aytaç-DiCarlo & Schoppe-Sullivan, 2025). Det är därför viktigt att lyfta resultatet om *Tryggare barn*, där pappor i högre grad tar emot insatsen och även är delaktiga i hög grad vid uppföljning. I dialog med kommunerna lyfts att en förklaring till detta är upplevelsen av att pappor föredrar insatser som är strukturerade och tydliga i vad som ska göras och vad som ska åstadkommas. Detta stämmer även väl med de framgångsfaktorer som lyfts i ovan nämnda översikt (Jukes mfl. 2024).

Utifrån ett jämställdhetsperspektiv är det också viktigt att uppmärksamma det återkommande mönstret i att flickor är mer delaktiga än pojkar. Ett resultat som inte enbart rör utredningsprocessen (PM #2). Aktuellt PM visar att det även rör medverkan i insatser och vid uppföljningar.

Resultatet i aktuellt PM bekräftar tidigare studier om vikten av att stärka barns delaktighet vid genomförande och uppföljning av insatser (Khan & Persdotter, 2025; Heimer & Forsgren, 2025). I en intervjustudie med familjehandlare (Khan & Persdotter, 2025) framkommer olika förklaringar till varför barnet inte gjorts delaktigt. Familjehandlare menar att barns delaktighet ibland kan ske mer för de vuxnas skull än för barnets, och att det därför krävs noggranna överväganden om när och hur barnet ska vara med. Andra gånger handlar det om att barn och ungdomar tackar nej eller undviker kontakt, vilket resultaten i aktuellt PM delvis bekräftar. Det finns även risk att berättelser och upplevelser som barnet delat i inledande utredning inte följs upp i det fortsatta behandlingsarbetet. Utmaningarna förklaras av organisatoriska glapp och att delaktighet ofta kräver mer tid, förberedelse och samordning än vad som hinns med i praktiken.

Utveckling i rätt riktning snarare än hållbar förändring?

Vid uppföljning av familjehandling angavs positiv förändring enligt uppsatta mål i majoriteten av insatserna. Resultatet är i linje med internationell och nationell forskning som visar att familjebaserade insatser ofta leder till förbättringar på kort sikt (Van Leuven, 2025).

Samtidigt behöver svårigheter i att nå hållbar förändring i barnets situation, diskuteras vidare. Kommunerna lyfter bland annat att positiv förändring inte i sig behöver innebära en stor förändring, utan att det snarare ska förstås som en utveckling i rätt riktning. Detta eftersom målformulering och måluppfyllelse utgör en viktig del i förändrings- och motivationsarbetet som sker tillsammans med förälder och/eller barn.

Det saknas ändamålsenligt stöd för att bedöma förändring, på kort och lång sikt. Att en fjärdedel av de insatser som avslutats med mål uppfyllda ändå återaktualiseras kort efter avslutad familjebehandling, skulle kunna förstås som ett uttryck för att mål har uppnåtts utan att den underliggande problematiken i tillräcklig grad har förändrats. För att bättre adressera detta ser kommuner behov av ett tydligare stöd för att använda RBM även vid uppföljning och avslut av insats (Khan & Persdotter, 2025).

En ytterligare aspekt att uppmärksamma är att bedömningsinstrument inte används. Att detta var dokumenterat i enbart 12 ärenden visar fortsatt på stora utvecklingsbehov när det gäller strukturerade uppföljningar och förutsättningar att få en hållbar länk mellan utredning och insats. Det är också viktigt att ta hänsyn till att så länge det saknas relevanta och för praktiken hanterbara bedömningsinstrument så försvåras denna implementering.

Behov av bättre stöd genom BBIC

Stöd för analys och bedömning enligt RBM saknas i nuläget i BBIC uppföljningsdokument (Socialstyrelsen, 2023), vilket ger en rimlig förklaring till varför så få riskbedömningar har gjorts eller dokumenterats vid uppföljning av familjebehandlingen.

