

Vård och omsorg till barn och unga

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen utvecklingen av vård och omsorg till barn och unga enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Socialstyrelsen beskriver också aspekter på barns och ungas behov av vård, omsorg och stöd. Detta kapitel återger och kompletterar rapporten *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013* som Socialstyrelsen gav ut våren 2013. Det gäller särskilt psykisk ohälsa och vården och omsorgen för placerade barn och unga.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen till barn och unga beskrivs i kapitlet *Ekonomiska analyser*. Uppgifter om barns och ungas tandhälsa finns i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*. Även i kapitlen *Hälso- och sjukvård* och *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* finns vissa uppgifter om vård och omsorg till barn och unga.

Vilka Socialstyrelsen räknar som barn och unga varierar beroende på lagstiftning, men i detta avsnitt avses personer i åldrarna 0–24 år. Barn blir juridiskt vuxna vid 18 års ålder, som också är den övre åldersgränsen för dem som enligt artikel 1 i FN:s konvention om barnets rättigheter omfattas av konventionen.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Antalet barn och unga som har kontakt med den specialiserade öppenvården på grund av psykisk ohälsa ökar. Ökningen är tydligast för neuropsykiatriska diagnoser och för pojkar upp till och med 17 års ålder.
- Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats inom den sociala barn- och ungdomsvården fortsätter också att öka. Ensamkommande barn och unga står för en stor del av denna ökning.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar på en ökning i användandet av evidensbaserade metoder. Socialstyrelsen kan konstatera att utvecklingen är positiv, samtidigt visar resultaten i årets lägesrapport på behov av förbättringar. Tillståndet försätter exempelvis att vara problematiskt gällande tillgången till effektiva metoder. Detta gäller bland annat på hem för vård (HVB) och i stödet till barn och unga med psykisk ohälsa. Myndigheten kan också konstatera att kompetensen brister i HVB och är sårbar inom barn- och ungdomspsykiatri.
- FN:s barnkonvention används allt mer på policynivå, men det återstår emellertid mycket arbete innan alla barn både får möjlighet att komma till tals inom vården och omsorgen, och får individanpassade insatser utifrån sina behov.

- Det finns skillnader inom vården och omsorgen till barn och unga, bland annat mellan huvudmän, mellan pojkar och flickor, mellan placerade barn och unga och deras jämnåriga, samt mellan ensamkommande barn och andra placerade barn. Socialstyrelsen anser att det behövs fördjupade analyser om dessa skillnader på nationell nivå som stöd för vården och omsorgen att uppmärksamma och minska skillnaderna mellan olika verksamheter och grupper.
- Kunskapen ökar om sambandet mellan olika sorters utsatthet under uppväxten och om sambandet mellan tidig utsatthet och senare behov av vård och omsorg. Det understryker betydelsen av tidig upptäckt, tidigt stöd och väl fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola.

Aktuell utveckling

Samhällets insatser för barns och ungas hälsa, vård och omsorg sker både genom främjande och förebyggande verksamheter som möter i stort sett alla barn, och genom specialiserade verksamheter som möter barn och unga med större och ofta långvariga stödbehov.

Positiv bild av den somatiska hälso- och sjukvården

Den neonatala dödligheten är låg i Sverige jämfört med övriga Europa. I riket som helhet var den neonatala dödligheten 1,6 barn per 1 000 levande födda under perioden 2007–2011, vilket motsvarar cirka 170 barn per år. Antalet varierade mellan 0,9 och 2,8 bland landsting och regioner. Den statistiska osäkerheten är dock stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små [1].

Ungefär 10 procent av alla nyfödda vårdades på en neonatalavdelning under 2012. Den allra mest sårbara patientgruppen är prematura barn som kräver högspecialiserad vård på neonatalavdelningen. Olika livsuppehållande åtgärder medför exempelvis att man använder katetrar, som i sig utgör en infektionsrisk. Prematura barn kräver nästan utan undantag antibiotikabehandling, samtidigt som dessa barn föds utan en egen uppsättning bakterier, vilket medför en risk att de får del av sjukhusets ”normalflora”. Under 2012 fick ungefär 5 procent av alla neonatalvårdade en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion [1].

Infektioner är en mycket vanlig orsak till att barn har kontakt med hälso- och sjukvården. De flesta luftvägsinfektioner beror på virussmitta och går över av sig själva. Under 2012 behandlades dock 25 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är förstahandsvalet penicillin V. Variationen mellan landstingen var stor, 14–28 procent. I riket var andelen penicillin V-behandlade barn 71 procent. Någon absolut målnivå finns inte, men resultaten för de landsting som har högst andel penicillin V ger en god fingervisning om vilka resultat som är möjliga att uppnå.

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn och ungdomar i Sverige. En viktig indikator i barn- och ungdomsdiabetesvården är me-

delblodsocker (HbA1c). I riket som helhet uppnådde knappt 36 procent av barnen år 2012 ett målvärde där HbA1c ska vara lägre än 57 mmol/mol, 35 procent av flickorna och knappt 37 procent av pojkarna. Denna andel har varit oförändrad eller svagt sjunkande i riket sedan 2006, men ökade mellan 2011 och 2012 med mer än tre procentenheter. Resultaten varierar relativt mycket mellan landstingen, 27–66 procent. Att färre än 40 procent når behandlingsmålet visar att det finns en påtaglig förbättringspotential i många landsting. Detsamma gäller variationen mellan landstingen.

Skillnaderna mellan landsting och regioner är mindre när det gäller vaccinationer för mässling, påssjuka och röda hund. I januari 2013 hade 97,4 procent av alla barn födda 2009 vaccinerats. De allra flesta landsting har en vaccinationsfrekvens på 97–98 procent. Det finns dock grupper av föräldrar som väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i några kommuner ibland setts sjunka under 90 procent. Det har därför förekommit lokala utbrott av i synnerhet mässling [2].

Skador vanlig anledning att söka vård

Skador fortsätter att vara en av de vanligaste orsakerna till att barn och unga söker vård. Som framgår av tabell 4:1 sökte nära 182 000 barn i åldern 0–17 år vård vid en akutmottagning för att få en skada behandlad under 2011, vilket motsvarar ungefär 10 procent av alla barn.

De flesta skador skedde på fritiden, medan cirka 18 procent inträffade under tid i förskola och skola. Transportolyckor svarade för omkring 12 procent av skadorna, drygt 1 procent av skadorna beräknades bero på våldshandlingar och knappt 1 procent på avsiktligt självtillfogade skador [3]. Bland små barn (1–5 år) är fallolyckor den vanligaste orsaken till att söka akut sjukvård. Något fler fallolyckor inträffar utomhus än inomhus [4].

Tabell 4:1. Barn och unga 0–17 år som sökt vård vid akutmottagning för behandling av skada 2011

Nationell antalsskattning och könsfördelning.

Ålder	Skattat antal	Skattat antal per 100 000 barn	Andel pojkar	Andel flickor
0–6 år	63 300	8 119	55 procent	45 procent
7–12 år	58 900	9 840	57 procent	43 procent
13–17 år	58 600	10 820	61 procent	39 procent

Källa: Injury Database (IDB) Sverige 2011, Socialstyrelsen.

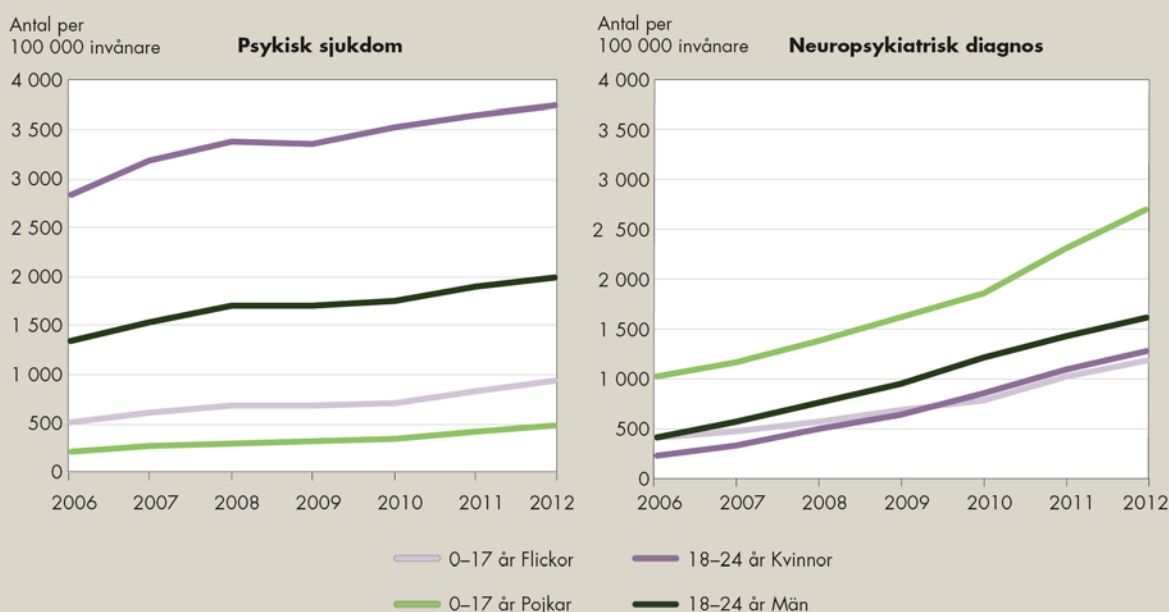
I barnaåren har dödsfall till följd av olyckor nästan halverats under det senaste decenniet, från 48 barn år 2002 till 25 barn år 2012 [5]. Under ungdomsåren är risken att avlida till följd av en olycka dock betydligt högre. Dödsfall till följd av självmord och olyckor står tillsammans för 70 procent av dödligheten bland män och för drygt 50 procent bland kvinnor i åldern 15–29 år. Risken att avlida under ungdomsåren har, till skillnad mot alla andra åldersgrupper, varit i stort sätt oförändrad i drygt ett decennium. Självmorden minskar inte bland ungdomar, vilket de gör för andra åldersgrupper [1].

