

# Utvidgning av MAS uppdrag till den sociala barn- och ungdomsvården

– En analys av om medicinskt ansvarig  
sjuksköterskas uppdrag även bör omfatta den  
sociala barn- och ungdomsvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2017-9-27

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), september 2017

# Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna och de ekonomiska konsekvenserna, samt för- och nackdelar med att utvidga medicinskt ansvarig sjuksköterskas uppdrag till att även omfatta den sociala barn- och ungdomsvården. Denna rapport utgör Socialstyrelsens redovisning av uppdraget. Den riktar sig främst till regeringen men också till de aktörer inom kommuner och landsting och inom den sociala barn- och ungdomsvården som skulle påverkas av en utvidgning av medicinskt ansvarig sjuksköterskas uppdrag. Rapporten kan också bidra till att förtydliga de samverkansmöjligheter som redan idag finns reglerade för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Projektledare har varit Jenny Edelgård. Enhetschef har varit Bitte Fritzson. Vi vill tacka alla de personer som har bidragit med kunskap och värdefulla synpunkter under genomförandet av detta projekt.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Förord .....                                                                  | 3  |
| Sammanfattning .....                                                          | 7  |
| Inledning .....                                                               | 8  |
| Uppdrag .....                                                                 | 8  |
| Genomförande .....                                                            | 8  |
| Definition och avgränsning .....                                              | 8  |
| Rättslig reglering m.m. ....                                                  | 9  |
| Den sociala barn- och ungdomsvården .....                                     | 9  |
| Hälso- och sjukvården .....                                                   | 10 |
| Samverkan .....                                                               | 13 |
| Hälsoproblem hos barn och unga i den sociala barn- och<br>ungdomsvården ..... | 17 |
| Placerade barn och unga har sämre hälsa än andra .....                        | 17 |
| Högre användning av psykofarmaka än andra barn och unga .....                 | 18 |
| Särskilt om hälsan hos ensamkommande barn och unga .....                      | 19 |
| Skillnad i vårdbehov mellan könen .....                                       | 19 |
| Brister och orsaker avseende tillgång till vård .....                         | 19 |
| Synpunkter från samråd och kontakter .....                                    | 22 |
| Analys och förutsättningar – en utvidgning av MAS uppdrag .....               | 24 |
| MAS uppdrag under utredning .....                                             | 24 |
| MAS uppdrag under placering .....                                             | 25 |
| Samråden – förutsättningar och inställning till en utvidgning .....           | 26 |
| Rättsliga förutsättningar och konsekvenser .....                              | 27 |
| Ekonomiska konsekvenser .....                                                 | 28 |
| Konsekvenser för barn och unga .....                                          | 31 |
| Konsekvenser för jämställdhet och jämlikhet .....                             | 31 |
| För- och nackdelar med en utvidgning .....                                    | 32 |
| Slutsatser .....                                                              | 33 |
| Referenser .....                                                              | 35 |



# Sammanfattning

Socialstyrelsen har i denna rapport analyserat om medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) uppdrag bör utvidgas till att även omfatta den sociala barn- och ungdomsvården. Rapporten innehåller en redogörelse för den rättsliga regleringen och de problem som framkommit om bristande hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård för dessa barn och unga. Det har framkommit att barn och unga under utredning och placering har en sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn och unga och att en av de främsta orsakerna till att dessa förhållanden inte åtgärdas är bristande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

I rapporten beskrivs två olika scenarier för hur MAS ansvar vid en eventuell utvidgning skulle kunna se ut. I det ena scenariot skulle det handla om ett ansvar motsvarande MAS idag reglerade ansvar inom bland annat äldreomsorgen. I det andra scenariot skulle det istället handla om att ge MAS ett ansvar med en ny typ av uppgifter än vad MAS har idag. Som exempel på vad sådana uppgifter skulle kunna bestå i anges bland annat att bistå socialtjänsten i arbetet med samverkan med olika huvudmän och med konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens samt med rutiner för hur socialtjänsten ska kunna verka för att barn och unga får den hälso- och sjukvård de behöver.

I analysdelen presenteras bland annat för- och nackdelar med en eventuell utvidgning av MAS uppdrag. Här nämns bland annat att en utvidgning skulle innebära en riktad satsning för att hälso- och sjukvårdsbehov hos barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården uppmärksammas och följs upp. Detta skulle kunna bidra till en förbättrad kontinuitet i hälso- och sjukvården för dessa barn och unga. Samtidigt framhålls att en utvidgning av MAS uppdrag, oavsett enligt vilket scenario, skulle innebära en omfattande reform med en förskjutning av hälso- och sjukvårdsansvaret från landsting till kommun och att det kan ifrågasättas huruvida en sådan reform står i proportion till eventuella fördelar. De problem som framkommit avseende hälso- och sjukvårdsbehov för barn och unga under utredning och placering förefaller vara mer omfattande och komplexa än vad en MAS skulle kunna komma tillrätta med. Det finns dessutom redan idag bestämmelser som delvis syftar till att lösa problemen. Utöver att kommuner och landsting vid behov ska upprätta en individuell plan (SIP) för att tillgodose individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst bör här nämnas de i april 2017 införda bestämmelserna om överenskommelser mellan kommun och landsting och om hälsoundersökning inför placering av barn och unga. Socialstyrelsen har bland annat mot denna bakgrund bedömt att det inte framkommit sådana tydliga fördelar som motiverar en utvidgning av MAS uppdrag till den sociala barn- och ungdomsvården.

# Inledning

## Uppdrag

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna och de ekonomiska konsekvenserna, samt för- och nackdelar med att utvidga MAS uppdrag till att även omfatta den sociala barn- och ungdomsvården (S2016/07779/RS). Syftet är att bidra i det systematiska kvalitetsarbetet samt att avhjälpa brister inom hälso- och sjukvårdsområdet för barn och unga, såväl under utredning som under placering. Uppdraget ska genomföras i samråd med den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (den nationella samordnaren), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och med andra relevanta aktörer.

## Genomförande

Socialstyrelsen har inom ramen för detta projekt samrått med den nationella samordnaren, SKL, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Barnombudsmannen och Statens institutionsstyrelse (SiS) samt med Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAS-MAR. Syftet har varit att ta reda på vilka hälso- och sjukvårdsbrister dessa aktörer främst noterat inom den sociala barn- och ungdomsvården samt om och i så fall hur en MAS skulle kunna bidra för att tillgodose dessa behov.

Socialstyrelsen har även haft kontakt med Cureum som är en privat aktör som bedriver hälso- och sjukvård vid hem för vård eller boende (HVB) samt med ett av de HVB, Njenja, där Cureum bedriver hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har också varit i kontakt med Tjust behandlingsfamiljer som är en privat aktör som arbetar med konsultstödda familjehem. Syftet med dessa kontakter har varit att ta reda på vilken hälso- och sjukvård som i dagsläget bedrivs vid vissa HVB och familjehem.

Socialstyrelsen har genomfört en rättslig utredning och gått igenom befintliga rapporter och litteratur på området.

## Definition och avgränsning

I denna rapport avses med den sociala barn- och ungdomsvården barn och unga som är under utredning enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, placerade i HVB, familjehem, jourhem eller stödboende enligt SoL eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, eller placerade vid sådana särskilda ungdomshem som avses i 12 § LVU.

Barn och unga som är placerade eller under utredning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) omfattas inom ramen för denna rapport inte av begreppet den sociala barn- och ungdomsvården.

# Rättslig reglering m.m.

## Den sociala barn- och ungdomsvården

Socialnämnden ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden (5 kap. 1 § SoL). Nämnden har ett övergripande ansvar för barn och unga under såväl utredning som placering men har, varken under utredning eller placering, något hälso- och sjukvårdsansvar. Barn och unga kan vara placerade under utredningstiden och även byta mellan olika placeringsformer. Nedan följer en översiktlig redogörelse för socialnämndens ansvar för dessa barn och unga.

### Utredning

Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda en utredning om nämnden får in en ansökan eller en anmälan eller på annat sätt får kännedom om något som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § första stycket SoL). Om en anmälan rör ett barn ska nämnden genast göra en bedömning om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd (11 kap. 1 a § SoL). Med utredning avses all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta beslut i ett ärende (prop. 1979/80:1 Om socialtjänsten, Del A s. 562). En utredning ska inte göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet. Den ska vidare bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. I undantagsfall får denna tid förlängas för viss tid (11 kap. 2 § SoL). En utredning bör avslutas när och om det blir klarlagt att det inte behövs någon åtgärd (prop. 1979/80:1 Del A s. 562).

Socialnämndens olika insatser för barn bygger på frivillig medverkan och samtycke, och ska utformas i samråd med barnet och vårdnadshavarna (1 kap. 1 § och 3 kap. 5 § SoL). Socialnämnden har dock, enligt LVU, möjlighet att i vissa fall besluta om insatser även om samtycke saknas.

### Placering

En utredning kan bland annat leda till beslut om placering utanför det egna hemmet. Det kan vara i ett familjehem (3 kap. 2 § socialtjänstförordningen [2001:937], SoF), på ett HVB (3 kap. 1 § SoF) eller i ett stödboende för barn och unga (3 kap. 1 a § SoF) alternativt i ett jourhem (6 kap. 6 § SoL). Varje kommun ansvarar för att det finns tillgång till sådana boenden (6 kap. 1 § SoL). Dessutom finns särskilda ungdomshem (12 § första stycket LVU) som är en form av HVB som drivs av SiS och som ska finnas för vård av unga som på någon grund som anges i 3 § LVU behöver stå under särskilt noggrann tillsyn. Det är staten som ska tillgodose behovet av sådana hem (6 kap. 3 § SoL).

