

Vård och omsorg till barn och unga

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård fortsätter att öka. Det gäller särskilt flickor och unga kvinnor som vårdas för depression och ångest. Andelen barn och unga som vårdas för avsiktlig självdestruktiv handling tycks dock minska, men det är ännu för tidigt för att prata om en positiv trend.
- Kompetensen hos personal inom hem för vård eller boende (HVB) behöver stärkas och fler kommuner behöver kompetensutvecklingsplaner för familjehem.
- Allt fler barn och unga har heldygnsinsatser. År 2010 var antalet omkring 25 000. Av de cirka 10 500 barn och unga som påbörjade heldygnsinsatser 2010 var ungefär 7 600 nytillkomna, bland dem många pojkar med en annan vårdnadshavare än förälder eller med okänd vårdnadshavare.
- En stor andel av de barn och unga som placeras på HVB är ensamkommande barn och unga. Individuella bedömningar av hur dessa verksamheter kan tillgodose barnens och de ungas behov görs hälften så ofta som för andra placerade barn. Det är särskilt viktigt att de ensamkommande barnens behov och rättigheter tillgodoses eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen.
- Placerade barn riskerar en ogynnsam hälsoutveckling. Dessa barn har ofta en bakgrund i familjer som präglas av exempelvis missbruk och psykisk ohälsa, och har troligen ett stort behov av kontinuitet i kontakten med hälso- och sjukvård. Även de placerade barnens skolprestationer riskerar att utvecklas ogynnsamt och många får inte fullständiga grundskolebetyg. Trots detta har endast omkring en tredjedel av kommunerna särskilda direktiv om placerade barns hälso- och sjukvård och skolgång.
- De ungas möjligheter att vara delaktiga i vårdens planering och genomförande är generellt sett goda. Men det finns vissa brister. Det handlar till exempel om att ungdomarna inte visas tillräcklig respekt och att de har små möjligheter till att få en förtroendefull kontakt med någon i personalen. Endast hälften av landets kommuner har direktiv för hur barnets åsikter ska inhämtas och dokumenteras under pågående utredning.
- Från den 1 juli 2011 gäller nya regler för rapportering av missförhållanden i socialtjänsten. Enligt bestämmelserna om lex Sarah i SoL och LSS ska bland annat den som bedriver verksamheten snarast anmäla missförhållandet till Socialstyrelsen om det visar sig att det är allvarligt.

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen utvecklingen av vård, omsorg och stöd 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.

Vilka Socialstyrelsen räknar som barn och unga varierar beroende på lagstiftning, men i detta sammanhang menar vi personer i åldrarna 0–21 år.

Situationen för barn och unga samt verksamheter som riktar sig till denna grupp berörs även i några av rapportens andra kapitel. I kapitlet om tandvård lyfter Socialstyrelsen fram tandvårdspersonalens ansvar för att identifiera missförhållanden, i kapitlet om vård och stöd till personer med funktionsnedsättning redogör vi bland annat för förskrivningen av adhd-läkemedel till barn och unga och i kapitlet om socialtjänsten diskuterar vi bland annat barnfattigdom, vräkning av barnfamiljer samt våldsutsatthet bland unga. I kapitlet Ekonomiska analyser redogör vi för kostnadsutvecklingen inom de verksamheter som riktar sig till barn och unga och i kapitlet Hälso- och sjukvård presenteras bland annat uppgifter kring neonatalvård.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att andelen barn och unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård ökar. Vidare konstaterar vi att barn och unga som placeras i familjehem och HVB är en utsatt grupp. Hälsoproblem är vanliga hos dessa barn och unga och de uppmärksammas inte i tillräckligt hög grad.

Barns och ungas hälsa i korthet

År 2010 gjorde Socialstyrelsen en analys av situationen för barn och unga [1]. Analysen visar bland annat följande:

- De yngsta barnen har den högsta andelen hälsoproblem bland de barn och unga som behöver sjukhusvård. 10 procent av de nyfödda behöver sådan sjukhusvård.
- Vart femte barn i åldrarna 1–4 år har haft astmabesvär och vart femte skolbarn har eksem.
- Antalet barn och unga med diabetes har fördubblats under de senaste 20 åren och varje år insjuknar cirka 500 barn och unga i diabetes typ 1.
- Liksom hos vuxna är den fysiska hälsan bland barn och unga ojämnt fördelad i befolkningen, och det finns starka samband med den socioekonomiska situationen.

Socialstyrelsen konstaterar också att barns och ungas behov riskerar att ställas mot andra befolkningsgruppers behov. Anledningen är bland annat huvudmännens ökade krav på prioriteringar, i takt med ökade behov och förväntningar hos befolkningen och begränsade ekonomiska resurser. Ett exempel på ökade behov hos befolkningen är den växande andelen äldre.