Fortsatt ökning inom psykiatrisk öppenvård

Andelen barn och unga som har kontakt med den specialiserade öppenvården på grund av psykisk ohälsa fortsatte att öka under 2012. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att det framför allt handlar om att adhd, autism och Aspergers syndrom ökar, och att ökningen är tydligast för pojkar upp till och med 17 års ålder (figur 4:1). Andelen barn och unga som har kontakt med öppenvården till följd av psykisk sjukdom som schizofreni, depression och ångest fortsätter också att öka, dock inte lika dramatiskt som när det gäller neuropsykiatriska diagnoser (figur 4:1).

Figur 4.1. Psykiatrisk öppenvård

Antal patienter vårdade i specialiserad öppenvård med psykisk sjukdom respektive neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos*.



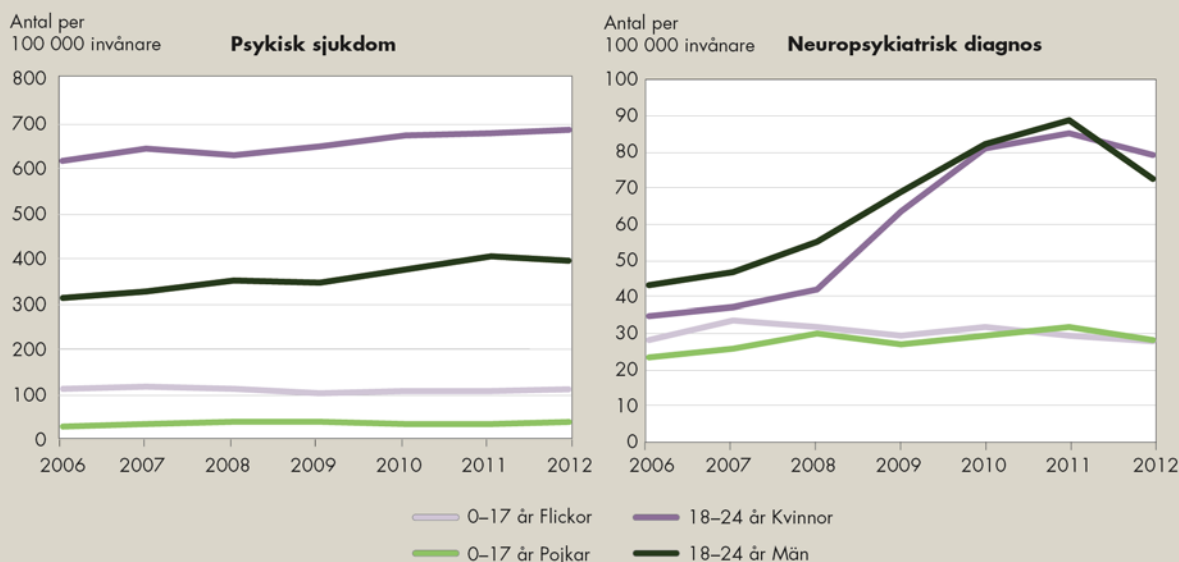
* Psykisk sjukdom avser diagnoserna: F20-29 schizofreni, F30-39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40-48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest, F50-69 beteendestörning och personlighetstörning. Neuropsykiatrisk diagnos avser F80-99.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Relativt få barn och unga vårdas inom den psykiatriska slutenvården. De senaste årens trend med en ökning av andelen unga i åldern 18-24 år som vårdas för neuropsykiatriska diagnoser bröts under 2012 (figur 4:2). I övrigt förändrades andelen barn och unga som vårdades för neuropsykiatriska diagnoser eller psykisk sjukdom relativt litet mellan 2012 och de närmast föregående åren (figur 4:2). Vård för psykisk sjukdom är vanligare bland flickor och kvinnor än bland pojkar och män, både inom sluten- och öppenvård. När det gäller neuropsykiatriska tillstånd är öppenvård vanligare bland pojkar och män än bland flickor och kvinnor, medan slutenvård är ungefär lika vanligt för båda könen.

Figur 4.2. Psykiatrisk slutenvård

Antal patienter vårdade i slutenvård med psykisk sjukdom respektive neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos. Observera de olika skalorna.



Sammantaget (visas inte i figur) fick omkring 3,1 procent av pojkarna och 2,1 procent av flickorna i åldern 0–17 år någon form av psykiatrisk vård under 2012²². Det motsvarar 31 000 pojkar och 19 000 flickor i åldersgruppen. I åldern 18–24 år handlade det om 3,5 procent av männen och 4,9 procent av kvinnorna, vilket motsvarar 17 000 män och 22 000 kvinnor i åldersgruppen.

Social barn- och ungdomsvård

Antalet placerade barn och unga fortsätter att öka

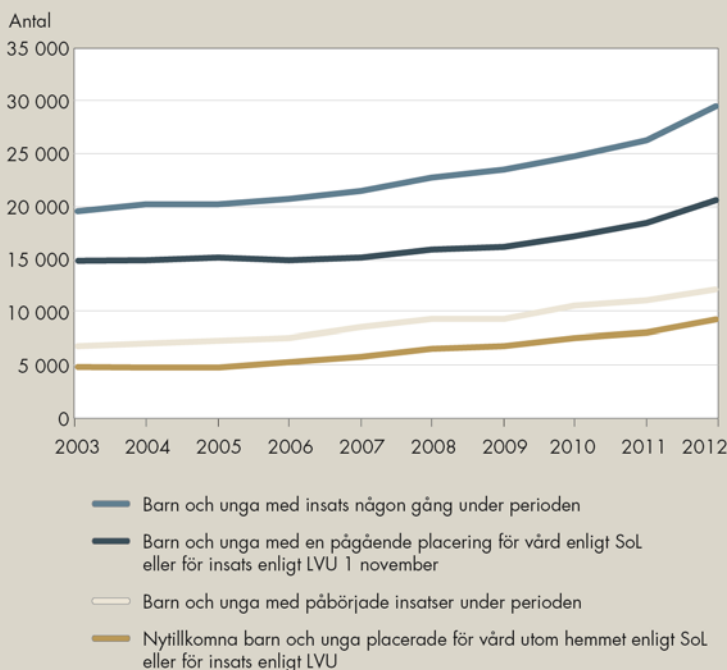
Samhällsvården, eller heldygnsvården som den också kallas, omfattar i huvudsak två placeringsformer, familjehem och hem för vård eller boende (HVB). En undergrupp av HVB är de särskilda ungdomshem som tar emot unga som behöver särskild tillsyn på grund av sitt eget beteende. Behovet av sådana hem tillgodoses av staten genom Statens institutionsstyrelse (SiS). Heldygnsvården kan vara frivillig enligt SoL eller ges med stöd av LVU.

Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats fortsätter att öka (se figur 4:3).

²² Avser psykisk sjukdom och/eller neuropsykiatriska tillstånd, dvs. diagnoserna F20–F48, F50–F69 och/eller F80–F99, inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård sammantaget.

Figur 4.3. Heldygnsinsatser inom socialtjänsten

Heldygnsinsatser barn och unga 0–20 år. Fyra mått på heldygnsvård enligt Sol och/eller LVU.



Källa: Barn och unga – insatser 2003–2012. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (Sol) och lagen med särskild bestämmelser om vård av unga (LVU), Socialstyrelsen.

Sedan 2003 har andelen barn och unga som fått heldygnsinsatser ökat. Den 1 november 2012 hade cirka 20 800 barn och unga till och med 20 års ålder fått en heldygnsinsats, och sammanlagt hade cirka 29 600 barn och unga i den åldern fått en heldygnsinsats utanför hemmet någon gång under året. Av dessa var ungefär 9 300 nyttillkomna, det vill säga de hade inte varit placerade någon gång under de föregående fem åren. Familjehem och jourhem var de i särklass vanligaste placeringsformerna. Bland barn och unga med pågående insats den 1 november 2012 var 61 procent av dem som fick vård enligt Sol och 69 procent av dem som fick vård enligt LVU placerade i familjehem.