Socialnämnden ansvarar för att den som tas emot i ett annat hem än det egna får god vård (6 kap. 1 § SoL). Socialnämnden har en lagreglerad skyldighet att verka för att placerade barn och unga får den hälso- och sjukvård de behöver och ska lämna dem som vårdar sådana barn råd, stöd och annan hjälp som de behöver (6 kap. 7 och 7 a §§ SoL). Att verka för innebär att

vara aktiv i att få tillstånd undersökningar, insatser och behandlingar som barnet kan vara i behov av inom bland annat hälso- och sjukvården (prop. 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga, s. 80–81). Socialnämnden ska följa vården av placerade barn främst genom regelbundna besök i det hem där barnet eller den unge vistas, enskilda samtal med den eller dem som tagit emot barnet eller den unge i sitt hem och samtal med vårdnadshavarna. Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa, utveckling, sociala beteende, skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående (6 kap. 7 b § SoL). När vård ges i ett familjehem, stödboende eller HVB, ska det finnas en av socialnämnden särskilt utsedd socialsekreterare som ansvarar för kontakterna med barnet eller den unge. Socialsekreteraren ska besöka barnet eller den unge regelbundet i den omfattning som är lämplig utifrån barnets eller den unges behov och önskemål (6 kap. 7 c § SoL). Socialnämnden har en skyldighet att minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs (6 kap. 8 § SoL och 13 § första stycket LVU).

## Hälso- och sjukvården

### Allmänt

Med hälso- och sjukvård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna (2 kap. 1 § HSL). Ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård ligger på huvudmännen, landsting eller kommun och inom dess geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet (2 kap. 2 §, 8 kap. och 12 kap. HSL).

### Landstingets hälso- och sjukvårdsansvar

Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i landstinget eller kvarskriven och stadigvarande visats inom landstinget (8 kap. 1 § HSL). Landstinget ansvarar även för att erbjuda bland annat öppen vård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård och för att den som vistas i landstinget utan att vara bosatt där vid behov erbjuds omedelbar hälso- och sjukvård (8 kap. 3 och 4 §§ HSL). Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (8 kap. 10 § HSL).

### *Landstingets ansvar för barn och unga*

Landstingets ansvar för hälso- och sjukvård för barn och unga under utredning och placering är inte föreskrivet i särskild ordning utan ingår i landstingets allmänna hälso- och sjukvårdsansvar.

Landstingets verksamheter som inriktar sig mot barn är barnhälsovård och tandvård. Dit hör primärvårdens vårdcentraler och barnavårdscentraler samt specialistsjukvården såsom barnpsykiatri, barnmedicin och barnhabilitering.

Uppgifter för *primärvården* är behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och det är dit vårdnadshavare i första hand ska vända sig när barn över sex månader är sjuka.

*Barnhälsovården* finns för barn i förskoleåldern, 0–6 år. Barnhälsovårdens basprogram ges vanligen vid hembesök och mottagningsbesök. Barnhälsovården ska tillsammans med elevhälsan erbjuda vaccinationer enligt det nationella vaccinationsprogrammet (2 § Folkhälsomyndighetens föreskrifter [HSLF-FS 2016:51] om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn).

*Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)* är en specialistverksamhet inom hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga med psykisk problematik.

*Barnmedicin* tar emot barn under sex månader med akuta besvär samt barn och unga som remitterats från till exempel allmänläkare i primärvården eller elevhälsan.

*Barnrehabiliteringen* tar emot barn och unga med funktionsnedsättningar.

Härutöver ska även *ungdomsmottagningen* nämnas. Ungdomsmottagningens målgrupp är barn och ungdomar under 23 eller 25 år. I verksamheten ingår att förebygga oönskade graviditeter, bevara den reproduktiva hälsan, utföra smittspårning, diagnosticera och förebygga sexuellt överförbara sjukdomar och främja den psykosociala hälsan [1].

Varje landsting ska enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125) även erbjuda en god *tandvård* åt dem som är bosatta inom landstinget. Folk tandvården ska enligt 7 § tandvårdslagen svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 21 år.

## Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Genom den så kallade ädelreformen fick kommunen ansvar för viss hälso- och sjukvård avseende långvarig vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning (prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.). Reformen innebar att kommunen fick ett hälso- och sjukvårdsansvar inom kunskapsområdena omvårdnad, rehabilitering och habilitering. Utgångspunkten för reformen var bland annat att den tidigare uppgiftsfördelningen mellan sociala och medicinska insatser inte längre bedömdes som ändamålsenlig och att hjälpbehoven av skilda slag för de människor som berördes inte lät sig enkelt placeras in i sådana fällor. I stället borde social och medicinsk kompetens integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnas. För att uppnå detta syfte var det nödvändigt att ge kommunerna ett visst hälso- och sjukvårdsansvar (prop. 1990/91:14 s. 58 ff.).

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är begränsat till vissa särskilt definierade grupper. Det gäller den som efter beslut av kommunen bor i en särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre personer som behöver särskilt stöd, eller en bostad med särskild service för personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Kommunen ska även i samband med dagverksamhet erbjuda hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten (12 kap. 1 § SoL). Utöver skyldigheten att bedriva hälso- och sjukvård i de ovan angivna boendeformerna får

kommunen även bedriva hälso- och sjukvård i ordinära boenden i form av hemsjukvård (12 kap. 2 § HSL). Den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver i enlighet med 12 kap. 1 och 2 §§ HSL gäller med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § tredje stycket HSL inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap. 3 § HSL).

### *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas sjuksköterskor med ett särskilt medicinskt ansvar, så kallade *medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS)*. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering kan kommunen istället ha en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast med ett särskilt medicinskt ansvar för det verksamhetsområdet. Han eller hon kan då kallas för medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR (11 kap. 4 § och 12 kap. HSL). MAS och MAR-funktionen kom till när ansvaret för viss hälso- och sjukvård fördes över från landstingen till kommunerna enligt den ovan nämnda ädelreformen. Lagstiftaren ansåg då att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det fanns rimliga möjligheter att utföra dem på ett patientsäkert sätt. Det ansågs nödvändigt att skapa garantier för att dessa uppgifter alltid skulle ligga på en person med tillräcklig kompetens. Man jämförde med den dåvarande regleringen av landstingens hälso- och sjukvård där krav fanns på att det vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling skulle finnas en särskild läkare som svarade för den samlade ledningen av verksamheten. Den som ska vara MAS eller MAR måste ha legitimation som sjuksköterska respektive arbetsterapeut eller fysioterapeut. Utöver legitimation behövs också viss yrkeserfarenhet (prop. 1990/91:14 s. 68 ff., 155).

### MAS ansvar och arbetsuppgifter

MAS och, i tillämplig omfattning, MAR ansvarar enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), nedan förkortad HSF, för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i PDL,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5.
  - a. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering,
  - b. rapportering enligt 6 kap. 4 § PSL, och
  - c. att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

I en kartläggning av Socialstyrelsen från 2014 framkom att MAS:arnas primära arbetsuppgifter i praktiken var att utveckla rutiner inom läkemedelshantering och andra områden samt att ansvara för att följa upp kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården. Väldigt få MAS:ar uppgav att de utförde direkta hälso- och sjukvårdsinsatser men många uppgav att de samverkade med externa aktörer för att knyta ihop vårdkedjan, dock inte i enskilda ärenden [2].

## Elevhälsan

För elever i skolan ska det finnas elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och den ska stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det inom elevhälsan finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator (2 kap. 25 § skollagen [2010:800]). Eleverna ska erbjudas hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller samt undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller (2 kap. 27 § skollagen). I vissa fall får elever vid behov anlita elevhälsan för enkla sjukvårdsinsatser (2 kap. 28 § skollagen). Huvudman för skolan är ansvarig för att det finns elevhälsa (2 kap. 8 § skollagen). En kommun, ett landsting, staten eller enskilda kan vara huvudmän inom skolväsendet (2 kap. 2–5 §§ skollagen).

## Samverkan

Om en utredning enligt SoL rör behovet av att ingripa till ett barns skydd eller stöd har nämnden rätt att, för bedömningen av behovet av insatser, konsultera sakkunniga samt i övrigt ta de kontakter som behövs (11 kap. 2 § SoL). I ärenden som avser beredande av vård enligt LVU får socialnämnden besluta om att det ska genomföras en läkarundersökning av barnet eller den unge (32 § LVU). I frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa har nämnden vidare en skyldighet att samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs (5 kap. 1 a § SoL). Socialnämnden har ett förstahandsansvar för att sådan samverkan kommer till stånd på såväl övergripande nivå som kring enskilda barn och ungdomar (prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m., s 107 f.). Nedan följer exempel på bestämmelser om samverkan och samarbete mellan kommun och landsting.

## Övergripande bestämmelser om samverkan

### *Överenskommelse om samarbete*

I SoL regleras sedan april 2017 en skyldighet för kommunen att ingå en överenskommelse med landstinget om samarbete ifråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL). En motsvarande skyldighet för landstinget att ingå en sådan överenskommelse följer av 16 kap. 3 § HSL. Överenskommelser bör avse samverkan och ansvarsfördelning såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att vården ska avslutas. Redan under socialnämndens utredning av ett barns behov av placering behövs samarbete mellan kommun och landsting. Det kan handla om konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens och tvärprofessionell kompetens för att bedöma ett barns behov. Det kan även handla om rutiner för sådana hälsoundersökningar som avses i 1 § lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga (prop. 2016/17:59 Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet s. 26 f.).