Skadehändelser är de vanligaste orsakerna till sjukhusvård

Skadehändelser bland barn är den absolut vanligaste orsaken till såväl död som vård på sjukhus. Av samtliga barn som omkommer i vårt land avlider en tredjedel av skador och förgiftningar och bland dem som vårdas inskrivna på sjukhus vårdas närmare en fjärdedel till följd av någon skadehändelse [2].

Under åren 2005–2009 skrevs drygt 21 000 barn per år ut från slutenvård vid sjukhus efter att ha behandlats för en skada eller en förgiftning. I genomsnitt vårdades 305 barn per år efter att ha utsatts för övergrepp och 1 300 vårdades efter en avsiktlig självdestruktiv handling. Av de sistnämnda var 77 procent flickor. Förgiftning var det vanligaste tillvägagångssättet, 85 procent. De allra

flesta hade överdoserat läkemedel, men några hade förgiftat sig med alkohol. Vid sidan av förgiftning var att skära eller sticka sig med vasst föremål det vanligaste tillvägagångssättet, 7 procent.

Skadehändelser med dödlig utgång är vanligast bland äldre barn, och 67 procent är äldre än 12 år. Närmare två tredjedelar var pojkar. Under åren 2005–2008 omkom i genomsnitt 93 barn per år genom skador och förgiftningar. Sex av tio avled genom olycksfall. Varje år begick i genomsnitt 30 barn självmord och 5 barn per år avled efter att ha utsatts för övergrepp.

Antalet barn och unga som har vårdats inskrivna på sjukhus till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling ökade fram till 2007, men därefter har en viss nedgång skett. Detta är positivt och det är angeläget att även fortsättningsvis följa denna utveckling för att konstatera om det rör sig om en tillfällig eller varaktig nedgång.

Fler än 3 000 barn per år behandlades vid sjukhus under åren 2005–2009 efter att ha utsatts för övergrepp, och av dessa var 86 procent äldre än 12 år. Övergreppen skedde vanligtvis genom obehövligt våld. En femtedel av de flickor som vårdades på sjukhus på grund av övergrepp hade utsatts för sexuella övergrepp. Bland pojkarna skedde de flesta övergreppen utomhus och bland flickor skedde de flesta inomhus, i en bostad [2].

Skador ökar bland spädbarn

Få spädbarn avlider till följd av skadehändelser under det första levnadsåret. I genomsnitt rör det sig om 3,3 barn per år som dör av en skada eller förgiftning under det första levnadsåret [2]. Under 2000-talets första årtionde varierade antalet spädbarn som vårdades på sjukhus till följd av skador. År 2008–2009 var det fler än 6 600 spädbarn per år som skadades på ett sätt som krävde behandling på sjukhus. Antalet spädbarn som skadas minskade något i mitten av decenniet. De senaste åren har dock antalet skador börjat stiga igen och den totala uppgången för hela tioårsperioden uppgår till 7,5 procent för pojkar och till 10,2 procent för flickor.

Det är inte möjligt att utläsa något tydligt dödsorsaksmönster bland de spädbarn som har avlidit under senare år. Bland dem som dog under perioden 2005–2008 avled emellertid fyra genom kvävningsolycksfall. Två barn dog som följd av övergrepp och för ytterligare fyra barn gick det inte att avgöra om dödsorsaken hade förorsakats av olycksfall eller uppsåt [2].

Självrapporterad psykisk ohälsa är vanligast bland flickor

Många unga besvärar sig av huvudvärk, ont i magen och nedstämdhet. Drygt var tredje flicka i åldrarna 13–18 år uppger att hon har huvudvärk minst en gång i veckan, nästan var fjärde har lika ofta ont i magen och nästan var femte flicka är ofta nedstämd [3]. Det visar Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna). Besvaren är något ovanligare bland pojkar. Var femte pojke uppger att de har huvudvärk minst en gång i veckan, var tionde att de har ont i magen och var sextonde att de ofta är nedstämda. Resultaten är i stort sett detsamma som vid den tidigare mätningen för två år sedan. Dessa uppgifter ger dock en begränsad bild av barns och ungas psykiska hälsa, och det är svårt att dra några slutsatser om utvecklingen över tid.

Statens folkhälsoinstitut har genomfört en studie av den psykiska hälsan bland elever i årskurserna 6 och 9, och den ger delvis ett annat resultat. De flesta elever uppger att deras psykiska hälsa är god, men de äldre eleverna uppger att de mår sämre än de yngre [4]. Flickor rapporterar dessutom större psykisk

ohälsa än pojkar. Elever som inte bor hos någon av sina föräldrar skattar dessutom sin psykiska hälsa som sämre än andra elever. Denna grupp utgör ungefär 1 procent av samtliga elever som deltog i undersökningen [4].