I likhet med tidigare år var det fler pojkar än flickor som fick en heldygnsinsats under 2012. Knappt 60 procent var pojkar och drygt 40 procent var flickor. Det var dessutom något vanligare att pojkarna var placerade på HVB jämfört med i familjehem. Vidare var det vanligast att unga i åldern 13–17 år vårdades inom heldygnsvården. Åldersgruppen 13–17 år har dominerat under i stort sett hela 2000-talet och har också ökat under senare år, främst bland pojkarna.

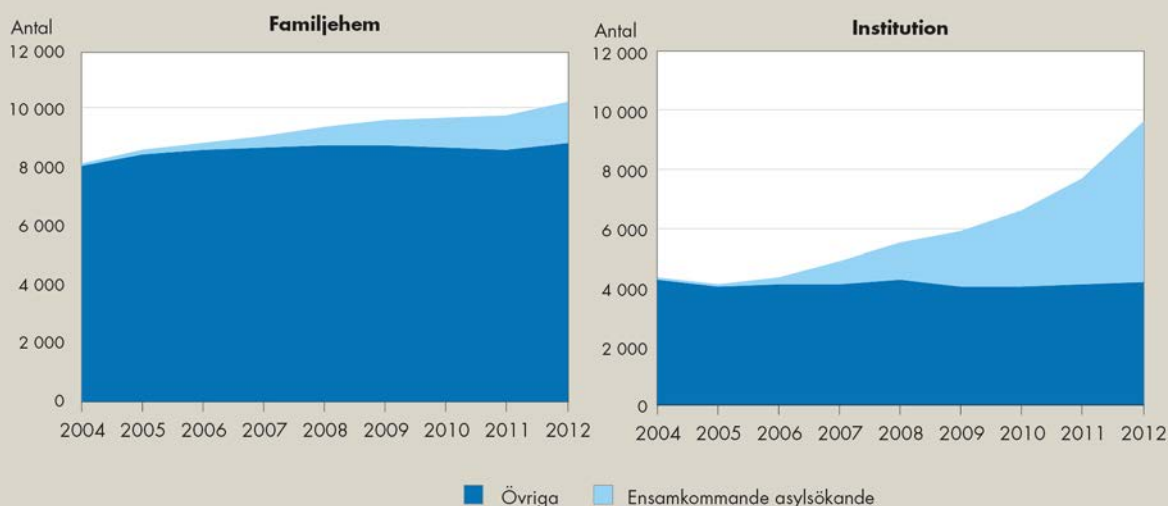
De senaste årens ökning av antalet placeringar i jourhem och nätverkshem, det vill säga hos anhöriga eller andra närstående, fortsatte också under 2012 [6].

Ensamkommande står för en stor del av ökningen i HVB

Som framgår av figur 4:4 står ensamkommande barn och unga för en stor del av ökningen inom heldygnsvården, särskilt på HVB. År 2012 utgjorde ensamkommande asylsökande en knapp majoritet av ungdomarna i åldern 13–20 år inom HVB eller § 12-hem. Antalet ensamkommande barn och unga som ansöker om asyl i Sverige har ökat kraftigt under senare år, från knappt 400 barn år 2004 till drygt 3 500 barn år 2012 [7]. Ensamkommande barn placeras oftast i HVB, både när det gäller tillfälligt boende i ankomstkommunen och mer stadigvarande boende i vistelsekommunen [8].

Figur 4.4. Heldygnsplacerade barn och unga

Barn och unga 13–20 år som varit heldygnsplacerade på familjehem respektive institution (HVB eller §12 LVU-hem) enligt Sol eller LVU någon gång under året fördelat efter ensamkommande asylsökande och övriga. Åren 2004–2012.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Beräkningen har avgränsats till åldersgruppen 13–20 år, där en klar majoritet av de ensamkommande asylsökande barnen ingår.²³

Fortsatt ökning av privata aktörer inom heldygnsvården

De senaste decenniernas utveckling med allt fler privata aktörer inom HVB-vården fortsätter. Hälften av alla barn och unga som var placerade i HVB den 1 november 2012 bodde i HVB som drivs i enskild regi [6]. Under 2000-talet har det också blivit allt vanligare med privata företag och organisationer som rekryterar familjehem som de erbjuder kommunerna i kombination med så kallade konsulentstöd [1].

Enligt en undersökning som Socialstyrelsen gjorde i början av 2013 uppskattades det att cirka hälften av landets kommuner anlät familjehem där tre barn och unga var placerade, medan det uppskattades att en tredjedel av

²³ Beräkningen utgår från att heldygnsplacerade barn och unga kan antas vara ensamkommande asylsökande om de är födda utanför Norden, inte var folkbokförda i Sverige året innan de placerades för första gången, inte hade några folkbokförda föräldrar i Sverige vid placeringen och saknade föräldravårdnadshavare vid placeringen.

kommunerna anlidade familjehem där fyra barn och unga var placerade. Det finns också exempel på att familjehem kan bli mer eller mindre yrkesmässiga och bedriva verksamhet som liknar HVB. Socialstyrelsen anser att frågan om införandet av ett register över familje- och jourhem bör utredas. Ett sådant register innebär att arbetet med förteckningarna över familjehemsplacerade barn kan utvecklas och utvidgas, vilket gör det möjligt att kontinuerligt följa utvecklingen inom området [9].

Stabilisering av den sociala öppenvårdens insatser

Öppenvårdens insatser har ökat kraftigt sedan 2002, men under de senaste åren har antalet insatser legat på ungefär samma nivå. Ungefär 28 200 barn och unga hade en eller flera av de redovisade öppenvårdsinsatserna den 1 november 2012. Fler pojkar än flickor hade öppenvårdsinsats, 56 procent var pojkar och 44 procent var flickor. Cirka 25 500 barn och unga fick behovsprövat personligt stöd någon gång under året. Ungefär 19 200 barn och unga hade en kontaktperson eller kontaktfamilj och cirka 10 200 fick någon gång under år 2012 insatsen strukturerat öppenvårdsprogram [6].

Familjerätt och familjerådgivning

Flera insatser inom familjerätten har legat på ungefär samma nivåer under de senaste åren. Under 2012 berördes cirka 19 400 barn av samarbetssamtal och cirka 9 800 barn av upplysningar från socialtjänst till domstol. Antalet avtal om boende, vårdnad eller umgänge var cirka 4 200 och antalet utredningar om medgivande till adoption var cirka 1 300 [10].

Socialstyrelsen har kartlagt hur ofta socialnämnden utnyttjar möjligheten att ansöka om vårdnadsöverflyttning i samband med att det har förekommit våld i en familj. Resultatet visar att socialnämnden ansöker om detta i stor utsträckning när det har förekommit dödligt våld i familjen. Det kan dock vara svårt att hitta en lämplig person att flytta över vårdnaden till om barnet saknar nätverk, till exempel för att den närmsta släkten inte bor i landet eller det inte finns någon lämplig person i barnets närhet att flytta över vårdnaden till [11].

Inom den kommunala familjerådgivningen ökade antalet ärenden under 2012. De uppgick till ungefär 33 000, vilket var en ökning med 6 procent jämfört med föregående år. Totalt berördes ungefär 43 000 barn upp till 18 års ålder direkt eller indirekt av dessa ärenden [12].

Styrning, struktur och samsyn – för bättre samverkan

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har viktiga roller för barns och ungas välfärd, men behöver ofta samverka med andra verksamheter, inte minst skolan. Särskilt när det gäller placerade barn och unga har Socialstyrelsen rekommenderat en bättre samverkan för att förbättra deras uppväxtmiljö, hälsa och möjlighet till egen försörjning i vuxen ålder [13].

Under senare år har flera regionala och lokala former av samverkan kring barn och unga utvecklats och prövats. Styrning, struktur och samsyn är centrala områden för framgångsrik samverkan. Och det finns kunskapsstöd som

visar att samverkan som utvecklas tillsammans med ett systematiskt arbets-sätt ger positiva och snabba resultat för barnen.

Utifrån det vi vet i dag finns det några aspekter som det är viktigt att huvudmännen tar hänsyn till när de planerar verksamheten och tecknar avtal med de olika verksamhetsutövarna. Det handlar om att ge tydliga uppdrag och göra en tydlig ansvarsfördelning mellan verksamheterna. Det handlar också om att definiera en tydlig målgrupp, sätta upp tydliga mål, göra uppföljningar och utvärderingar samt att ha ett tydligt brukarfokus [14].

Kommunernas socialtjänst har en viktig roll för att samverkan om insatser för barn och unga som behöver insatser från flera aktörer ska fungera. De behöver därför ha upparbetade rutiner för både intern och extern samverkan. I Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården i slutet av 2012 redovisade 66 procent av kommunerna²⁴ att de hade interna rutiner för hur samordningen skulle ske med verksamheten för ekonomiskt bistånd och 67 procent hade rutiner för samordning med verksamheten familjerätt. Bara omkring 50 procent sade dock att de hade interna rutiner för samordning med verksamheten för personer med funktionsnedsättning och med socialpsykiatri [15].