### *Ledningssystem och samverkan*

Den som bedriver socialtjänst eller verksamheter enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. På samma sätt gäller för hälso- och sjukvården att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter (4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2011:9] om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

### *Bestämmelser om samverkan på individnivå*

#### *Vårdplan och genomförandeplan*

När någon behöver vårdas i HVB, stödboende eller familjehem ska en vårdplan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna (11 kap. 3 § SoL). Nämnden ska även upprätta en genomförandeplan över hur vården ska genomföras (11 kap. 3 § SoL). Av genomförandeplanen ska det framgå vilka åtgärder som planeras för att barnet eller den unge ska få lämplig utbildning i förskola eller skola och sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda (7 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2012:11] om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende). För att socialnämnden ska kunna planera de särskilda insatserna krävs ofta samarbete med bland annat elevhälsan, tandvården, BUP och övrig hälso- och sjukvård. Om barnet eller den unge är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser behöver kommunen och landstinget ta ställning till behovet av en individuell plan. Se avsnittet nedan.

#### *Individuell plan (SIP)*

Kommunen ska tillsammans med landstinget vid behov upprätta en individuell plan, ofta kallad samordnad individuell plan, SIP. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till det. Av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL).

#### *Samverkan vid egenvård*

Med egenvård avses sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt HSL (2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS 2009:6] om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård).

Huvudmännen för hälso- och sjukvård och socialtjänst ska tillsammans ta fram övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård (3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2009:6). Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att verksamhetens ledningssystem innehåller rutiner för bedömning,

samråd och planering i samband med egenvård (3 kap. 3 § SOSFS 2009:6).

Den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska, inom sitt ansvarsområde, bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Den som gör bedömningen måste analysera om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård och utreda om patienten själv kan utföra den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärden som egenvård på ett säkert sätt, eller om han eller hon kan göra det med hjälp av någon annan. En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård, om analysen visar att det föreligger en risk för att patienten skadas (4 kap. 1, 5, 7 §§ SOSFS 2009:6).

Den som har gjort bedömningen om egenvård ansvarar vidare för att en planering görs, om det inte är uppenbart obehövt och om patienten har behov av stöd och hjälp i samband med egenvården, behöver praktisk hjälp av en närstående, socialtjänsten eller någon annan aktör för att utföra egenvården, eller av något annat skäl har behov av planeringen. Planeringen ska göras i samråd med den eller dem som ska hjälpa patienten med egenvården, ansvarig nämnd, om patienten har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården av socialtjänsten, eller vårdgivare, vårdenheter och andra aktörer som kan komma att beröras av egenvården (5 kap. 1 och 3 §§ SOSFS 2009:6).

### *Hälsoundersökning*

Sedan april 2017 ska socialnämnden, om det inte är obehövt, underrätta landstinget om att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (11 kap. 3 a § SoL). Landstingets ansvar att på initiativ av socialnämnden erbjuda en sådan hälsoundersökning följer av 1 § lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Av förarbetena till lagen framgår att det är viktigt med en hälsoundersökning i anslutning till att vården inleds, för att följa upp tidigare insatser inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården som vaccinationer och syn- och hörseltest, uppmärksamma tecken på fysisk och psykisk ohälsa hos barnet och säkerställa att han eller hon får den vård och behandling som alla barn har rätt till, och en samhällsvård av god kvalitet (prop. 2016/17:59 s. 33). Syftet är att hälsoundersökningen ska ge underlag för en medicinsk bedömning av behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Bedömningen kan föranleda fortsatta kontakter för barnet med hälso- och sjukvården eller tandvården eller utgöra en del av underlaget till den vårdplan eller den genomförandeplan som socialnämnden ska upprätta (prop. 2016/17:59 s. 34).

### *Kunskapsstöd*

Utöver ovan angiven reglering kring samverkan finns handböcker och andra kunskapsstöd för bland annat samverkan.

- *Barns behov i centrum, BBIC*, som används av 288 av 290 kommuner, är ett handlägnings-, uppföljnings- och dokumentationssystem som tagits

fram i syfte att bland annat stärka barnets ställning i social barnavård. BBIC beskriver ett arbetssätt för den sociala barn- och ungdomsvården och innehåller en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av ärenden. I BBIC finns stöd för samverkan med hälso- och sjukvården samt tandvården som är framtaget tillsammans med professionen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Stödet består bland annat av mallar för konsultation med ett antal frågor tänkta att ställas till den hälso- och sjukvårdspersonal som utredande handläggare inom socialtjänsten har kontakt med. Det finns också stöd i form av mallar för utlåtanden som kan användas när socialtjänsten behöver skriftlig information från hälso- och sjukvården eller tandvården.

- *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer.* Socialstyrelsens vägledning ger en sammanfattande bild av kunskapsläget om samverkan utifrån forskning, utvärdering, tillsyn och systematiskt utvecklingsarbete. I vägledningen föreslår Socialstyrelsen hur samverkan kan utformas och därmed bidra till att huvudmän och verksamhetsansvariga kan skapa ändamålsenliga samverkansstrukturer som kan integreras i ordinarie verksamheter [3].
- *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar.* Vägledningen syftar till att underlätta samverkan mellan parterna med målet att tillgodose placerade barn och ungas behov av skolgång och hälso- och sjukvård [1].
- *Barn- och unga i familjehem och HVB – Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter.* I handboken beskrivs bland annat socialnämndens övergripande ansvar och ledningens uppgifter i arbetet med att skapa förutsättningar för en väl fungerande verksamhet som uppfyller lagens krav [4].

# Hälsoproblem hos barn och unga i den sociala barn- och ungdomsvården

Det finns idag ingen heltäckande statistik över antalet placerade barn och unga. Den statistik som finns och som är från 2014 kan emellertid ge en viss ledning om antalet placerade barn och unga, även om den endast omfattar barn med svenska personnummer. Under 2014 var drygt 22 300 barn och unga någon gång placerade enligt SoL. Motsvarande antal för de som var placerade enligt LVU var knappt 7 000. Oavsett om insatsen beslutades enligt SoL eller LVU var familjehem den vanligast förekommande placeringsformen under 2014 [5]. Under år 2015 skedde en omfattande ökning av tillströmningen av ensamkommande asylsökande barn till Sverige. Många av dessa har placerats i familjehem/jourhem, HVB, SiS-institutioner eller i stödboenden vilket sannolikt kommer att påverka framtida statistik.

## Placerade barn och unga har sämre hälsa än andra

Flera studier och rapporter har visat att en stor andel av placerade barn och unga har bristande fysisk, psykisk och psykosocial hälsa samt försenad utveckling. De löper också flera gånger större risk att i vuxen ålder drabbas av hälsorelaterade och psykosociala problem än andra. Som grupp har dessa barn höga risker för en ogynnsam utveckling över tid, exempelvis i fråga om självmord, missbruk, kriminalitet och tonårsgraviditeter. De har också en konstaterat sämre tandhälsa än andra barn och unga [1, 6, 7]. Redan i en rapport från år 2000 konstaterades att två tredjedelar av de 108 placerade barn som ingick i en studie hade olika hälsoproblem. Flera av barnen hade en kombination av psykiska och fysiska besvär. Drygt hälften av barnen hade fysiska hälsoproblem, till exempel syndefekter, ortopediska problem, astma, magproblem, neurologiska problem och övervikt. För flera barn saknades uppgifter om hälsokontroller och vaccinationer. Hälsoproblemen var oftast okända för socialtjänsten [8].

Psykiatriska diagnoser är betydligt vanligare bland barn och unga som är placerade i heldygnsvård, jämfört med andra jämnåriga. Av en studie från Socialstyrelsen år 2014 framgår att mellan en fjärdedel och en tredjedel av de familjehemsplacerade ungdomarna (13–21 år) och de HVB placerade pojkar hade en psykiatrisk diagnos från slutenvården eller den specialiserade öppenvården. Andelen var dubbelt så hög bland ungdomar på SiS-hem, och bland flickor på HVB (cirka 50–80 procent). Motsvarande andel bland jämnåriga som aldrig varit heldygnsplacerade var cirka 6–8 procent. Den vanligaste diagnosen bland unga var ADHD, och därefter kom ångest och depression [9].