Vissa grupper av barn och unga med psykisk ohälsa behöver uppmärksammas särskilt [1]:

- Barn och unga med neuropsykiatriska svårigheter får ofta sekundärproblem, till exempel dålig självkänsla som följd av sociala svårigheter, överkrav och ett felaktigt bemötande.
- Kommunerna har ofta svårt att hjälpa så kallade hemmasittare, det vill säga barn och unga som drar sig undan från såväl skolan som andra sociala kontakter.
- Traumatiserade barn och unga blir inte alltid utredda och får inte adekvat stöd och hjälp.

Stress och trötthet är vanliga orsaker till kroppslig bestraffning av barn

Attityden till kroppslig bestraffning av barn är fortfarande negativ hos en absolut majoritet av de svenska föräldrarna, 92 procent. Detta framgår av en undersökning som har gjorts av Allmänna Barnhuset [5]. Få föräldrar uppger att de har slagit eller gett sitt barn en örfil under det senaste året (3 procent).

Knuffar och omruskningar är dock vanligare. Nästan var tredje förälder uppger att de har knuffat, huggit tag i eller ruskat om sina barn under det gångna året. Andelen har ökat med cirka 20 procent under 2000-talet. Detta beteende är vanligare bland föräldrar som är födda i Sverige än utomlands och betydligt vanligare hos föräldrar som själva blivit slagna som barn. Ett positivt besked är dock att ingen förälder till barn under 1 år uppger att de har ruskat sitt barn.

Nästan hälften av föräldrarna uppger att de var trötta vid den senaste konflikten med barnet, en tredjedel kände sig stressade och en sjättedel ledsna. Det är framför allt stress i den allmänna livssituationen som leder till att föräldern knuffar, hugger tag i eller ruskar om barnet, enligt föräldrarna själva [5].

Våld mellan vuxna är den största riskfaktorn för barnmisshandel

Unga personer ger en mörkare bild än de vuxna. I samma undersökning av Allmänna Barnhuset uppgav 14 procent av de svenska sextonåringarna att de någon gång har blivit slagna och 3 procent uppgav att det har skett flera gånger. Andelen är densamma som i motsvarande undersökning tidigare under 2000-talet [5]. Den största riskfaktorn för barnmisshandel är förekomst av våld mellan de vuxna i hemmet. Om föräldern är alkohol- eller drogpåverkad i samband med konflikten är risken för våld mot barnet betydande.

Ungdomar som har blivit slagna upplever i åtta fall av tio att de har en vuxen att anförtro sig åt. De flesta anförtro sig dock i första hand till en kompis och i andra hand till en nära släkting. 12 procent vänder sig till personal inom skola, ungdomsmottagning, socialtjänst eller polis och 7 procent kontaktar BRIS, jourhavande kompis eller en liknande organisation.

Att bli slagen hemma har många negativa effekter för barnet förutom själva bestraffningen. Barn som blivit slagna blir oftare mobbade och själva mobbare i skolan. De klarar sig sämre i skolan, har betydligt fler kroppsliga och psykiska symtom och råkar oftare ut för skador [5].

Både hälsan och skolprestationerna är sämre för placerade barn

Under 2011 har situationen för placerade barn fortsatt att uppmärksammas av bland andra Socialstyrelsen och forskarvärlden. Studier visar på brister inom såväl hälsovården som skolvärlden. Socialstyrelsen bedömer därför att utbildning och hälsa är två särskilt angelägna områden att arbeta vidare med, för att förbättra villkoren för dessa barn och unga.

Hälsan hos placerade barn är sämre än hos andra barn

Hälso- och sjukvårdsansvaret för barn som är placerade i familjehem delas mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och familjehemmet. Tyvärr saknas det i stor utsträckning kunskap om hur detta delade ansvar fungerar i praktiken, men det fåtal svenska studier som har gjorts visar att det är vanligt med hälsoproblem hos familjehemsbarn och att det finns brister i det medicinska omhändertagandet. Internationell forskning har fått liknande resultat [6–9].