Det blir allt vanligare att den sociala barn- och ungdomsvården och andra aktörer gör överenskommelser om att samverka [1]. Socialstyrelsen konstaterar i en utvärdering att arbetet med öppna jämförelser har bidragit till att kommunerna har förbättrat förutsättningarna för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården, exempelvis genom överenskommelser för samverkan mellan barn- och ungdomsvården och andra viktiga aktörer [13]. Allt fler kommuner tecknar överenskommelser om samverkan med landstingen. I slutet av 2012 hade 69 procent av kommunerna samverkansöverenskommelse med barn- och ungdomspsykiatri medan 66 procent hade det med polisen och 60 procent med barnhälsovården [15].

Ökad kunskap om barns och ungas utsatthet

Barns och ungas hälsa, vård och omsorg beskrivs ofta utifrån olika utsatta gruppers behov och olika verksamheters insatser. Det finns starka skäl att också betona sammanhanget mellan olika sorters utsatthet under uppväxten och sammanhanget mellan tidig utsatthet och senare ohälsa, inte minst psykiska problem och sjukdomar. Verksamheter som möter barn och unga – och deras föräldrar – behöver ha kunskap om olika risk- och skyddsfaktorer och om effektiva sätt att tidigt upptäcka dessa risker och ge rätt stöd.

I *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013* visade Socialstyrelsen att upplevelser av svår oro och ångslan under ungdomstiden medför starkt förhöjda risker för död, vård på sjukhus, psykisk sjukdom och självmordsförsök [1]. I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen resultat från andra studier och analyser som pekar på de komplexa och långsiktiga sammanhang som ofta

²⁴ Inklusive stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm.

hänger samman med psykisk ohälsa och med andra stödbehov under barna- och ungdomsåren.

Upprepad utsatthet ökar risken för psykisk ohälsa

Olika former av övergrepp mot barn och unga brukar ofta studeras och bemötas var för sig. De barn och unga som är utsatta för flera olika former av övergrepp, kränkningar och brott blir därför inte alltid fullt synliga, varken i kunskapsutvecklingen eller inom vården och omsorgen.

Örebro universitet har studerat effekterna av när flera former av övergrepp förekommer samtidigt i en studie som de har genomfört med stöd från Socialstyrelsen. Studien *Resumé* har genomförts genom intervjuer och enkäter bland 2 500 personer i åldern 20–24 år. Dessa personer har fått svara på frågor som gällde om de varit utsatta för olika övergrepp under uppväxten, vilket stöd de i så fall fått, hur de har upplevt stödet och hur de mår i dag. Gruppen är slumpmässigt vald från hela Sverige, men på grund av att många avböjde att delta är gruppen inte helt representativ.

De resultat som Örebro universitet hittills har analyserat och sammanställt visar att även om pojkar och flickor hade varit utsatta för övergrepp på olika sätt, så hade de pojkar och flickor som varit utsatta för olika former av övergrepp störst risk för att drabbas av psykisk ohälsa.

Sammantaget uppgav de som deltog i studien att de hade utsatts för fler övergrepp och kränkningar under tonårstiden än tidigare under uppväxten, med reservation för att de kan ha haft svårt att minnas i detalj vad som hände under de första levnadsåren. Att vara utsatt för fysiska övergrepp och egendomsbrott samt att bevittna våld var signifikant vanligare bland pojkar. Flickor var mer utsatta för verbala kränkningar, sexuella övergrepp och försummelse i hemmet. Även när det gäller var utsattheten ägde rum och vem som var förövare fanns det skillnader mellan pojkar och flickor. Generellt sett var hemmet den miljö där flickor var mest utsatta, medan pojkar oftare var utsatta i skolmiljöer och på offentliga platser. Verbala kränkningar var dock vanligast i skolmiljöer bland både pojkar och flickor, medan sexuella övergrepp var vanligast på offentliga platser för båda könen. Andra barn och ungdomar i skolan (eller på en arbetsplats exempelvis under sommaren) var de vanligaste förövarna av fysiska övergrepp för såväl pojkar som flickor. Även när det gällde övriga former av utsatthet spelade andra barn och ungdomar en framträdande roll, vid sidan av vuxna personer som föräldrar och främlingar.

De som hade varit utsatta för övergrepp, kränkningar, försummelse och egendomsbrott hade vid intervjutillfället sämre psykisk hälsa och andra beteendeproblem än de som inte hade varit det. Det gällde särskilt för dem som berättade om flera olika former av utsatthet.

Dessa resultat pekar på viktiga utmaningar för vården, omsorgen och andra verksamheter som möter barn och unga. Det handlar inte minst om betydelsen av att förebygga, men också om att tidigt upptäcka pojkar och flickor som är utsatta på flera olika sätt och ge dem rätt stöd i förhållande till deras erfarenheter och upplevelser [16]. Det understryker i sin tur vikten av kunskap om riskfaktorer och av en väl fungerande samverkan mellan de verk-

samheter och professioner som möter barn i de olika sammanhang där de kan vara utsatta för övergrepp, kränkningar, försummelse och egendomsbrott.

Fler barn än vad som varit känt växer upp med missbruk och sjukdom i familjen

Barn vars föräldrar har fysiska, psykiska eller sociala problem är en annan sårbar grupp, där såväl placeringar i heldygnsvården som psykisk ohälsa är vanligare än bland andra barn och unga. Verksamheter som kommer i kontakt med föräldrarna behöver därför i högre grad uppmärksamma hur deras situation påverkar barnen och ha en handlingsberedskap för hur man ska tillmötesgå barnens behov [17].

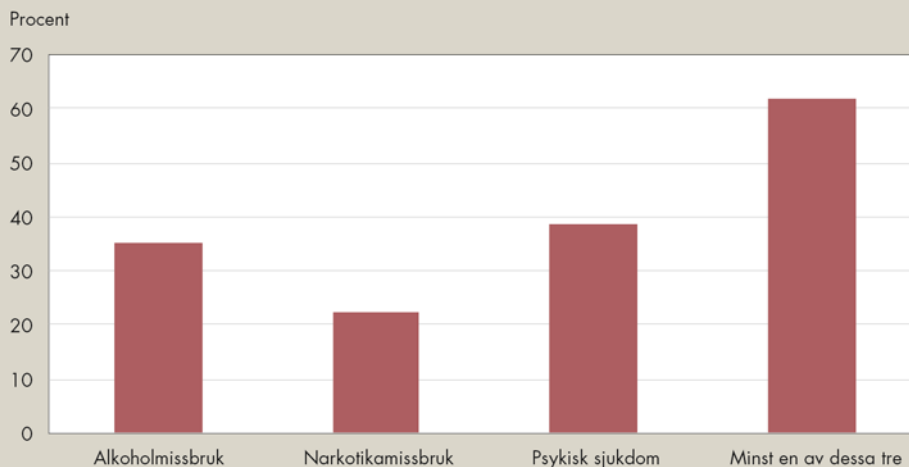
Sedan 2011 pågår en nationell satsning för att stödet till dessa barn ska bli mer ändamålsenligt och bättre samordnat mellan olika aktörer. Satsningen gäller barn och unga i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, och när en förälder oväntat avlider eller där det förekommer våld [1]. Mindre studier av olika verksamheters arbete för att stödja dessa barn bekräftar att beredskapen är begränsad för att stödja dessa grupper av barn med dokumenterat högre risk för egen ohälsa [18, 19].

Den första samlade kartläggningen, som bygger på analyser av registerdata, visar att fler barn och unga än vad som tidigare varit känt lever i hem med missbruk eller allvarlig sjukdom. Nästan 8 procent av de barn som föddes 1987–1989 hade minst en förälder som vårdats inlaggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika under barndomen, det vill säga innan de hade fyllt arton år. Under ett enskilt år handlar det om cirka 26 000 barn som har minst en förälder som vårdas på sjukhus grund av psykisk sjukdom eller missbruk.

Missbruk, sjukdom och dödsfall hos föräldrar drabbar framför allt barn som befinner sig i en utsatt social position i det svenska samhället. Föräldrars missbruk eller psykiska sjukdom är också vanliga orsaker till att barn placeras i familjehem eller HVB i Sverige (figur 4:5). Av barn som vårdats mer än fem år i den sociala dygnsvården har 61 procent åtminstone en förälder som vårdats inlaggande på grund av missbruk eller psykisk sjukdom, och 23 procent har en förälder som har avlidit innan barnet fyllt arton år [20].

Figur 4.5. Barn som har en pappa eller mamma som vårdats inneliggande på sjukhus för missbruk och/eller psykisk sjukdom under deras barndom

Andel barn födda 1973–1989 som varit placerade i socialtjänstens heldygnsvård.



Källa: Hjern A, Manhica H A. Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitet och Chess; 2013.

Ensamkommande barn behöver mer individualiserat stöd

Antalet ensamkommande barn och unga som ansöker om asyl i Sverige har ökat kraftigt under senare år, från knappt 400 år 2004 till drygt 3 500 år 2012 [7]. Migrationsverket har det övergripande ansvaret för mottagandet, medan socialnämnden ansvarar för att de ensamkommande barnen och unga får det stöd av samhället som de behöver [8].