I en rapport från SiS från 2016 redovisas en studie av hälsoproblem och vårdbehov hos 91 ungdomar på fyra särskilda ungdomshem utifrån systematiska hälsokontroller vid institutionerna. Vid hälsokontrollerna av dessa ungdomar upptäcktes bland annat en omfattande medicinering, inklusive psyko-farmaka, tandhälsoproblem och behandlingskrävande somatiska hälsoproblem. Vid hälsokontrollerna framkom många uppenbara tecken på att den generella hälsovård som erbjuds alla barn inte nått fram eller inte för-mått att tillgodose det ökade behovet av hälsovård som dessa ungdomar haft jämfört med andra jämnåriga. Den bristande uppföljningen av hälso- och sjukvården vid tidigare konstaterade hälsoproblem bedömdes särskilt oro-ande. Kroniskt kroppsliga sjukdomar som inte tagits om hand på bästa sätt var vanligt förekommande i undersökningsgruppen, såsom obehandlad svår acne, uttalad fetma, fellästa frakturer, kroniska smärttillstånd i rygg och le-der, kroniska öron- eller ögonbesvär. Hälsokontrollerna ledde till att två av tre pojkar och nästan alla flickor fick minst en remiss till sjukvården eller/och minst en rekommendation. Drygt nio av tio ungdomar fick insatser av olika slag, omfattning och karaktär direkt från projektläkaren. Exempelvis kunde det handla om uppföljning av redan kända hälsoproblem, råd om egenvård för astma, eksem, dag- och nattväta och för olika smärttillstånd (exempelvis rygg- och huvudvärk) samt råd rörande sexuell hälsa, mensbesvär eller sömn-problem. Det kunde även handla om motiverande samtal om livsstilsrelate-rade problem, exempelvis om kosthållning, fysisk träning, rökavvänjning etc.[10].

## Högre användning av psykofarmaka än andra barn och unga

I Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2013 konstateras bland annat att placerade barn och unga medicinerar regelbundet med psykofarmaka i mycket högre grad än andra barn och unga och att barn och unga som är pla-cerade vid HVB står för den klart högsta användningen. För placerade vid HVB var andelen som regelbundet medicinerade antidepressiva läkemedel, konventionella sömnmedel och antipsykotiska läkemedel, ångstdämpande läkemedel och melatonin flera gånger högre än för barn och unga i befolk-ningen och nästan 13 procent av de som var placerade i HVB stod på regel-bunden ADHD-medicinering. Även för barn och unga placerade i familje-hem var användningen av psykofarmaka högre än för andra barn och unga. I rapporten anges att det är angeläget att kommuner har kunskap och medi-cinsk kompetens rörande behandling med psykofarmaka och stöd kring frå-gor som rör psykiska problem i HVB och i familjehem. Kommunerna rekom-menderas att säkerställa att HVB och familjehem har tillgång till kunskap, kompetens och stöd i frågor som rör psykosociala och psykiska problem. Det betonas också att samarbete mellan kommun och landsting kring dessa frågor kan göra en stor skillnad för dessa barn och unga [11]. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2017 kan bland annat utläsas att vad som nu angivits om att placerade barn och unga i betydligt högre grad än andra barn och unga använder ett eller flera psykofarmaka alltså gäller [12].

## Särskilt om hälsan hos ensamkommande barn och unga

Det saknas en samlad nationell bild av hälsoläget bland ensamkommande barn och unga baserat på resultat av hälsoundersökningar som genomförs [7]. I en rapport från Socialstyrelsen framgår dock att ensamkommande barn i studier befunnits ha en högre förekomst av negativa, påfrestande livshändelser än andra barn och att de beskrivits som i stor utsträckning sårbara och vårdbehövande [13]. Enligt en rapport från SKL är vårdkonsumtionen inom barn- och ungdomspsykiatri högre bland asylsökande barn och unga än i den övriga befolkningen. För annan specialistvård är vårdkonsumtionen istället lägre för asylsökande [14]. Vårdbehovet hos asylsökande barn handlar främst om posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), självskadebeteende och sömnsvårigheter men även om behov av bedömning och vård vid självmordsplaner och självmordsförsök. Behovet av stöd i vardagen med regelbundna vardagsrutiner för mat, sömn och aktiviteter är framträdande [15]. Vad som här sagts om psykisk ohälsa framgår även av en rapport från Barnombudsmannen från 2017. I denna rapport anges bland annat att 70 procent av tillfrågade skolsköterskor angett att psykisk ohälsa är det största hälsoproblemet vid barn och ungas ankomst och att 84 procent tagit upp psykisk ohälsa som ett av de största hälsoproblemen under asylprocessen [16].

## Skillnad i vårdbehov mellan könen

I SiS rapport från 2016 där resultatet av en studie av hälsokontroller genomförda på 91 ungdomar vid fyra särskilda ungdomshem redovisas beskrivs flickorna vara en särskilt utsatt grupp i hälsohänseende. I studien framkom att de hade höga förekomster av pågående behandlings-/vårdkontakter före undersökningen och av pågående medicinering för somatiska hälsoproblem, samt en mycket hög förekomst av djupgående karies och andra behov av tandhälsovård. Varannan flicka bedömdes ha ett allvarligt eller komplext ohälsotillstånd. Dessutom fanns en rad tecken på hög förekomst av psykisk ohälsa bland flickorna, inkluderande höga förekomster av psykofarmakamedicinering och indikationer på självskadebeteende. Hälsoproblemen förekom även bland de undersökta pojkarna men i lägre omfattning. I rapporten anges det inte vara möjligt att säga om resultaten av hälsoundersökningarna för de ungdomar som medverkade i studien är representativa för samtliga ungdomar vid SiS institutioner [10].

## Brister och orsaker avseende tillgång till vård

De medicinska undersökningarna inom barnhälsovården, elevhälsan och tandhälsovården för barn och unga är viktiga delar av samhällets resurser för tidig upptäckt av riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till en ogynn-

sam utveckling. Trots detta visar flera studier att barn och unga under utredning och placering har sämre tillgång till sådana undersökningar jämfört med andra barn.

Av en journalstudie från 2010 omfattande 121 placerade barn framgår att omkring 15 procent av de placerade barnen saknade en eller flera vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet när de nådde skolåldern. Dessutom hade vart femte barn inte fått någon fyraårskontroll och endast hälften hade fått någon hörsel- eller synkontroll under de första skolåren. Andelen som inte hade fått göra ordinarie hälsobesök i elevhälsan var högre bland de placerade barnen än bland barn som inte var placerade. Även när det gällde regelbundna besök hos tandläkare visade det sig finnas en tydlig skillnad mellan de familjehemsplacerade barnen och kontrollgruppen. I kontrollgruppen hade 90 procent av barnen återkommit på de kontroller som tandläkaren erbjöd, medan endast ca 60 procent av de familjehemsplacerade barnen kunnat följas upp enligt planering. Det anges att uteblivna hälsokontroller kan bero på till exempel upprepade omplaceringar, bristande dokumentation i journaler eller svårigheter att få nödvändiga samtycken från vårdnadshavare [17].

I en uppföljande studie från 2015 konstateras att flera av de problem som framkommit avseende placerade barns hälso- och sjukvård ofta är aktuella redan innan en utredning inom socialtjänsten blir aktuell eller en placering beslutas [18].

I en rapport från 2015 redovisas en studie av 105 skolbarn placerade i familjehem jämförda med 420 matchade, icke samhällsvårdade barn som utgjorde en kontrollgrupp. Barn placerade i familjehem var hörseltestade, ryggundersökta och vaccinerade i signifikant lägre grad jämfört med kontrollgruppen trots att en stor majoritet av barnen varit placerade under lång tid. I rapporten konstateras att de familjehemsvårdade barnens hälsovård riskerar att missas när samma erbjudande om förebyggande hälsovård ges till alla barn.

Vaccinationstäckningen i kontrollgruppen var god, 97 procent, medan den endast var 85 procent i gruppen med placerade barn. Vid den senaste nationella kartläggningen var andelen skolbarn som vaccinerats fullständigt inom skolhälsovården 96 procent. Svårigheter att få nödvändiga samtycken till vaccinationer från vårdnadshavare anges som en trolig bidragande orsak till den sämre vaccinationstäckningen för de placerade barnen. Vidare anges att det inte är ovanligt att missade vaccinationer före placering inte heller upptäcks under tiden i vård. Bristande tillgång till dokumentation omkring tidigare utförda vaccinationer beskrivs som en tänkbar orsak och att det då helt enkelt utgås ifrån att barnet borde ha vaccinerats som andra barn på den tidigare skolan. Av de placerade barnen hade 86 procent deltagit i hörselkontroll jämfört med 95 procent i kontrollgruppen. Beträffande ryggundersökning hade 75 procent av de placerade barnen deltagit i screeningundersökning för skolios jämfört med 88 procent i kontrollgruppen. Andelen barn som testat sin syn visade däremot ingen skillnad mot kontrollgruppen. Det framhålls här att synprovning i allmänhet är mer lättillgänglig.

I rapporten konstateras här till att inhämtande av tidigare hälsovårdsjournaler kan vara en stor utmaning, speciellt i de fall där ett barn har haft flera bostadsadresser och kanske placerats fler än en gång [19].

SKL genomförde 2015 en kartläggning av läkarundersökning inför placering av barn och unga i familjehem och HVB. Kartläggningen omfattade totalt 1 216 placerade barn och unga, varav 439 hade blivit läkarundersökta inför placering i familjehem eller HVB. Resultatet visar att barn och unga som placerats med stöd av LVU läkarundersöktes i betydligt högre omfattning (60 procent) än barn och unga som placerats med stöd av SoL (20 procent). En förklaring till skillnaden anges i kartläggningen kunna vara att det är ett uttryckligt lagkrav med läkarundersökning i LVU inför placering [20]. Sedan kartläggningen genomfördes har det införts en skyldighet i SoL för socialnämnden att underrätta landstinget om att ett barn eller en ung person i ålder 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en hälsoundersökning (jfr 11 kap. 3 § SoL).