Redan 2018 konstaterades brister i BBIC dokumentationsstöd för uppföljning av insatser (SKL, 2018). Sammantaget saknas en tydlig röd tråd från utredning till uppföljning och avslut när det gäller bedömning av barnets situation. Genom att införa RBM även i dokumenten för uppföljning skulle analys och bedömning på ett mer naturligt sätt inrymmas;

- Riskbedömning baserad på sammanvägning av riskfaktorer och skyddsfaktorer.
- Bedömning av om insatsen fokuserar rätt saker, det vill säga de upprätthållande riskfaktorerna och motverkande skyddsfaktorerna enligt behovsprincipen.
- Bedömning om insatsen är rätt utformad och anpassad för att möta föräldrars och barns motivation, insikt och behov, enligt mottaglighetsprincipen.

Nationell samordning för effektivare kunskapsutveckling

Aktuellt PM baseras på övergripande resultat om ca 3 900 familjebehandlingsinsatser. Omfattningen av data ger förutsättningar att kunna jämföra resultat för olika grupper av barn och kunna förstå variationer i materialet. I kommande PM fördjupas analyser om såväl familjebehandling, placering, hänvisningar och återaktualiseringar.

Resultaten om uppföljning av insatser skrapar samtidigt bara på ytan när det gäller att närmare förstå hur insatser behöver utformas och genomföras för att nå hållbar förändring i ett barns livssituation. Effektiv samordning behövs därför mellan nationella aktörer, forskarsamhället och praktiken för att stärka kommunernas förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat (Vård- och omsorgsanalys, 2026). NUSO kan här bidra med en grund för nationell uppföljning och inspirera till samskapande forskning i ett bredare perspektiv. En start i detta är NUSO forskarnätverk där hittills forskare från ett tiotal lärosäten och FoU-miljöer har träffats för att tillsammans med kommuner utveckla fördjupningsstudier.

Referenser

Alsarve, J., & Glatz, T. (2025). When men become fathers, women become project leaders: Swedish parenting practices over time. *Journal of Family Studies*, 31(5), 884–905.

<https://doi.org/10.1080/13229400.2025.2481113>

Aytaç-DiCarlo, FK. & Schoppe-Sullivan, SJ. (2025). Traditional Gender Role Attitudes and Maternal Gatekeeping: A Meta-Analytic Review. *Parenting*. 2025;25(3):326-52. Available from:

<https://doi.org/10.1080/15295192.2025.2486670>

Heimer, M. & Forsgren, N. (2025). Barn som rättighetsbärare i öppenvårdsinsatser. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Jukes LM, Di Folco S, Kearney L, Sawrikar V. (2024). Barriers and Facilitators to Engaging Mothers and Fathers in Family-Based Interventions: A Qualitative Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*. 2024;55(1):137-51. Available from:

<https://doi.org/10.1007/s10578-022-01389-6>

Jämställdhetsmyndigheten (2025). Resultatrapporten 2025. Jämställdhet som strategi för att hantera och förebygga vår tids samhällsutmaningar. Jämställdhetsmyndigheten; 2025. 15. Available from:

<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/publikationer/resultatrapporten-2025-15/>

Khan, S., & Persdotter, B. (2025). Familjebehandling i Stockholms stad : En studie om verksamma komponenter och förutsättningar för förändringsarbete. <https://doi.org/10.59217/zvki6088>

SBU (2025). Hinder och möjliggörare för att engagera mammor och pappor i familjebaserade insatser. Publikationstyp: SBU Kommenterar Rapport 2025_11 Publicerad: 5 december 2025

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/hinder-och-mojliggorare-for-att-engagera-mammor-och-pappor-i-familjebaserade-insatser/?pub=115022&lang=sv>

Socialstyrelsen (2023). BBIC Grundbok. Barns behov i centrum.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/06b772880f314d5ab08a6a995448b371/2023-9-8734.pdf>

Van Leuven, Livia (2025). Safer kids can't wait: evaluating a parenting program to prevent child abuse. Karolinska Institutet. Thesis.
<https://doi.org/10.69622/29196500.v1>

Vård- och omsorgsanalys (2026). Med kunskap som kompass. En kartläggning och analys av styrningen med kunskap inom socialtjänsten. Rapport 2026:1. <https://www.vardanalys.se/rapporter/med-kunskap-som-kompass/>