Nyligen genomförde Malmö stad och Region Skåne en gemensam studie av hälsovården för familjehemsplacerade barn i Malmö (0–16 år), och gjorde jämförelser med andra barn i regionen [10]. Studien genomfördes med stöd av Socialstyrelsen. Resultaten pekar på brister i den basala hälsovården och i omhändertagandet av hälsoproblemen hos barn och unga som är placerade i familjehem. Framför allt handlar det om betydande brister, dels i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård, dels i kommunikationen mellan olika aktörer. Resultaten visar också följande:

- Omkring 15 procent av de placerade barnen som har uppnått skolåldern saknar en eller flera vaccinationer i basprogrammet.
- Vart femte placerat barn har inte varit på fyraårskontroll.
- Vart tionde familjehemsbarn har inte genomgått en hörsel- eller synkontroll under de första skolåren.
- Klart färre placerade barn har genomgått en ordinarie hälsoundersökning i skolhälsovården jämfört med andra barn.
- Uppföljningen av tandhälsan för de placerade barnen har brister.
- Det finns indikationer på utbredd psykisk ohälsa bland familjehemsbarnen.

Kunskapen är fortfarande bristfällig om hälsoförhållandena och det medicinska omhändertagandet av barn som tas om hand av samhället, men det råder ändå ingen tvekan om att det krävs åtgärder för att dessa barn i praktiken ska få samma hälsovård som andra barn. De flesta av dessa barn har haft sin tidiga uppväxt i familjer som präglas av familjevåld, föräldrars missbruk och psykisk ohälsa. En del av ohälsan hos dessa barn hörör sig sannolikt till tiden före placeringen. Många av barnen har troligen ett stort behov av kontinuitet i kontakten med en välfungerande hälso- och sjukvård, inklusive tandvård. Deras levnadsomständigheter ställer högre krav på socialtjänsten och hälsovården att följa upp och utvärdera att vården fungerar. Det blir särskilt viktigt eftersom de generella nationella hälsovårdsprogrammen inte tycks fungera tillfredsställande för de omhändertagna barnen [10].

Många placerade barn saknas helt i betygsregistren

Många av de svenskfödda barn som var placerade under årskurs 9 har inte fullständiga betyg från grundskolan [11]. Detta är allvarligt och det handlar om höga siffror. Ungdomar som har följt särskolans läroplan följer ett annat betygs-

system och får därför inte ut fullständiga betyg från grundskolan. De flesta av dessa ungdomar beviljas senare i livet aktivitetsersättning. Men av dem som inte har fått denna eller motsvarande ersättning innan 23 års ålder saknas fullständiga betyg för

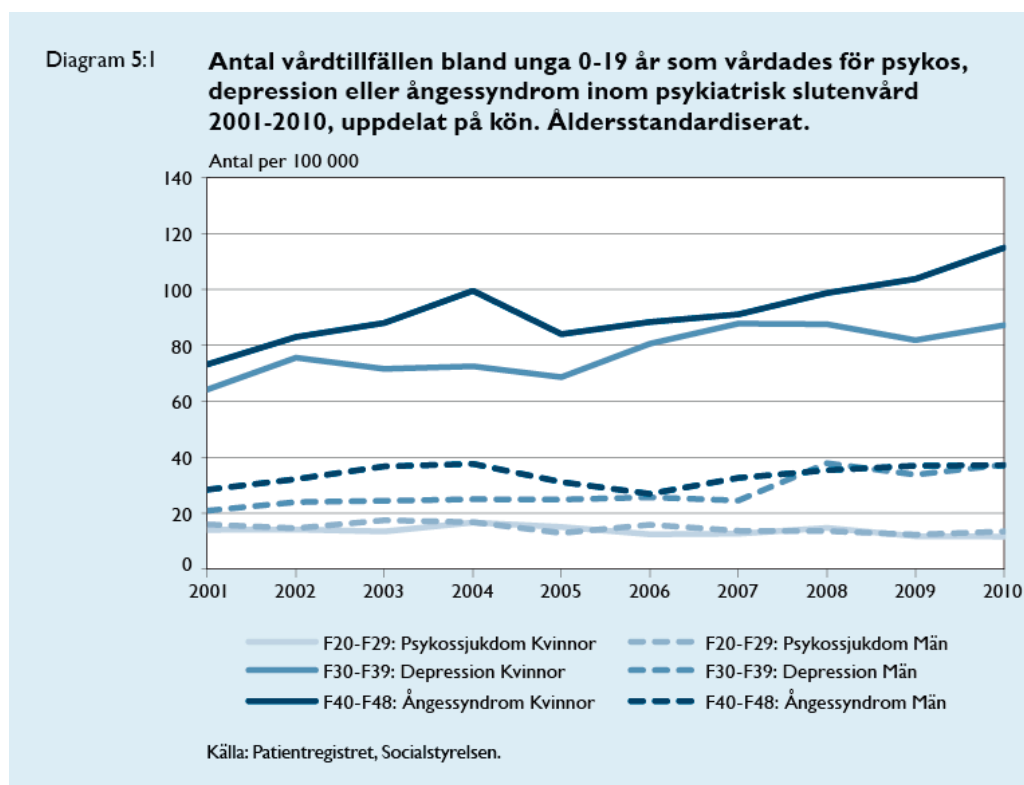
- 12 procent av de barn som placerades före 10 års ålder
- 19 procent av de barn som placerades efter 12 års ålder.