SKL:s kartläggning visar att en knapp tredjedel av de undersökta barnen hade behov av uppföljning inom hälso- och sjukvården. Det var ingen större skillnad vad gällde förekomst av hälsoproblem mellan de olika grupperna. I kartläggningen framkommer det att en tidskrävande administration kan bli till ett hinder för att ett barn ska bli läkarundersökt. Kartläggningen visar också att överenskommelser mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är en bra grund, men ingen garanti för att barn och unga blir läkarundersökta inför placering. Ett implementeringsstöd behöver, enligt rapporten, ges över tid för att ge resultat. Av rapporten framgår vidare att få barn och unga fått sin tandhälsa undersökt på begäran av socialtjänsten. Det betonas att socialtjänsten i sina utredningar behöver säkerställa att de inhämtar information om huruvida barnet varit på sina kontroller inom tandvården och därefter verka för att de barn och unga som är i behov av förnyad kontroll blir kallade [20].

Många unga i samhällsvård med psykiska problem får inte den hjälp de behöver. Detta anges redan i ett betänkande från 2000 års LVU-utredning (SOU 2000:77 Omhändertagen – Samhällets ansvar för utsatta barn och unga, s. 173–174). Som exempel nämns att socialtjänsten placerar ungdomar på institutioner som ofta inte har kompetens att möta ungdomarnas psykiatriska behov. Skälet är att tillgången på behandlingsinstitutioner med psykiatrisk kompetens är liten. Det anges även att BUP måste ta sitt ansvar för ungdomar med psykiska problem även om de är utagerande och aggressiva. I betänkandet anges vidare att eftersom den främsta orsaken till att unga med psykiska problem inte får den hjälp de behöver är ett bristande samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten är det detta problem som i första hand ska lösas.

I ett betänkande från 2015 års LVU-utredning (SOU 2015:71 Barn och ungas rätt vid tvångsvård - Förslag till ny LVU, Del A, s. 764–765) anges att till följd av oklara ansvarsförhållanden riskerar placerade barn och unga att inte få del av gemensamma insatser för utredning, vård och behandling från socialtjänst och hälso- och sjukvård. I betänkandet anges även att eftersom samhället vid placering av ett barn eller en ung person tar på sig ansvar för att tillgodose barnets eller den unges behov inom olika livsområden är det

viktigt att det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

I Socialstyrelsens nationella tillsyn av vårdkedjan för alla barn med psykisk ohälsa från år 2010 konstaterades att det vid HVB och i de särskilda ungdomshemmen vårdades barn med sådan problematik och sådana symtom att det kunde ifrågasättas om inte slutna barn- och ungdomspsykiatrisk vård hade behövts [21]. I Socialstyrelsens vägledning om placerade barns skolgång och hälsa från 2013 beskrivs hur barn och unga vid HVB ibland inte får sina behov av vård tillgodosedda i det landsting som hon eller han tillfälligt bor i. Det kan gälla när hemlandstingen inte vill betala för icke akut vård eller när vårdlandstinget inte vill ta emot barnet utan en remiss eller betalningsförbindelse från barnets hemlandsting [1].

## Synpunkter från samråd och kontakter

Vid de samråd och kontakter med andra aktörer som Socialstyrelsen haft med anledning av uppdraget, vilka återges under rubriken *Genomförande*, har den problembild som framgår ovan till stor del bekräftats.

Den nationella samordnaren har bland annat uppgett att det, inom ramen för samordnarens uppdrag, från verksamhetsföreträdare såväl från kommuner som från landsting har lyfts upp en allvarlig brist gällande barn och ungas tillgång till hälso- och sjukvård inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Vid flera samrådsmöten har läkemedelshanteringen lyfts fram som ett område där det inte alltid fungerar tillfredsställande vid HVB. Det har i detta sammanhang framhållits att de flesta placerade barn och unga vid HVB erhåller läkemedel som egenvård. Flera möjliga aspekter har lyfts fram som tänkbara orsaker till varför barn och unga under utredning och placering inte alltid får den hälso- och sjukvård och tandvård som de har rätt till. Vad som återkommande framhållits är dock en bristfällig samverkan mellan kommuner och landsting. Som exempel har nämnts att landstingen ibland saknar kännedom om att ett barn eller en ung person placerats inom landstinget vilket följaktligen innebär svårigheter för landstinget att tillgodose sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Det har också påtalats att det skulle kunna vara bra om socialtjänsten kunde rådgöra med någon med medicinsk kompetens för att få en allsidig utredning. Ett problem som framhållits är att socialtjänsten inte vid behov beställer hälsoundersökningar eller kontakter tandvården för undersökning av tandhälsan hos barn- och unga vilket medför att landstinget inte kan genomföra några undersökningar.

Det har vid några samrådsmöten även framkommit att det går att se ett behov av att barn och unga i ett tidigt skede, redan i samband med utredning, kommer i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal som följer barnet eller den unge under hela utredningstiden och eventuell placering och som kan bidra till kontinuitet i vården. Vidare har de tidigare i denna rapport nämnda svårigheterna för socialtjänsten att få in journaler och utlåtanden från hälso- och sjukvården i samband med utredningar påtalats vid vissa samrådsmöten.

Vid de telefonintervjuer med privata aktörer som bedriver HVB, hälso- och sjukvård vid HVB samt hälso- och sjukvård vid familjehem som Social-

styrelsen genomfört inom ramen för detta uppdrag uppgavs bland annat följande. Ett vanligt problem är vem som ska stå för olika kostnader och det är ofta långa köer och lång väntetid för en utredning vid BUP. Landstingen saknar vidare ofta resurser för att genomföra hälsoundersökningar av den som inte är sjuk. Bland de intervjuade aktörerna varierade vilken typ av hälso- och sjukvårdspersonal som fanns tillgänglig vid HVB och familjehem men i vart fall fanns, i olika omfattning, sjuksköterskor tillgängliga. Uppgifterna för dessa uppgavs bestå i bland annat arbete med läkemedelshantering och delegering, kontakt med BUP och annan läkarkontakt samt kontakt vid nyinskrivningar. En aktör uppgav att de hade en MAS med ett övergripande ansvar för de medicinska delarna av verksamhetens vård och behandling. Det uppgavs att denna MAS bland annat upprättar och reviderar rutiner och har det övergripande ansvaret för lex maria-anmälningar.

# Analys och förutsättningar – en utvidgning av MAS uppdrag

Socialstyrelsen ska i denna rapport analysera om MAS uppdrag bör utvidgas till att även omfatta den sociala barn- och ungdomsvården under utredning och placering. Socialstyrelsen har utgått dels ifrån vad MAS enligt 4 kap. 6 § HSF ansvarar för idag, dels konstaterade brister avseende hälso- och sjukvård för dessa barn och unga.

## MAS uppdrag under utredning

Den typ av problem som främst framkommit såvitt avser hälso- och sjukvård för barn- och unga under utredning är bristande samverkan mellan kommun och landsting och bristande rutiner för hur samverkan ska ske. Ett problem som framkommit är att socialtjänsten inte alltid vid behov beställer hälsoundersökningar eller kontaktar tandvården för undersökning av tandhälsan hos barn och unga vilket kan medföra att landstinget inte kan genomföra några undersökningar. Det har framkommit att det redan i samband med socialtjänstens utredningar kan finnas behov för socialtjänsten att rådgöra med någon med medicinsk kompetens för att få till en allsidig utredning. Härtill har en bristande kontinuitet i hälso- och sjukvården för dessa barn och unga framhållits.

Utifrån att barn och unga under utredning ofta befinner sig i det egna hemmet skulle MAS uppdrag vid en eventuell utvidgning sannolikt inte utformas motsvarande MAS idag reglerade ansvar inom bland annat äldreomsorgen. (Se vidare nedan beträffande rättsliga förutsättningar för en utvidgning av MAS uppdrag). För det fall MAS uppdrag skulle utvidgas till att gälla barn och unga under utredning skulle det istället sannolikt handla om att ge MAS ett ansvar med en annan typ av uppgifter än vad MAS idag har för bland annat äldre. Uppgifterna skulle i ett sådant scenario kunna avse att MAS bistår socialtjänsten i arbetet med samverkan mellan olika huvudmän men också vid behov med konsultation för socialtjänsten i frågor som kräver medicinsk kompetens och med hälsoundersökningar av barn och unga. MAS skulle även kunna upprätta rutiner för när och hur hälso- och sjukvården ska kontaktas samt medverka i socialtjänstens arbete med rutiner för systematiskt kvalitetsarbete i syfte att bland annat förbättra samverkan mellan olika huvudmän. MAS skulle dock inte överta socialtjänstens ansvar att bedriva utredningar eller ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet.

MAS har enligt sitt i HSF reglerade ansvar för bland annat äldre inte något ansvar för hälso- och sjukvård under socialtjänstens utredningar och arbetar inte heller patientnära. Nu nämnda exempel skulle alltså till viss del innebära helt nya uppgifter för MAS.

## MAS uppdrag under placering

Många av de problem som redogjorts för ovan kvarstår ofta under placering, exempelvis såvitt avser bristande kontinuitet i hälso- och sjukvård. Det scenario som beskrivs ovan och som avser ett ansvar med en ny typ av uppgifter för MAS skulle därför även kunna gälla under placering. MAS skulle då också under placeringstiden, oavsett placeringsform, bland annat kunna bistå socialtjänsten med bland annat konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens och med rutiner för hur socialtjänsten ska kunna verka för att barn och unga får den hälso- och sjukvård de behöver.