De flesta ensamkommande asylsökande är tonåriga pojkar eller unga män. Enligt Socialstyrelsens beräkningar var drygt 25 procent under 16 år när de kom till Sverige, drygt 30 procent var 16 år gamla, knappt 30 procent var 17 år och 8 procent var mellan 18 och 20 år gamla.

Ensamkommande barn och unga behöver insatser från flera aktörer, exempelvis skolan och socialtjänsten, vilket kräver samverkan för att barnets eller den unges behov och rättigheter ska tillgodoses på bästa sätt. De har många vuxna stöd- och resurspersoner runt sig, men riskerar att förbli ensamma om ingen har eller tar det övergripande ansvaret för deras vardagsliv i Sverige. För att ensamkommande barn och unga ska få en verklig möjlighet till delaktighet och medinflytande i frågor som berör dem, behöver också tolk användas i större utsträckning än vad som sker i dag.

Vård, omsorg, utbildning och andra insatser för ensamkommande barn och unga behöver också bli mer individanpassade, det visar en kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört. Dessutom behöver det emotionella stödet i vardagen bli bättre, liksom tillgängligheten till psykiatriskt stöd eller behandling för de som lider av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen rekommenderar pla-

cering i familjehem och mindre, mer familjelika hem för vård eller boenden (HVB), liksom olika former av stödboenden efter avslutad placering i HVB. För ensamkommande barn och unga är det viktigt med ett eget rum i boendet [21]. En studie av samtliga sjätte- och niondeklassare som gjordes i Sverige år 2009, visade att elever med flyktingursprung som inte bodde med sina föräldrar, rapporterade mycket höga nivåer av psykisk ohälsa [22].

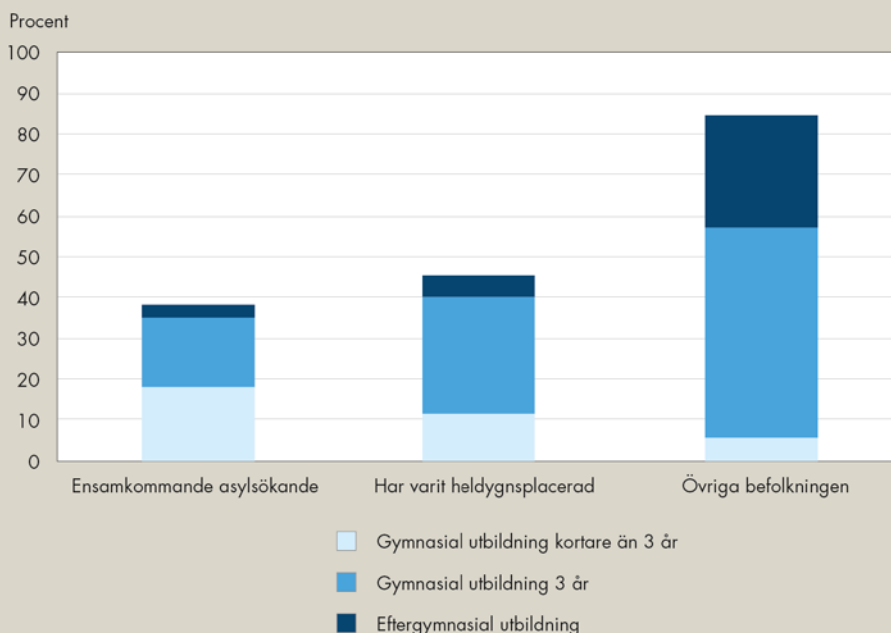
Socialstyrelsens studier visar att förskrivningen av psykofarmaka är betydligt högre bland dem som är placerade på institution, jämfört med andra grupper av barn [13]. De har också i lägre omfattning en psykiatrisk diagnos vid förskrivning av psykofarmaka [1]. Resultaten baseras på registeranalyser och det är ännu inte klart vad som ligger bakom dessa skillnader. I dag är drygt hälften av alla ungdomar som är placerade på institution ensamkommande asylsökande, men ännu finns inga specifika uppgifter om deras psykofarmakaanvändning. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en fördjupad studie av användningen av psykofarmaka bland placerade barn och unga. Resultaten av studien kommer att redovisas i oktober 2014. Socialnämnden ansvarar för placerade barns och ungas utbildning, och därmed även för ensamkommande barns skolgång. Skolverket och Skolinspektionen har funnit att kommuners sätt att hantera nyanländas skolgång är mycket olika. De nyanlända eleverna får inte heller alltid den undervisning de har rätt till [8].

Bland ensamkommande asylsökande som fått uppehållstillstånd och som bott i Sverige i minst fem år hade 38 procent vid 22 års ålder uppnått en utbildning som motsvarade minst gymnasienivå (figur 4:6), enligt Socialstyrelsens beräkningar. Motsvarande andel bland jämnåriga i övriga befolkningen var 84 procent. Andelen skilde sig inte åt mellan dem som placerats i familjehem och dem som bodde på HVB.

Bland de ensamkommande asylsökande var de kortare gymnasieutbildningarna vanliga, exempelvis samlat betygsdokument, Komvux eller olika arbetsmarknadsutbildningar. Andelen ensamkommande som uppnått minst en treårig gymnasieutbildning var 20 procent, jämfört med 79 procent i övriga befolkningen. Motsvarande andel bland andra jämnåriga som haft heldygnsinsats i familjehem eller på institution, och som inte räknades som ensamkommande asylsökande enligt beräkningarna här, var 34 procent (figur 4:6).

Figur 4.6. Utbildningsnivå vid 22 års ålder

Andel med minst gymnasieutbildning bland unga som varit heldygnsplacerade, varav ensamkommande asylsökande* redovisas separat, samt övriga befolkningen. Födda 1988–1990, åren 2010–2012.



* Ensamkommande asylsökande som fått uppehållstillstånd och varit i Sverige minst 5 år.

Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kunskapsbaserad vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning.

Fler kommuner använder standardiserade bedömningsmetoder

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar på en ökning i användandet av evidensbaserade metoder. Socialstyrelsen kan konstatera att utvecklingen är positiv, samtidigt visar resultaten i årets lägesrapport på behov av förbättringar. Allt fler kommuner och stadsdelar använder standardiserade bedömningsmetoder, men variationen är betydande mellan olika användningsområden. Medan 78 procent använde standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av barn och unga med missbruk eller andra sociala problem, var det bara 7 procent som använde standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av föräldraförmåga och familjeklimat.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn och ungdomsvården visar att:

- inom den strukturerade öppenvården använde 42 procent av kommunerna manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn och unga i familjer med psykosocial problematik
- 57 procent av kommunerna tillhandahåller öppenvård som biståndsbeslutad insats genom manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt och normbrytande beteende
- knappt 30 procent använde manualbaserad psykosocial behandling för ungdomar med antisocialt eller normbrytande beteende.

När det gäller systematisk uppföljning var andelarna lägre. Det var 39 procent av kommunerna som sade att de hade följt upp resultat av insatser i öppenvård på gruppnivå, och 23 procent att de hade gjort sådana uppföljningar av dygnsvården [15]. Dessutom uppgav 30 procent av kommunerna att de hade gjort systematisk uppföljning på gruppnivå av insatser till barn som bevittnat våld [23].

Nyrekryteringar en utmaning inom social barn- och ungdomsvård

Det finns flera utmaningar för att säkerställa kompetensen i den sociala barn- och ungdomsvården, det visar en kartläggning som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomförde 2013.

Av det totala antalet sysselsatta handläggare var minst var tredje nyanställd. Uppgiften är inget mått på personalomsättning, eftersom det är okänt om de nyanställda har ersatt personer som slutat eller om nyanställningen är ett resultat av ökningar av personalstyrkan. Däremot säger den något om omfattningen av uppgiften att ta emot och introducera och eventuellt också skola in nya medarbetare. Det säger också något om hur situationen ser ut när det gäller den tillgängliga arbetskapaciteten för att handlägga och följa upp barn- och ungdomsvårdsärenden.

Arbetet med rekrytering och inskolning av nya medarbetare är ojämnt fördelat mellan kommunerna. I en femtedel av de svarande kommunerna hade bara en enstaka eller ingen rekrytering ägt rum, medan hälften eller mer än hälften av arbetsstyrkan hade rekryterats under 2012 och de första tre månaderna 2013 i en fjärdedel av kommunerna [24].

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger också en bild av de utmaningar som möter kommunerna när det gäller kompetensen inom socialtjänsten. I slutet av 2012 uppgav 47 procent av kommunerna att de hade individuella kompetensutvecklingsplaner för handläggarna inom barn- och ungdomsvården, men bara 19 procent sade att de hade en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling [15]. I början av 2013 uppgav 31 procent av kommunerna att de hade en aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling för stöd till barn som bevittnat våld [23].

Regeringen har under 2013 inlett en satsning på kompetensutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen har i ett första steg kunnat fördela statsbidrag på 20 miljoner kronor för inventering av kompetensläge och kompetensbehov, och 37 miljoner kronor för lokala utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser [25]. Eftersom det inte genom-

förts någon utvärdering av satsningen kan Socialstyrelsen inte uttala sig om några resultat.