Bristen på betyg från årskurs 9 påverkar framför allt möjligheterna till gymnasiestudier. Mycket tyder på att fullföljt gymnasium är den viktigaste skyddsfaktorn för att barn som har varit placerade i samhällsvård ska kunna få ett arbete och ett gott vuxenliv. Socialstyrelsens analyser visar dock att få av de placerade barnen har gått tre år på gymnasiet [11]:

- 38 procent av de barn (födda 1984–1990) som placerades första gången efter 12 års ålder har gått tre år på gymnasiet.
- 57 procent av de barn (födda 1984–1990) som placerades första gången före 10 års ålder har gått tre år på gymnasiet.

Psykiatrisk slutenvård ökar bland unga

Andelen unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård har ökat under 2000-talet (diagram 5:1) och det gäller framför allt vård för ångest och depression. Ökningen är särskilt tydlig för flickor och unga kvinnor. År 2010 vårdades 115 per 100 000 för ångestsyndrom och 87 per 100 000 för depression [12].



År 2010 vårdades 0,2 procent av alla flickor och unga kvinnor, och 0,1 procent av alla pojkar och unga män i åldern 0–19 år inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård.

Även läkemedelsbehandlingarna för psykisk sjukdom ökar. År 2010 hämtade 1,0 procent av alla flickor i åldern 0–19 år ut antidepressiva läkemedel utskriv-

na på recept, jämfört med 0,5 procent av de jämnåriga pojkarna [13]. Användningen av antidepressiva läkemedel bland barn och unga började öka kraftigt omkring 1993 då de så kallade SSRI-preparaten (selektiva återupptagshämmare) introducerades. Dessförinnan fanns inte några antidepressiva läkemedel som var lämpliga för barn och unga.

Placeringar utanför hemmet ökar

Socialtjänstens heldygnsinsatser till barn och unga ges framför allt i form av familjehemsplacering och HVB. De båda placeringsformerna kan ske med två olika lagstiftningar, antingen SoL eller LVU. Ungefär 24 900 barn fick under 2010 heldygnsplacering med stöd med någon av dessa lagar, vilket är en ökning sedan året innan [14].

*Tabell 5:1. Barn och unga fördelade efter olika heldygnsinsatser 2010
Antal barn vid en särskild mättag samt någon gång under året, avrundade värden*

	Insats 1 nov	Insats någon gång under året
Vård enligt SoL	12 100	19 200
Vård enligt LVU	4 800	6 200
Omedelbart omhändertagande enligt LVU	300	2 400
Vård enligt SoL och/eller insats enligt LVU ¹	17 200	24 900

¹Samtliga barn och unga med någon av de tre insatserna, vård enligt SoL, vård enligt LVU och/eller omedelbart omhändertagande.

Ett barn ingår oftast i fler än ett mått

Källa: Insatser till barn och unga 2010, Socialstyrelsen.

Det är något vanligare att pojkar får någon typ av heldygnsplacering än flickor, 56 respektive 44 procent.

Drygt 70 procent av de 10 500 barn och unga som under 2010 placerades i HVB eller i familjehem var nytillkomna, det vill säga de hade inte fått någon heldygnsinsats under de föregående fem åren.

Sedan 2003 har andelen pojkar i åldern 13–17 som fått heldygnsinsatser i form av HVB ökat. Den främsta förklaringen till detta är ökningen av ensamkommande barn och unga, se nedan.

Familjehemsplaceringarna har minskat något, men är fortfarande den vanligaste placeringsformen. Ungefär 70 procent av dem som vårdas med stöd av SoL vistas i familjehem. Motsvarande andel för dem som vårdas med stöd av LVU är 74 procent. Resten vårdas i HVB. Familjehemsplaceringar är vanligare bland flickor än bland pojkar.

Orsakerna till beslut om LVU kan vara olika. Brister i hemmiljön är den vanligaste orsaken (70 procent), följt av problem med det egna beteendet (25 procent). För drygt 5 procent är orsaken en kombination av brister i hemmiljön och beteendet. Jämfört med året innan är förändringarna marginella.

Brister i hemmiljön är vanligast för barn i åldrarna 0–12 år. Ju äldre barnen är, desto vanligare är det att de får vård till följd av sitt eget beteende. För ungdomar som är 18 år eller äldre kan en insats enligt LVU endast beslutas på grund av eget beteende.