Förutsättningar och behov av en utvidgning av MAS uppdrag med en utformning motsvarande MAS idag reglerade ansvar enligt HSF för bland annat äldre ser olika ut för barn och unga i olika placeringsformer.

### HVB

När det gäller barn och unga placerade i *HVB* finns det ofta ett uttalat behov av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal inte minst med läkemedelshantering. Vid en utvidgning av MAS uppdrag till denna grupp skulle man utifrån detta kunna tänka sig ett ansvar motsvarande det som MAS idag har inom bland annat äldreomsorgen där MAS bland annat ansvarar för rutiner för läkemedelshantering vid särskilda boenden. Vid en sådan utvidgning skulle MAS kunna ansvara för att:

- barnet eller den unge får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- barnet eller den unge får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § PSL och ansvar för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när barnets eller den unges tillstånd fordrar det (jfr. 4 kap. 6 § första stycket HSF).

MAS skulle i detta scenario i likhet med hur MAS idag arbetar inom bland annat äldreomsorgen arbeta övergripande i förhållande till barn och unga placerade vid HVB. För det patientnära arbetet skulle annan hälso- och sjukvårdspersonal, som sjuksköterskor, svara. Sådana sjuksköterskor skulle ha arbetsuppgifter som läkemedelshantering, enklare hälsoundersökningar samt kontakter med annan hälso- och sjukvård. De skulle även kunna ”fånga upp” hälso- och sjukvårdsbehov hos barn och unga samt i övrigt arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård.

### Familjehem och jourhem

Medan barn och unga placerade i HVB befinner sig vid en institution befinner sig barn och unga i *familjehem och jourhem* i en familj. Med beaktande

av detta är det, till skillnad från vad som ovan beskrivits beträffande placerade i HVB, svårare att för placerade i familjehem/jourhem, se en utvidgning av MAS uppdrag motsvarande det ansvar som MAS idag har enligt HSF för bland annat äldre.

## Särskilda ungdomshem

I likhet med placerade i HVB befinner sig placerade på särskilda ungdomshem vid institutioner men huvudmannen är inte kommunen utan staten. Vidare är SiS till skillnad från kommunen vårdgivare och vid SiS-institutionerna finns tillgång till läkare, psykologer och sjuksköterskor. Behovet av MAS vid särskilda ungdomshem kan ifrågasättas utifrån att det vid respektive verksamhetskontor finns verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård anställda som bland annat upprättar rutiner, följer upp verksamheten och fortlöpande ger råd och stöd till institutionernas hälso- och sjukvårdspersonal och verksamhetschefer.

## Stödboende

*Stödboende* är en ny placeringsform. Utifrån det begränsade underlag som finns beträffande placerade barn och unga vid stödboenden och strukturen vid dessa boenden är det i dagsläget svårt att närmare resonera om behovet av en utvidgning motsvarande MAS idag reglerade ansvar enligt HSF i förhållande till denna grupp. Det skulle dock kunna tänkas att, beroende på utformning och behov, resonemangen ovan kring placerade vid HVB alternativt kring placerade i familjehem och jourhem även, i vart fall till viss del, skulle kunna gälla placerade i stödboenden.

## Samråden – förutsättningar och inställning till en utvidgning

Vid de samrådsmöten med olika aktörer som ägt rum inom ramen för detta uppdrag har bland annat följande framkommit såvitt avser de olika aktörernas uppfattning om förutsättningar och inställning till en utvidgning av MAS uppdrag till den sociala barn- och ungdomsvården.

*Den nationella samordnaren* har bland annat uppgett att förevarande regeringsuppdrag grundar sig i alla de olika kontakter som förekommit inom ramen för samordnarens uppdrag. Det är verksamhetsföreträdare såväl från kommuner som från landsting som lyft upp en allvarlig brist gällande barn och ungas tillgång till hälso- och sjukvård inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det är, enligt samordnaren, viktigt med en funktion som bevakar barn och ungas behov av hälso- och sjukvård under utredning och placering, och som kan fungera som den länk som signalerar vårdbehov och tillser att samverkan sker. Det behöver övervägas om hälso- och sjukvårdsansvaret bör övergå från landsting till kommun för barn och unga under utredning och placering. MAS ansvar inom den sociala barn- och ungdomsvården skulle, enligt samordnaren, inte nödvändigtvis behöva motsvara det ansvar som MAS idag har inom bland annat äldreomsorgen.

*SKL* har uppgett att hälso- och sjukvården och socialtjänsten visserligen skulle behöva arbeta närmare varandra men att detta borde lösas på annat sätt

än genom att inrätta MAS inom den sociala barn- och ungdomsvården. Även om det skulle kunna finnas fördelar med ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar inom den sociala barn- och ungdomsvården bedöms detta utgöra en större fråga än vad som ryms i förevarande regeringsuppdrag och närmast vara en fråga som rör hela ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen.

*Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAS-MAR*, har uppgett att frågan om inrättande av MAS i den sociala barn- och ungdomsvården inte skulle behöva ställas om samverkan fungerade bättre. Rent praktiskt skulle det kunna fungera för MAS att ha ansvar vid HVB och stödboenden men det är svårt att se hur MAS ansvar för familjehem och jourhem skulle kunna utformas. En förutsättning för en utvidgning är att hälso- och sjukvårdsansvaret övergår från landsting till kommun.

*IVO* har uppgett att många barn och unga skulle gynnas av en mer integrerad vård med välfungerande rutiner för samverkan mellan socialtjänsten och landstingen men ifrågasätter om tillsättande av MAS är ett effektivt sätt att komma tillrätta med de problem som finns. Ett sådant utökat uppdrag för MAS skulle förutsätta en förskjutning av hälso- och sjukvårdsansvaret.

*Barnombudsmannen* har uppgett att myndigheten ser allvarligt på att barn och unga som placeras i samhällets vård inte alltid får sin rätt till hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedd och anser att barnets eller den unges syn på sin hälsa är en viktig del i såväl det patientnära som det övergripande arbetet både under utredning och för planering av framtida insatser och stöd. Det skulle kunna bidra till kontinuiteten i vården att direkt i samband med en utredning koppla in en medicinskt kompetent person som sedan följer barnet eller den unge från utredning till avslut. Ett mindre ingripande alternativ än inrättande av MAS skulle, enligt Barnombudsmannen, vara att utveckla samverkan och samarbetet med landstinget.

*SiS* har uppgett att istället för inrättande av en MAS borde landstingen ges förutsättningar att i högre grad ta sitt ansvar inom den sociala barn- och ungdomsvården. SiS tillhandahåller redan basal hälso- och sjukvård vid institutionerna och det skulle, enligt SiS, inte tillföra något att införa en MAS vid de särskilda ungdomshemmen.

*Flera aktörer* har vid samrådsmötena lyft fram bestämmelserna om överenskommelser och hälsoundersökning inför placering av barn och unga som trädde ikraft i april 2017 och det har uppgetts att effekterna av dessa bestämmelser möjligen borde avvaktas.

## Rättsliga förutsättningar och konsekvenser

Som framgår ovan har kommunen idag inget hälso- och sjukvårdsansvar inom den sociala barn- och ungdomsvården utan för detta ansvarar landstinget. MAS utgör enligt vad som följer av 11 kap. 4 § HSL och 4 kap. 6 § HSF en del av den kommunala hälso- och sjukvården. En utvidgning av det ansvar MAS har idag enligt nämnda bestämmelser till att även omfatta den

sociala barn- och ungdomsvården förutsätter således ett utvidgat kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar.

För det fall MAS ges ett ansvar inom den sociala barn- och ungdomsvården motsvarande det som följer av 4 kap. 6 § HSF behöver kommunens hälso- och sjukvårdsansvar utvidgas till att omfatta hälso- och sjukvård motsvarande primärvårdsnivå som inte omfattar läkarinsatser. Detta eftersom en MAS med kommunen som huvudman svårligen kan ansvara för att exempelvis upprätta rutiner för hur landstinget ska organisera sin hälso- och sjukvård vid HVB eller att barnet eller den unge får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, när detta ligger inom landstingets ansvarsområde.

Om MAS istället ges ett ansvar med en ny typ uppgifter som inte motsvarar vad som följer av 4 kap. 6 § HSF skulle det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret kunna begränsas till att omfatta mer specifika uppgifter kopplade till MAS.

Såväl en utvidgning av MAS uppdrag till att motsvara vad som följer av 4 kap. 6 § HSF, som en utvidgning av MAS uppdrag till att omfatta nya typer av uppgifter, förutsätter dock författningsändringar. Förändringar behöver då göras i bland annat SoL, HSL och HSF.

Ett alternativ till att ålägga kommunen ett hälso- och sjukvårdsansvar och utvidga MAS uppdrag skulle, i likhet med vad som enligt 12 kap. 2 § HSL gäller beträffande hemsjukvård, kunna vara att ge kommunen en *möjlighet* att bedriva viss hälso- och sjukvård.

## Ekonomiska konsekvenser

Ovan har två möjliga scenarier beskrivits för vad MAS skulle kunna ansvara för inom den sociala barn- och ungdomsvården. I det ena scenariot handlar det om att för barn och unga placerade i HVB ge MAS ett ansvar motsvarande det som MAS idag har inom bland annat äldreomsorgen. I det andra handlar det om att för barn och unga under utredning och placering, oavsett placeringsform, ge MAS ett ansvar med en ny typ av uppgifter. Exempel på sådana uppgifter skulle kunna vara att bistå socialtjänsten i arbetet med samverkan mellan olika huvudmän och med konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens samt med rutiner för hur socialtjänsten ska kunna verka för att barn och unga får den hälso- och sjukvård de behöver.