Bristande kompetens på HVB

Personalens kompetens är en viktig indikator för kvalitet i vården på HVB, vilket var ett granskningsområde för Socialstyrelsens tillsyn under 2012. Resultat och erfarenheter av det arbetet har sammanställts av IVO, som bedömer att kvaliteten i den vård som erbjuds på HVB i många fall kan ifrågasättas.

Granskningen visar att hälften av personalen saknar utbildning med inriktning mot vård och behandling av barn och ungdomar, och att drygt en tredjedel saknar utbildning utöver gymnasiet. Dessutom tycktes många verksamheter sakna tillräcklig kunskap om metoder i arbetet och välja metoder och arbetssätt utan vetenskapligt stöd. Manualbaserade förhållningssätt och förhållningssätt var mindre vanliga på HVB med inriktning på ensamkommande barn än på övriga HVB.

IVO konstaterar att personal med relevant grundutbildning har större förutsättningar att välja rätt behandlingsinsats, tillämpa en metod som den är tänkt att tillämpas, och överhuvudtaget hjälpa barnet. En eftergymnasial utbildning med inriktning mot socialt eller pedagogiskt behandlingsarbete skulle kunna ge de grundkunskaper som krävs, bedömer IVO [26].

Socialstyrelsen har i en kartläggning av ensamkommande barns och ungas behov pekat på att det behövs ytterligare analyser och utvärderingar av om de metoder och insatser som används för dem bygger på forskning och har avsedd effekt [21].

Sårbar bemanning inom barn- och ungdomspsykiatri

I den senaste uppföljningen som Socialstyrelsen gjorde som en del av regeringens tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa påtalade alla landsting sårbarheten i bemanningen inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Flertalet landsting har haft vakanser under året och svårigheter att rekrytera barnpsykiatriker, i synnerhet erfarna barnpsykiatriker. Det har också varit svårt att rekrytera erfarna psykologer och psykologer med psykoterapeutisk examen [27].

De metoder som används för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga och för att få tidiga insatser mot psykisk ohälsa saknar till stor del stöd i forskningen. En fortsatt kunskapsutveckling inom dessa områden är därför angelägen, liksom fortsatta genomgångar av kunskapsläget [28, 29].

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på lagen samt vara tydlig och förutsägbar.

Särskilda risker vid läkemedel till barn

Socialstyrelsen anser att läkemedelsbehandling till barn ur ett patientsäkerhetsperspektiv behöver utvecklas. Precis som för vuxna är läkemedel en vik-

tig behandlingsmetod för barn och unga under 18 år, men den är också förknippad med stora risker. Särskilda risker är dock förknippade med att ge läkemedel till barn och unga under 18 år. Ofta saknas det dokumentation om dosering, effekt och säkerhet för dessa patienter, och många läkemedelsordinationer till barn görs utanför de godkända indikationerna (så kallad off-label). I brist på vetenskaplig dokumentation vilar läkemedelsbehandling av barn därför förhållandevis tungt på beprövad erfarenhet och egna rutiner som barnläkarkåren har utvecklat. Läkemedelsbehandling av barn kräver också kunskap om de förutsättningar som gäller för barn i olika åldrar. Barn omsätter till exempel läkemedel olika snabbt beroende på var de befinner sig i tillväxtkurvan. Även läkemedlens biverkningar kan yttra sig på olika sätt beroende på barnets ålder och utveckling [1]. Ett initiativ för att samla erfarenhetsbaserad kunskap om läkemedelsbehandling av barn pågår på Astrid Lindgrens barnsjukhus, där en databas (ePed) har utvecklats som kan användas som ett administrativt stöd för läkemedelsordination och hantering.

Andra övergripande patientsäkerhetsfrågor behandlas i kapitlet om hälso- och sjukvård.

Rättssäker utredning och dokumentation

En rättssäker handläggning av ärenden och att sätta barnets behov i centrum är viktiga grundförutsättningar för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården. Ett sätt att göra en rättssäker bedömning är att använda handläggnings- och dokumentationssystemet *Barns behov i centrum* (BBIC), som främjar en helhetssyn och kontinuitet i myndighetsutövningen [30]. I slutet av 2013 hade drygt 240 kommuner ordinarie licens för BBIC, vilket var en ökning med omkring 30 kommuner sedan året innan. Endast 5 kommuner i landet använder inte BBIC alls.²⁵

År 2012 uppgav 74 procent av landets kommuner och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm att de hade rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp [15].

Fler brister i HVB för ensamkommande barn

Ett HVB får ha ordningsregler för ungdomar som vistas där, men reglerna får inte innebära inskränkningar i grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Det får inte heller förekomma inslag i behandlingen som kan uppfattas som tvång eller vara förknippade med hot om sanktioner. De HVB där sådana brister uppmärksammas har ålagts av tillsynsmyndigheten att upphöra med restriktioner och sanktioner och att omarbete sina ordningsregler. IVO bedömer att de flesta HVB numera är medvetna om att de åtgärder som är tillåtna på en SiS-institution inte är lagliga i kommunala eller privata verksamheter [26]. IVO:s tillsyn har återkommande funnit fler brister i HVB för ensamkommande barn än på andra HVB. En förklaring till kvalitetsbristerna är att behovet av nya HVB för barn som kommer till Sverige utan sina vårdnadshavare ökade under kort tid. Ibland har kommuner startat HVB med kort varsel,

²⁵ För antal licenser: sök på BBIC i DHS.

utan att de ansvariga och personalen har satt sig in i vilka bestämmelser som gäller. I de enskilda verksamheterna har de flesta kvalitetskraven gjorts tydliga redan i tillståndsprövningen, medan huvudmännen för de offentliga verksamheterna uppmärksammas på kraven först vid tillsynens inspektioner. IVO:s intryck är dock att kvaliteten generellt sett har blivit bättre. Kunskapen om bestämmelserna har ökat och brister har åtgärdats.

På SiS-institutionerna har tillsynen uppmärksammat brister i hur beslut om särskilda befogenheter dokumenteras och i hur ungdomarna underrättas om besluten. Följsamheten till tillsynens krav kan skilja mellan olika SiS-institutioner, och även mellan avdelningar på samma institution [26].

Ensamkommande barn som avviker riskerar att bli offer för människohandel

Många ensamkommande barn avviker från sin placeringsort. Ungefär 10 procent av de 3 578 barn som kom till Sverige 2012 rapporterades senare som avvika. Det finns en överhängande risk för att dessa barn på olika sätt kan komma att utnyttjas som papperslös svart arbetskraft, eller bli offer för människohandel. I en nationell kartläggning som genomförts av Länsstyrelsen i Stockholms län har totalt 166 barn registrerats som misstänkta offer för människohandel eller människohandelsliknande brott under 2009–2011. De flesta barnen vistades i kommunerna som ensamkommande [21].

Socialstyrelsen bedömer att ensamkommande barn och unga som avviker från sin placeringsort är något som behöver belysas ytterligare. Det kan bland annat göras genom att större uppmärksamhet ges åt behoven hos de barn och ungdomar som ska överföras till ett annat Dublinland eller som har fått avslag på sin asylansökan²⁶.

I Stockholmsområdet finns det ett handlingsprogram upprättat mellan socialtjänsterna i ett par grannkommuner, Migrationsverket och Gränspolisens. Syftet med handlingsprogrammet är att samordna de åtgärder som behöver vidtas när ett ensamkommande barn avviker. För att stärka skyddet för ensamkommande barn och ungdomar som avviker har vissa kommuner infört som rutin att inte avsätta den gode mannen²⁷ trots att barnet har avvikit [21].

Lex Sarah-anmälningar

I 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL och i 24 b–24 g §§ och 23 e § LSS finns bestämmelserna om lex Sarah. Lex Sarah gäller även för verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse. Enligt lex Sarah ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och

²⁶ Dublinförordningen (se Europeiska rådets förordning (EG) nr 343/2003) gäller i EU:s medlemsländer samt i Norge, Island, Liechtenstein och Schweiz. Genom Dublinförordningen reglerar länderna vilket land som ska ansvara för asylprövningen.

²⁷ Den gode mannen träder in i både vårdnadshavarens och förmyndarens (oftast föräldrars) ställe och ska därmed ansvara för barnets personliga förhållanden och sköta dess angelägenheter. Däremot ska god man inte sköta barnets dagliga omvårdnad och tillsyn och är inte heller försörjningspliktig för barnet.

omsorg (IVO). Socialstyrelsen har därefter tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah genom (SOSFS 2011:5).

Under perioden januari–november 2013 har Socialstyrelsen och IVO fattat beslut i drygt 50 ärenden²⁸ som avsåg anmälningar enligt lex Sarah som gäller vård och omsorg om barn och unga. Även om dessa anmälningar endast utgjorde omkring 8 procent av alla lex Sarah-anmälningar till tillsynsmyndigheten, var det ändå fler än under 2012. Nästan hälften av de beslutade anmälningsärendena avseende vård och omsorg till barn och unga gällde socialtjänstens myndighetsutövning, medan mindre andelar gällde HVB och SiS särskilda ungdomshem. De vanligaste orsakerna till missförhållandet var brister i rutiner och riktlinjer, kommunikation samt organisation, bemanning och arbetsledning.