Att åberopa barnets eget beteende som skäl för en insats enligt LVU är vanligare när det gäller pojkar än flickor [14].

Personligt stöd är den vanligaste öppenvårdsinsatsen inom socialtjänsten

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser till barn och unga kan ges i form av olika stöd. Barnet eller den unge kan till exempel bli inskriven i strukturerade öppenvårdsprogram med tydliga mål. Samtliga stöd ges enligt SoL. År 2010 hade cirka 28 300 barn och unga ett beslut om en behovsprövad öppenvårdsinsats (tabell 5:2) [14]. Majoriteten var pojkar, 56 procent. Samma år hade ungefär 24 600 barn och unga personligt stöd, vilket gör den till den vanligaste öppenvårdsinsatsen.

Tabell 5:2. Antal barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser enligt SoL under 2010, 0–20 år, avrundade värden

Insats enligt SoL	Antal barn/unga			
	Ålder			
	0–20	0–12	13–17	18–20
Strukturerade öppenvårdsprogram	9 800	3 300	4 300	2 200
Behovsprövat personligt stöd	24 600	10 900	9 500	4 200
Kontaktperson/kontaktfamilj	20 700	10 400	7 300	3 000

Källa: Insatser till barn och unga 2010, Socialstyrelsen.

Ensamkommande barn och unga står bakom en stor del av ökningen inom HVB

År 2010 var antalet asylsökande ensamkommande barn och ungdomar 2 400 stycken och sedan 2004 har antalet mer än femdubblats [15]. Under 2011 beräknas sammanlagt cirka 2 400 ensamkommande barn och ungdomar ansöka om asyl. Majoriteten av dem som har sökt asyl under 2011 är pojkar 15–17 år, framför allt från Afghanistan.

När ett ensamkommande asylsökande barn anländer till Sverige blir barnet erbjudet ett tillfälligt boende enligt SoL i den kommun där barnet ger sig till känna för svenska myndigheter (så kallad ankomstkommun). Samtliga kommuner kan bli ankomstkommuner, men det blir oftast någon av de nio kommuner där Migrationsverket har kontor där ensamkommande barn kan ansöka om asyl. Så snart som möjligt efter ankomsten ska Migrationsverket hänvisa barnet till en så kallad kommun med överenskommelse. Den kommunen svarar för boende och omsorg under den tid då ansökan om asyl prövas, men även under tiden därefter för de barn som beviljas uppehållstillstånd. Socialtjänstens ansvar omfattar således både perioden då ansökan prövas och perioden därefter.

Så länge ensamkommande barn och ungdomar måste vänta på anvisning är bristen på platser i ankomstkommunerna akut. Den 20 juni 2011 vistades 344 barn och unga i ankomstkommuner [15].

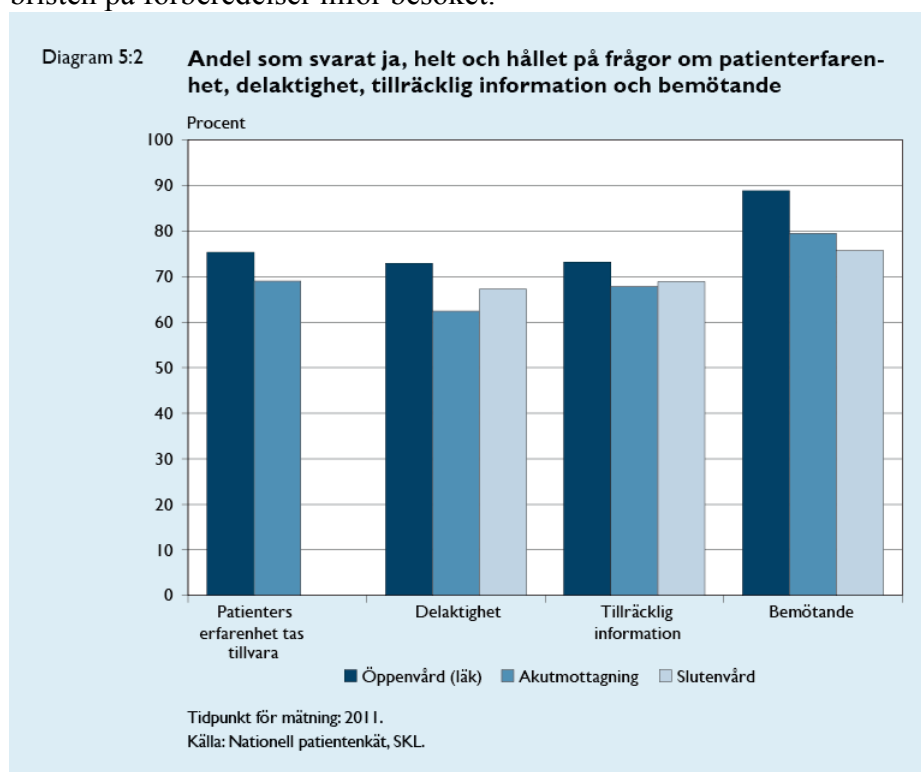
Patientfokuserad vård

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten.