När det gäller det scenario som handlar om att ge MAS ett ansvar med en ny typ av uppgifter har det inom ramen för detta tidsmässigt begränsade uppdrag inte varit möjligt att göra en realistisk uppskattning av behovet av antal heltidstjänster. Detta har flera orsaker. Som beskrivs ovan skulle ett dylikt scenario kunna omfatta barn och unga såväl under utredning som under placering och någon statistik om antal barn och unga under utredning har inte kunnat tas fram. En uppskattning skulle även förutsätta en mer ingående utredning om hur en sådan funktion skulle kunna utformas. Därvid behöver det beaktas att kommuner har olika förutsättningar och behov.

## En utvidgning av MAS ansvar till placerade vid HVB

De beräkningar som presenteras nedan avser det scenario som handlar om att för barn och unga placerade i HVB ge MAS ett ansvar motsvarande det som MAS idag har inom bland annat äldreomsorgen. Beräkningarna avser löpande lönekostnader för MAS och annan hälso- och sjukvårdspersonal och måste tolkas med försiktighet. Detta utifrån att beräkningarna primärt grundar sig på antaganden av behovet av antal heltidstjänster för MAS. Ur ett övergripande perspektiv på nationell nivå kan emellertid följande sägas.

Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAS-MAR, har uppskattat att en heltidstjänst för MAS skulle kunna omfatta ett ansvar för 600 barn och unga. Vid denna uppskattning har föreningen utgått ifrån att MAS uppdrag inom den sociala barn- och ungdomsvården skulle motsvara MAS idag reglerade ansvar. Enligt IVO:s omsorgsregister fanns det, den 31 maj 2017, 1 922 registrerade HVB med 27 471 platser. Antal platser får anses ge en indikation beträffande antal placerade barn och unga. Grundat på dessa uppgifter skulle på en nationell nivå behovet av MAS kunna antas uppgå till ca 46 heltidstjänster.

En MAS genomsnittliga lön år 2016 var enligt Statistiska Centralbyråns, SCB, register, 35 300 kr per månad. Givet SKL:s rekommenderade personalomkostnadspålägg om 38,33 procent för en kommunal arbetare blir lönekostnaden för en heltidstjänst som MAS 585 966 kr per år, exklusive OH-kostnader. Med 46 heltidstjänster för MAS skulle löpande lönekostnader uppgå till 26 828 448 kr per år.

Enligt uppgift från Vårdförbundet var genomsnittslönen för MAS bland deras medlemmar 41 852 kr per månad år 2016. Lönekostnaden för en heltidstjänst som MAS blir, räknat utifrån Vårdförbundets uppgifter, 694 726 kr per år, exklusive OH-kostnader. Med 46 heltidstjänster för MAS skulle således löpande lönekostnader uppgå till 31 808 051 kr per år.

Som tidigare nämns i denna rapport förutsätter detta scenario även tillgång till annan hälso- och sjukvårdspersonal än MAS, såsom sjuksköterskor. Enligt SCB:s register var genomsnittlig lön för sjuksköterskor i den kommunala sektorn 34 700 kr per månad år 2016. Bland Vårdförbundets medlemmar var genomsnittslönen för sjuksköterskor i den kommunala sektorn samma år 32 831 kr per månad. Givet en genomsnittlig lön om 34 700 kr per månad skulle det innebära en löpande årskostnad om 576 006 kr, inklusive PO-pålägg och exklusive OH-kostnader. Givet en genomsnittlig lön om 32 831 kr per månad skulle det istället innebära en löpande årskostnad om 544 981 kr.

Två uppskattningar har gjorts beträffande behov av sjuksköterskor vid HVB. Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAS-MAR, har uppskattat att en sjuksköterska skulle kunna tillgodose behoven för 95 barn och unga. Med 95 barn och unga per sjuksköterska skulle det på en nationell nivå innebära ca 289 sjuksköterskor. Givet en genomsnittlig lön om 34 700 kr per månad skulle detta innebära en löpande årskostnad om 166 562 780 kr. Givet en genomsnittlig lön om 32 831 kr per månad skulle det istället innebära en löpande årskostnad om 157 591 430 kr.

Den andra uppskattningen bygger på uppgifter från en privat aktör, Cureum, som bedriver hälso- och sjukvård vid HVB och som Socialstyrelsen enligt vad som nämns tidigare i denna rapport haft kontakt med inom ramen för detta uppdrag. Hos den privata aktören ansvarade en sjuksköterska för 51 barn och unga placerade vid olika enheter. På nationell nivå skulle en sådan uppskattning medföra ett behov av ca 539 sjuksköterskor. Givet en genomsnittlig lön om 34 700 kr per månad skulle detta innebära en löpande årskostnad om 310 264 002 kr. Givet en genomsnittlig lön om 32 831 kr per månad skulle det istället innebära en löpande årskostnad om 293 552 665 kr.

**Tabell 1: Sammanfattande tabell av löpande lönekostnader redovisat per arbetskategori enligt uppgifter från SCB; MAS (SSYK 223) och sjuksköterska (SSYK 222)**

| Scenarier                                                             | Löpande lönekostnader per år, kr       |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 46 heltidstjänster för MAS                                            | 26 828 448                             |
| 46 heltidstjänster för MAS samt 289 heltidstjänster för sjuksköterska | 26 828 448 + 166 562 780 = 193 391 228 |
| 46 heltidstjänster för MAS samt 539 heltidstjänster för sjuksköterska | 26 828 448 + 310 264 002 = 337 092 450 |

Källa: Statistiska Centralbyrån.

**Tabell 2: Sammanfattande tabell av löpande lönekostnader redovisat per arbetskategori enligt uppgifter från Vårdförbundet**

| Scenarier                                                             | Löpande lönekostnader per år, kr       |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 46 heltidstjänster för MAS                                            | 31 808 051                             |
| 46 heltidstjänster för MAS samt 289 heltidstjänster för sjuksköterska | 31 808 051 + 157 591 430 = 189 399 481 |
| 46 heltidstjänster för MAS samt 539 heltidstjänster för sjuksköterska | 31 808 051 + 293 552 665 = 325 360 716 |

Källa: Vårdförbundet

Uppgifterna om genomsnittslön ska betraktas med viss försiktighet. I statistiken från SCB ingår exempelvis utöver MAS även vissa andra befattningar med samma "SSYK-nummer". I statistiken från Vårdförbundet ingår endast Vårdförbundets medlemmar. Ovan beräknade kostnader bör vidare betraktas som indikationer beräknade utifrån behovet på nationell nivå. Olika kommuner kan ha mycket skilda behov och olika sätt att inom ramen för det kommunala självstyret tillgodose ett eventuellt utvidgat hälso- och sjukvårdsansvar för kommunen.

### Andra kostnader

Utöver lönekostnader för MAS och eventuell annan hälso- och sjukvårdspersonal skulle en utvidgning av MAS uppdrag även medföra andra kostnader. Båda presenterade scenarion innebär, i likhet med Ädelreformen, en förskjutning av hälso- och sjukvårdsansvar från landsting till kommun. Detta innebär att de ekonomiska resurser som motsvarar landstingens kostnader för den verksamhet som kommunen tar över skulle behöva överföras till kommunen. I samband med Ädelreformen löstes detta med stadsbidrag till huvudmännen, skatteutjämningsystem, skatteväxling och med ett nytt mellankommunalt omfördelningssystem vilket innebär att varje kommun fick medel motsvarande kommunens faktiska kostnader för överförd verksamhet och betalningsansvar. Vid en förskjutning av hälso- och sjukvårdsansvaret skulle det

handla om såväl fasta uppstartskostnader som löpande kostnader. Utan en djupare analys är det emellertid svårt att helt överblicka dessa kostnader. Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att det för en realistisk uppskattning av kostnaderna vid en eventuell utvidgning av MAS ansvar behövs en mer omfattande utredning än vad som varit möjligt inom ramen för detta uppdrag.

## Konsekvenser för barn och unga

Barn har i enlighet med artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Sverige ska som konventionsstat sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Det är enligt vad som tidigare anges i denna rapport väl belagt att barn och unga i den sociala barn och ungdomsvården, som grupp betraktad, har sämre hälsa än andra barn i jämförbar ålder.

Socialstyrelsen inrättade hösten 2011 ett Ungdomsråd med ungdomar placerade i HVB och familjehem för att ta del av deras synpunkter på vården. Ungdomsrådet framförde bland annat att de ville ha mer stöd av socialtjänsten, familjehemsföräldrar och personal vid HVB för att upprätthålla kontakten med hälso- och sjukvården när de flyttar till ett annat landsting. Exempelvis genom att fortsätta samtal hos BUP. De uppgav att det är viktigt att de inte hamnar sist i kön på grund av att de flyttar. De tyckte att de själva får ta ett allt för stort ansvar för att det ska bli kontinuitet i vården och att det är svårt att veta vilka vaccinationer de tagit, vilka hälsokontroller de genomgått etcetera.[1].