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad.

Oklart om barnets bästa i praktiken

Att vården och omsorgen utgår från enskilda barns och ungas behov och ger dem möjligheter att komma till tals, är en del av arbetet både för en evidensbaserad praktik och en säker vård och omsorg. Vid en evidensbaserad praktik ska den berörda individens situation särskilt vägas in. Krav på att verksamheter ska arbeta för barnets bästa och låta barn komma till tals i ärenden som rör dem finns i flera lagar inom det sociala området. FN:s konvention om barnets rättigheter är en viktig utgångspunkt i allt detta arbete.

Barnkonventionen används allt mer på policynivå av lagstiftare, statliga myndigheter, regionala och lokala huvudmän samt av olika professioner. Särskilt barnkonventionens artiklar om barnets bästa och barnets rätt att komma till tals har lett till ett utvecklingsarbete inom socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsområdet [31].

Det är dock oklart hur långt användningen av barnkonventionen kan följas i enskilda beslut som gäller barn. Regler om exempelvis barnets bästa och barnets rätt eller möjligheter att komma till tals är utformade på olika sätt i lagarna inom det sociala området. Exempelvis anges i 1 kap. 2 § SoL att vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas och att vad som är bäst för barnet ska vara avgörande vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn. Av 11 kap. 10 § SoL följer också att när en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Några motsvarande bestämmelser finns inte i HSL, även om Patientmaktsutredningen har föreslagit en reglering av barnets bästa också där [31]. I slutet av 2012 uppgav 43 procent av kommunerna att de hade undersökt och använt barns och föräldrars upp-

²⁸ Avser inkomna ärenden där Socialstyrelsen/IVO har fattat beslut och där de regionala tillsynsenheterna inrapporterat data som översänts till Socialstyrelsen/IVO. Under hela 2013 fattades det beslut i 110 ärenden inom området barn och unga, vilket är en ökning cirka 30 ärenden jämfört med föregående år. Analysen i detta avsnitt grundar sig endast på beslutade och inrapporterade ärenden perioden 1 januari–1 november 2013.

fattning för att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården. Skillnaderna var stora mellan kommunerna [15].

Socialstyrelsen kartlade 2011 kommunernas styrdokument för ekonomiskt bistånd. Barnperspektivet nämndes i 80 procent av de granskade styrdokumenterna, men beskrevs utförligt endast i en fjärdedel av dem. Ett specifikt barnperspektiv – det vill säga vad som är bäst för det enskilda barnet – anläggs sällan konsekvent i särskilda delar och behovsposter som umgängesresor, hyresskulder och vräkningar och dator och Internet. Det finns positiva exempel på välutvecklat arbete med barnperspektiv i styrdokumenterna, men Socialstyrelsens slutsats är att barnperspektivet i många fall endast omnämns som en formsak utan att omsättas i konkret handling. Resultaten från kartläggningen stärks av iakttagelser från den sociala tillsynen [32]. Samtidigt använde nästan 69 procent av landets kommuner år 2012 en strukturerad utredningsmall som omfattar området ”Barns situation och sysselsättning” som stöd för handläggaren vid utredningar inom ekonomiskt bistånd [33].

Tanken är att barn med funktionsnedsättning, precis som andra barn, ska kunna få växa upp hos sina föräldrar. Men om detta inte är möjligt, till exempel för att barnet har stort omvårdnadsbehov, kan barnet erbjudas insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Bostaden bör vara utformad som en vanlig bostad och fungera så hemlikt som möjligt [Prop. 1992/93:159 s. 80]. I *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* står det också att barn som inte kan bo hemma ändå ska bo i en familjeliknande miljö [artikel 23, femte punkten].

Socialstyrelsen rekommenderar därför små grupper med två till fyra platser i bostäder med särskild service enligt 9 § 8 LSS (SOSFS 2012:6). Om syftet med insatsen är att möjliggöra skolgång på annan ort (internatboende), kan fler barn och ungdomar bo tillsammans, under förutsättning att var och en tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Högsta förvaltningsdomstolen har i en dom uttalat att en bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS i vissa fall kan ha tolv platser om det är förenligt med kvalitetskraven i 6–7 § LSS [34]. Ett av kvalitetskraven är att när åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Det aktuella boendet som togs upp i målet var avsett för normalbegåvade ungdomar med autismspektrumstörning, som studerar vid en gymnasieskola eller deltar i praktik utanför själva boendet [HFD 2013-07-01, mål nr. 3450-12 respektive mål nr 3452-12].

Regeringens barnrättighetsutredning ser nu över behovet av ytterligare åtgärder för att införliva FN:s barnkonvention i svensk lagstiftning och rättstillämpning.

Barn och unga på HVB trivs – men det är tveksamt om de får hjälp

Samtal med placerade barn och unga är en viktig del av tillsynen HVB. Barn och ungdomar ges möjlighet att prata med inspektören och berätta hur de har det.

IVO har nyligen sammanfattat resultat och erfarenheter från de inspektioner som man har genomfört under åren 2010–2013. IVO konstaterar att de flesta barn och unga på HVB säger att de känner sig trygga och att de upplever vistelsen som meningsfull. Trots att ungdomarna på SiS-institutioner kan genomgå yttlig kroppsbesiktning, drogtester och andra begränsningsåtgärder är även dessa ofta positiva till vistelsen. Men det finns också ungdomar som inte är nöjda och som framför klagomål vid tillsynens inspektioner.

Tre fjärdedelar av barn och unga på HVB bedöms vara delaktiga i verksamheten. Flertalet barn och unga känner också sin socialsekreterare, som de har regelbunden kontakt med. Men inspektörerna har mött ungdomar som varit besvikna på socialsekreterare som är svåra att nå och inte ringer tillbaka. Ensamkommande barn och unga är inte delaktiga i samma grad som övriga barn och unga på HVB, har inte samma förutsättningar att ha kontakt med sin socialsekreterare och känner i mindre utsträckning till sin genomförandeplan.

Sedan 2013 kompletteras tillsynens samtal med en enkät till barn och unga om hur trygga de är på sitt HVB och om de tycker att de får vara delaktiga. De flesta som besvarar enkäten berättar att personalen lyssnar, visar dem respekt och finns till hands dygnet runt. De uppger också att de är nöjda med skola och fritidsaktiviteter. De ungdomar som är missnöjda säger ofta att de inte känner till planeringen av sin behandling och att de saknar förtroende för personalen. De berättar om personal som inte tar sig tid att prata med dem, att de inte får hjälp och inte får lära nya färdigheter. Några anser att det är för lite personal, framförallt på kvällarna. Ungdomar är också ibland missnöjda för att de inte får gehör för sina synpunkter. Minst nöjda med delaktigheten och med om personalen lyssnar på deras synpunkter och klagomål är ungdomarna på SiS-institutioner.

IVO konstaterar att de flesta barn och unga som de har träffat trivs – men att det är tveksamt om de får rätt hjälp med tanke på den bristande kompetensen och metodkunskapen på många HVB som IVO också konstaterat [35].

Tillsynsombud stödjer barn i familjehem

Mellan 2010–2013 har det pågått en försöksverksamhet där tillsynsinspektörer har varit ombud för barn och unga i familjehem, så kallade tillsynsombud. Tillsynsombudens uppdrag har varit att fokusera på barnen och att skilja på rollen som inspektör och projektets uppdrag. De har ansvarat för att ha kontakter och skapa en relation med de barn och unga som tackat ja till att vara med i försöket.

Resultaten hittills visar att de flesta barnen är nöjda med sitt tillsynsombud, även om ombudet inte har inneburit någon påtaglig skillnad för dem. Tillsynsombud har dock rapporterat att de har kunnat medverka till förändringar i placeringen av barn. Tillsynsombuden bedömer också att alla placerade barn bör erbjudas ett eget ombud som enbart har fokus på barnet och kan bevaka att barnperspektivet och barnets röst beaktas [36].

Information om läkemedelsbiverkningar är ett förbättringsområde inom barnsjukvården

Våren 2013 genomfördes den andra mätningen med Nationell patientenkät inom barnsjukvården. Avsikten var att fånga målsmans eller vårdnadshavares erfarenheter av och synpunkter på vården, utifrån sitt barns perspektiv. Barn till och med 17 år ingick i mätningen som omfattade barnmottagningar och barnavdelningar i samtliga landsting eller regioner, samt 11 landsting eller regioner med renodlade barnakutmottagningar. Svarsfrekvensen var cirka 50 procent, vilket innebär att det inte går att dra alltför långtgående slutsatser av resultaten.