Föräldrarna ger bemötandet i öppenvården högst betyg

Våren 2011 undersökte Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) föräldrars och barns upplevelse av sjukvårdens akutmottagningar, öppenvård och slutenvård [16]. Resultaten från undersökningen tyder på att föräldrar generellt sett är nöjda med vården (diagram 5:2). De flesta tycker att barnen blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Föräldrarna upplever också att de och barnen får tillräckligt lång tid med läkaren och att det finns en plan för fortsatt vård.

Bäst omdömen får öppenvården, men här finns även utrymme för förbättringar. Många föräldrar saknar information om förseningar och information om eventuella biverkningar av barnets nya läkemedel. Dessutom vill föräldrarna i större utsträckning kunna påverka dag och tidpunkt för besöket. Föräldrarna är också mindre nöjda med möjligheterna till sysselsättning i väntrummen och bristen på förberedelser inför besöket.



När det gäller slutenvården är föräldrarna mycket nöjda med att de får stanna över natten hos barnen, i den utsträckning de önskar (96 procent). Däremot finns det synpunkter på bekvämligheten och tillgången till måltider. Föräldrarna är i stor utsträckning nöjda med informationen från sjukhuset inför att barnet läggs in, men de saknar information om när barnet kan gå tillbaka till skolan och återuppta sina fritidsaktiviteter. Många upplever att sjuksköterskorna inte är tillräckligt uppdaterade om barnets tillstånd. Trots det anser de allra flesta att barnets aktuella behov av sjukvård blir tillgodosett.

Föräldrarna skattar bemötandet inom akutsjukvården som något sämre än öppen- och slutenvården, men akutvården får ändå övervägande positiva omdömen. De flesta föräldrar anser att deras barn får tillräcklig avskildhet vid undersökning och behandling. Avskildheten är också tillräcklig när föräldrarna själva samtalat med personalen om barnets tillstånd eller behandling.

Sammanlagt svarade 24 000 föräldrar på hur de upplevde besöket eller vistelsen inom barnsjukvården, vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 50 pro-

cent. Några mer långtgående slutsatser kan därför inte dras av undersökningen, men resultaten ger ändå indikationer på vad som fungerar bra och vad som bör förbättras [16].

Tillgänglig vård och omsorg

Vården ska vara tillgänglig och fördelad efter behov. Den ska dessutom ges i rimlig tid. En tillgänglig socialtjänst betyder att alla barn och unga med sådana behov ska ha rätt till tjänsterna, oavsett etnisk och socialt bakgrund eller var i landet de bor. I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att det finns brister i tillgängligheten till såväl elevhälsan som barn- och ungdomspsykiatri.

Elevhälsan räcker inte till

De flesta skolor har tillgång till skolsköterska, skolläkare, skolpsykolog, kurator och specialpedagogiska insatser, men inte i tillräcklig omfattning [17]. Mer än var tredje rektor anser att skolpsykologens tid inte räcker till och många anser också att kuratorn har för lite tid för att möta elevernas behov. Det konstaterar Skolinspektionen efter att ha granskat grundskolornas elevhälsa.

Barnhälsovården och elevhälsan är centrala delar i samhällets grundläggande skyddsnät för barn och unga. Verksamheterna når nästan alla barn och unga och har ett brett psykosocialt uppdrag. Samtidigt finns det stora skillnader i landet. Strukturerna i verksamheterna och den vetenskapliga anknytningen är inte lika starka som inom andra specialiteter.

Sedan den 1 juli 2011 gäller nya bestämmelser om elevhälsan i skollagen (2010:800). Elevhälsans aktiva medverkan behövs för att bryta en del av de negativa utvecklingslinjer som kan skönjas när det gäller barn och ungas hälso-tillstånd och livssituation i övrigt [17].

Under perioden 2012-2015 gör regeringen en särskild satsning för att stärka elevhälsan. Den största delen av satsningen är ett statsbidrag som kommuner och skolhuvudmän kan söka för att anställa fler skolläkare, skolsköterskor, skolkuratorer, skolpsykologer, speciallärare och specialpedagoger.