Det som Ungdomsrådet tog upp återspeglar till stor del de problem som tidigare beskrivits i denna rapport, där samverkan, inte minst med landstinget, spelar en viktig och central roll. Båda tidigare beskrivna scenarier för en utvidgning av MAS uppdrag skulle innebära ännu en person för barn och unga i en utsatt situation, under utredning och placering, att träffa och berätta sin historia för vilket inte nödvändigtvis vore enbart positivt för dessa barn och unga. För det fall en MAS, oavsett enligt vilket scenario, skulle kunna bidra till en bättre kontinuitet i vården genom bland annat förbättrad samverkan skulle det emellertid ändå kunna få positiva konsekvenser för barn och ungas behov bättre än idag skulle kunna fångas upp. För det fall tillgången till hälso- och sjukvård, exempelvis till följd av resursbrister inom landstinget, ändå skulle förbli oförändrad, är det emellertid tveksamt vilken betydelse en utvidgning av MAS uppdrag i realiteten skulle få för barn och ungas möjligheter att få tillgång till hälso- och sjukvård.

## Konsekvenser för jämställdhet och jämlikhet

Av barnkonventionen artikel 2 framgår att konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess föräldrars eller vårdnadshavares. I det avsnitt i denna rapport som berör

skillnader i vårdbehov mellan könen framgår att flickorna i den studie av placerade vid SiS-institutioner som där beskrivs hade en sämre hälsa än pojkarna men att även pojkarna hade en sämre hälsa än andra barn och unga. Även om skillnaden mellan pojkar och flickor inte nödvändigtvis är representativ för hela den sociala barn- och ungdomsvården kan det inte uteslutas att det kan finnas skillnader mellan könen. Införande av MAS skulle även kunna kombineras med ett riktat arbete för att förändra eventuella omotiverade skillnader i hälso- och sjukvård utifrån ett såväl jämställdhets- som ett jämlikhetsperspektiv. En grundläggande faktor är emellertid bristande tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser vilket primärt får anses vara en fråga för befintlig hälso- och sjukvård att arbeta med.

## För- och nackdelar med en utvidgning

Socialstyrelsen har ovan redogjort för två möjliga scenarier vid en eventuell utvidgning av MAS uppdrag.

I det ena scenariot handlar det om att för barn och unga placerade i HVB ge MAS ett ansvar motsvarande det som MAS idag har enligt HSF inom bland annat äldreomsorgen.

I det andra scenariot handlar det om att för barn och unga under utredning och placering, oavsett placeringsform, ge MAS ett ansvar med en ny typ av uppgifter. Exempel på sådana uppgifter skulle kunna vara att bistå socialtjänsten i arbetet med samverkan mellan olika huvudmän och med konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens samt med rutiner för hur socialtjänsten ska kunna verka för att barn och unga får den hälso- och sjukvård de behöver.

Båda dessa scenarier skulle kunna bidra till att förbättra kontinuiteten vad gäller barn och ungas tillgång till hälso- och sjukvård. Båda scenarierna skulle dessutom innebära en riktad satsning för att barn och ungas behov av hälso- och sjukvård uppmärksammas och följs upp.

Såvitt avser en utvidgning av MAS uppdrag till att avse placerade barn och unga i HVB med en utformning motsvarande MAS idag reglerade ansvar inom bland annat äldreomsorgen är det även möjligt att en sådan utvidgning skulle kunna leda till bland annat förbättrad läkemedelshantering vid HVB. Därtill skulle det sannolikt få positiva effekter för dessa barn och unga med en utökad närhet till hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdsbehoven för dessa barn och unga skulle kunna motivera en integrering av socialtjänst och hälso- och sjukvård vid HVB.

I båda angivna scenarier ges MAS ansvar för ett område inom vilket befintlig MAS inte nödvändigtvis har kompetens. Det skulle i vissa fall innebära att det behöver tillsättas en särskild MAS med specifik kompetens anpassad för behoven inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Som exempel på uppgifter för MAS i det scenario som avser ett ansvar med en ny typ av uppgifter anges bland annat att bistå socialtjänsten med konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens. Socialtjänsten ansvarar emellertid inte för att utreda hälso- och sjukvårdsbehov utan endast för att avgöra när det finns anledning att koppla in annan kompetens. Genom exempelvis BBIC ges stöd för vad socialtjänsten kan behöva fråga gällande barn

och ungas behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Om socialtjänsten ändå har behov av konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens är detta något som kan ingå i de överenskommelser som landsting och kommun ska ingå enligt de nya bestämmelserna i SoL och HSL (jfr prop. 2016/17:59 s. 26 f.). Behovet av MAS kan för detta ändamål därmed ifrågasättas.

Det finns dessutom, enligt vad som följer under avsnittet om rättslig reglering, flera bestämmelser såväl i SoL och HSL som i andra författningar och föreskrifter som redan tar sikte på samverkan mellan socialtjänsten och andra aktörer. I detta sammanhang bör, inte minst den individuella plan, SIP, som kommun och landsting vid behov ska upprätta tillsammans, nämnas. Syftet med SIP är, enligt vad som tidigare i denna rapport nämns, att huvudmännen samarbetar för att tillgodose individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst (jfr 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 §§ HSL). Det ska här till även framhållas att det i april 2017 infördes nya lagbestämmelser om överenskommelser mellan kommun och landsting samt om hälsoundersökning inför placering av barn och unga vars effekter ännu inte har kunnat följas.

Det ska vidare framhållas att det för närvarande pågår ett relativt omfattande arbete för att säkra den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen och Skolverket har exempelvis fått ett regeringsuppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd av LVU och hälso- och sjukvård, främst psykiatrisk vård.

Även om en MAS vid en utvidgning skulle kunna upprätta rutiner för när exempelvis specialistsjukvården behöver kontaktas och även om hälso- och sjukvårdspersonal i form av sjuksköterskor vid HVB skulle ha rätt kompetens för att kunna bedöma olika vårdbehov, skulle det vid en utvidgning alltså finnas behov av samverkan med annan hälso- och sjukvård. Därutöver skulle eventuella resursbrister inom specialistsjukvården, exempelvis BUP, kunna leda till att barnet eller den unge, trots inrättande av MAS, ändå inte får sina vårdbehov tillgodosedda.

I båda ovan beskrivna scenarier vid en utvidgning av MAS uppdrag skulle en mer eller mindre omfattande omorganisation sannolikt behöva genomföras. Det ska här till beaktas att en utvidgning av MAS uppdrag innebär en omfattande reform med en förskjutning av hälso- och sjukvårdsansvaret från landsting till kommun. Det kan utifrån detta ifrågasättas om en dylik reform står i proportion till de eventuella vinsterna med densamma.

## Slutsatser

Enligt vad som ovan angivits skulle det visserligen kunna finnas vissa fördelar med att ge MAS ett uppdrag inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det finns dock flera frågetecken kring att ge MAS ett sådant utvidgat uppdrag oavsett form. De problem som framkommit avseende hälso- och sjukvårdsbehov för barn och unga under utredning och placering förefaller vara mer omfattande och komplexa än vad en MAS skulle kunna komma tillrätta

med. Som följer av avsnittet ovan finns dessutom redan idag bestämmelser i författningar som delvis syftar till att lösa problemen. Utöver att kommuner och landsting vid behov ska upprätta en SIP för att tillgodose individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst bör de i april 2017 införda bestämmelserna om överenskommelser mellan kommun och landsting och om hälsoundersökning inför placering av barn och unga här framhållas.

Socialstyrelsen kan sammantaget och mot bakgrund av vad som framkommit inom ramen för detta tidsmässigt begränsade uppdrag, inte finna några sådana tydliga fördelar som motiverar en utvidgning av MAS uppdrag. Om en sådan reform ändå genomförs behöver den föregås av en mer omfattande utredning än vad som varit möjlig att genomföra inom ramen för detta uppdrag. Därvid skulle även eventuella alternativa lösningar på problemen kunna övervägas.

Socialstyrelsen kan i viss mån se en liknande problematik kring barn och unga som bor utanför hemmet med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vid en eventuell reform bör det således övervägas om även denna grupp ska omfattas.

# Referenser

1. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Socialstyrelsen & Skolverket; 2013.
2. Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitets-säkrande funktioner. Socialstyrelsen; 2014.
3. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Socialstyrelsen; 2013.
4. Barn- och unga i familjehem och HVB. Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter. Socialstyrelsen; 2013.
5. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga. Socialstyrelsen; 2014.
6. Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
7. Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
8. Dartingtonprojektet – en försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjehemsvården. Socialstyrelsen; 2000.
9. Föreskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Socialstyrelsen; 2014.
10. Kling, S., Vinnerljung, B., Hjern, A. Hälsokontroll för SiS-ungdomar. En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem. Statens institutionsstyrelse; 2016.
11. Öppna jämförelser och utvärdering. Vård och omsorg om placerade barn. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Socialstyrelsen; 2013.
12. Öppna jämförelser av sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen; 2017.
13. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården. Socialstyrelsen; 2015.
14. Häls- och sjukvård åt asylsökande under år 2015. Sveriges kommuner och landsting; 2016.
15. Häls- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016. Socialstyrelsen; 2016.
16. Nyanlända barns hälsa. Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt. Barnombudsmannen; 2017.
17. Kling, S., Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.
18. Kling S., Nilsson, I., Utsatta barns hälsa. Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2015.
19. Kling S., Nilsson, I., Familjehemsplacerade skolbarns hälsa och hälsovård – uppföljning av 105 barn; 2015.
20. Nationell kartläggning. Läkareundersökning inför placering av barn och unga. Barn- och ungasatsningen. Sveriges kommuner och landsting; 2015.
21. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem? Socialstyrelsen; 2010.