Föräldrarna var överlag mycket nöjda och tyckte att barnen blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. De flesta upplevde att de fick tillräckligt med tid hos läkaren och att de fick svar som de förstod på sina frågor. Samtidigt uppgav många föräldrar att de inte hade blivit uppmärksammade på eventuella biverkningar av sitt barns nya läkemedel. Andra förbättringsområden för barnsjukvården är, enligt resultaten, möjligheten att påverka tidpunkten för vårdtillfället och varningssignaler på en försämring av hälsotillståndet som familjen eller barnet ska vara uppmärksamma på [37].

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Som framgått i detta kapitel finns det flera viktiga skillnader inom vården och omsorgen av barn och unga. Det gäller skillnader inom landet såväl som mellan pojkar och flickor och mellan andra grupper, till exempel placerade barn och unga i förhållande till deras jämnåriga. Trots detta är jämlikheten i vårdens och omsorgens insatser till barn och unga mindre studerad och analyserad i Sverige än sociala skillnader i hälsa och välfärd bland barn och unga. Det finns starka skäl att betona vikten av att bedriva fortsatta och fördjupade analyser också av jämlikheten i vården och omsorgen för att möta olika hälso- och välfärdsproblem.

Hälso- och sjukvården har flera verksamheter (mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagningar) som regelbundet träffar flertalet barn och unga och är inriktade på att förebygga ohälsa. Dessa verksamheter har stor betydelse för att utjämna sociala skillnader i hälsa. Men trots god regional täckning finns det ändå grupper som inte når i tillräckligt stor utsträckning. Exempelvis behöver barnhälsovården utveckla ytterligare insatser för att förebygga psykisk ohälsa bland barn i utsatta familjer [1].

Andra verksamheter inom vården och omsorgen är särskilt inriktade på att upptäcka utsatthet hos barn och unga och att ge stöd och skydd. Dessa verksamheter står inför fortsatt stora utmaningar för att ge utsatta barn och unga goda förhållanden, både på kort och på lång sikt.

Rättigheter och förhållanden för placerade barn och unga har varit i fokus under senare år. Dessa barn och unga har ofta sämre hälsa, både psykisk och somatisk, än övriga i åldersgruppen. Dödligheten är nära fem gånger så hög bland unga som är eller har varit placerade jämfört med andra i ålders-

gruppen 15–24 år. Vidare är det två till tre gånger så vanligt med låga betyg hos placerade barn jämfört med andra jämnåriga med samma begåvningsnivå. De placerade barnen har dessutom betydligt lägre utbildningsnivå i vuxen ålder än andra jämnåriga. Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen rekommenderat bättre samverkan mellan kommuner, landsting och andra aktörer, samt tidiga satsningar på barn och ungas uppväxtmiljö, hälsa och utbildning [1, 13].

Att hälso- och sjukvården för ensamkommande barn och unga inte är likvärdig i landet har framkommit vid en kartläggning som Socialstyrelsen gjort. På många håll är det svårt att remittera ensamkommande barn till barn- och ungdomspsykiatri (BUP), både för akuta behov av vård och för längre tids behandling och uppföljning. Vissa BUP-mottagningar tar inte emot ungdomar som fyllt 16 år för nyinskrivning och vissa tar inte emot barn och ungdomar som befinner sig i en asylprocess. Detta skapar ett behandlingsvakuum för de barn och unga som blir utan vård. Även den somatiska vården framstår som fragmentarisk i förhållande till ensamkommande barns behov [21].

Tillgänglig vård och omsorg

Väntetiderna till BUP har inte förbättrats

Under 2007–2012 har landstingen fått 1,3 miljarder kronor i statsbidrag med syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen har baserats på årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL. Från 2009 har satsningen varit prestationsbaserad och kopplad till överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti för målgruppen. Den förstärkta vårdgarantin innebär att barnet ska få komma på ett första besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar, och därefter till fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. I de årliga överenskommelserna för 2011–2013 har samma målnivåer använts för det prestationsbaserade bidraget. För att uppfylla det första målet ska 90 procent av patienterna ha fått ett första besök inom 30 dagar och för att uppfylla det andra ska 80 procent av patienterna ha fått påbörja en beslutad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Väntetiderna till BUP har inte förbättrats under 2012–2013. År 2011 klarade 14 av 21 landsting båda målen för samtliga krav i måluppfyllelsen av den förstärkta vårdgarantin. År 2012 klarade 13 av 21 landsting båda målen för samtliga krav, och år 2013 klarade 14 landsting båda målen för samtliga krav. Resultatet för 2013 visar sammantaget på ett sämre resultat jämfört med de två föregående åren. Av tabell 4:1 framgår att Värmland, Dalarna och Västerbotten fortsatt har stora svårigheter att uppfylla målen. Några av de landsting som inte klarat den förstärkta vårdgarantin har också en hög andel patienter som har väntat längre än 90 dagar, det vill säga över gränsen för den nationella lagstadgade vårdgarantin (4 § och 3 g–3 h § (1982:763), HSL).

Tabell 4:2. Upppfyllelse tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri, genomsnitt januari-oktober 2012 och januari-oktober 2013. Procent.

	Genomförda första besök		Start av fördjupad utredning eller behandling	
Landsting	Inom 30 dagar, andel i procent		Inom 30 dagar, andel i procent	
	2012	2013	2012	2013
Stockholm	91	92	68	75
Uppsala	95	91	93	94
Sörmland	95	93	99	98
Östergötland	99	95	98	98
Jönköping	91	97	94	96
Kronoberg	90	97	65	56
Kalmar	99	97	97	97
Gotland	97	98	99	94
Blekinge	98	99	98	98
Skåne	90	92	92	95
Halland	96	92	72	72
Västra Götaland	92	89	86	88
Värmland	68	35	94	23
Örebro	85	92	85	94
Västmanland	96	98	87	93
Dalarna	63	51	77	38
Gävleborg	84	93	70	85
Västernorrland	91	94	95	92
Jämtland	95	94	98	93
Västerbotten	32	40	33	26
Norrbotten	91	90	89	81
Riket	88	88	79	82

Kommentarer

Landsting som inte har klarat måluppfyllelsen 2012 och 2013 är fetmarkerade. Följande målnivåer gäller: 90 procent för genomförda första besök respektive 80 procent för start av fördjupad utredning eller behandling.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

Utöver prestationskraven har överenskommelsen mellan staten och SKL för 2013 även omfattat två grundkrav, som landsting och regioner måste uppfylla för att få ta del av medlen. Dels ska det finnas överenskommelser samt handlingsplaner om samverkan kring barn, unga och vuxna med psykisk funktionsnedsättning, dels ska landsting och kommuner tillhandahålla webbaserad information eller motsvarande om vart barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård, stöd och hjälp. Socialstyrelsen har bedömt att samtliga landsting har uppfyllt båda grundkraven och att de allra flesta kommuner har gjort det. Flera av de godkända webbsidorna har dock brister och Socialstyrelsen har inte granskat hur lättillgänglig informationen är. Det är därför viktigt att utvecklingen av webbsidorna fortsätter [38].

Landstingen ger blandat ”ris och ros” för tillgänglighetssatsningen. Flera anser att statsbidraget är ovärderligt för att de ska kunna klara tillgängligheten, det har varit positivt för att klara de personalförstärkningar som behövs och för att förändra arbetssätt och verksamhetsstrukturer. Flera landsting menar också att målet att ett barn inte ska behöva vänta länge på ett första besök är bra. Samtidigt uttrycker många landsting en oro över negativa effekter av målet om en påbörjad fördjupad utredning eller behandling. Kritiken handlar bland annat om negativa effekter på behandlingsinsatserna, genom att fokus riktas mot tillgänglighet i form av kvantitet och inte på kvalitet i utredningar och behandlingar. Några landsting framför också kritik mot hur och vad man mäter, som till exempel enbart starten av utredningen och behandlingen [27].

Den sociala barn- och ungdomsvården

Allt fler kommuner uppger att de har professionellt bemannad socialjourverksamhet för barn- och ungdomsärenden utanför kontorstid. I slutet av 2012 svarade 66 procent av kommunerna att de hade sådan verksamhet. Två år tidigare var det bara 45 procent som sade att de hade en professionellt bemannad socialjour.

Allt fler kommuner har också information om den sociala barn- och ungdomsvården på sin webbplats. I slutet av 2012 hade 86 procent information på webben om hur man anmäler att barn far illa, 73 procent om hur man kan framföra synpunkter och klagomål, 71 procent om vart man vänder sig efter kontorstid om man behöver akut hjälp och 38 procent om hur man överklagar ett beslut. Inom ett par områden har informationen på webben dock minskat. Det gäller information om vad det innebär att vara exempelvis kontaktperson, kontaktfamilj eller familjehem och om möjligheterna att göra en intresseanmälan om detta på webben [15].

Tillgången till information utformad direkt för barn och unga är också varierande. Barnombudsmannen har besökt landets 290 kommuner på nätet i syfte att hitta information riktad till denna grupp. Resultatet visade att drygt 57 procent av kommunerna har webbsidor med någon form av riktad information som vänder sig direkt till barn. Det är stor variation på vad denna information innehåller när det gäller tilltal, form, kontaktuppgifter, länkar med mera [39].