Nio av tio kommer till barnläkare inom 90 dagar

I den nationella patientenkäten uppgav 90 procent av föräldrarna att deras barn fick komma till barnsjukvården inom tre månader efter beslut om undersökning eller behandling, det vill säga inom den tid som vårdgarantin anger. Andelen som anser att väntetiden var rimlig är lägre, 75 procent [16]. Resultaten visar dessutom följande:

- Många föräldrar till barn som har vistats inom slutenvården tycker att barnet blev utskrivet vid rätt tidpunkt (87 procent). Andelen som anser att barnet skrevs ut för tidigt var 11 procent, medan 2 procent tycker barnet var kvar för länge.
- De flesta barn som kommer till akutsjukvården blir undersökta av en läkare inom en timme. Ungefär 45 procent fick vänta två timmar eller mer på en läkarundersökning.
- När det gäller akutvården efterlyser många föräldrar information om i vilken ordning patienter prioriteras, hur länge man behöver vänta på undersökning samt hur besöket går till [16].

En särskild uppföljning av väntetider till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) visar att antalet barn som väntar på ett första besök till BUP har ökat [18]. I mars 2011 väntade cirka 3 900 barn och unga på ett första besök, vilket är den högsta siffran sedan maj 2009. Flera landsting uppvisade också ett sämre resultat för väntetider i mars 2011 jämfört med i oktober 2010. Tillgängligheten mäts i SKL:s databas Vänettider i vården.

I vissa landsting utreds målgruppen även vid andra enheter än BUP, men det är bara verksamheten vid BUP som är kopplad till databasen Vänettider i vården. Det är därför svårt att få en överblick över hur många barn och unga som totalt väntar på sitt första besök eller på utredning eller behandling [18]. Dessutom varierar det mellan olika landsting hur många som väntar vid en viss tidpunkt. Skillnaderna mellan landstingen kan inte enbart förklaras av skillnader i befolkningsmängd. Landstingen skiljer sig åt både hur verksamheten för målgruppen är organiserad och vilka verksamheter som utför utredningar för målgruppen. Det har därför varit svårt att få en överblick av hur många barn och unga som väntar på sitt första besök, på utredning eller behandling. En ny modell för inrapportering av väntetider till BUP började därför användas från hösten 2011.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Hälso- och sjukvården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och på så sätt vara kunskapsbaserad. Vård och omsorg ska ges med beprövade och effektiva metoder och så långt som möjligt utformas för att möta den enskildes behov på bästa sätt. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning.

Läkemedelsförskrivningen till barn och unga kan förbättras

Socialstyrelsen har under det gångna året uppmärksammat läkemedelsförskrivningen till barn och unga på flera sätt, bland annat genom tillsynen och genom öppna jämförelser av kvaliteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Kunskapsbrister om läkemedelsbehandling hotar patientsäkerheten

Läkemedelshantering är ett välkänt riskområde inom hälso- och sjukvården. Avvikelser som rör läkemedel är bland de vanligaste avvikelserna. Barn är särskilt känsliga för läkemedel, i synnerhet nyfödda och spädbarn. Trots detta medicineras många med läkemedel som inte har provats ut på barn, i brist på tillgänglig kunskap [19].

Avvikelser som rör läkemedelsbehandling och läkemedelshantering kan leda till allvarliga vårdskador. Socialstyrelsen har därför gått igenom de tillsynsärenden som gällt barn och läkemedel där Socialstyrelsen fattade beslut under 2010. I merparten av fallen handlar det om felaktiga ordinationer.

I samband med tillsynen av HVB kartlade Socialstyrelsen bland annat förekomsten av hälso- och sjukvårdsinsatser och uppmärksammade då särskilt verksamheternas hantering av läkemedel. En sammanställning av enkätsvaren från cirka 300 HVB visar att i drygt 80 procent av verksamheterna finns det barn som använder någon form av läkemedel. Oftast har personalen hand om dessa läkemedel och ger dem till barnen. Vid knappt en fjärdedel av dessa HVB har barnen själva hand om läkemedlen.

En närmare inspektion av några HVB visar att det finns brister i hanteringen av läkemedel och framför allt en okunskap om vilka regler som gäller. De in-

spekterade verksamheterna uttrycker också att de vill ha mer kunskapsstöd för att kunna bedriva en säker vård och omsorg.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs mer kunskap om läkemedelsanvändning vid behandling av barn. För detta ändamål krävs såväl mer forskning och systematisk uppföljning [19].

Förskrivning av penicillin

Måluppfyllelsen för penicillin V vid behandling av luftvägsinfektion hos barn visar att det finns skillnader mellan landstingen och utrymme för förbättringar [20]. Under 2010 behandlades 24 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion. De flesta luftvägsinfektioner beror på virussmitta och går över av sig själva, men inte alla. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta är penicillin V (Fenoximetylpenicillin) förstahandsval och bör därför användas i de flesta fall¹.

I riket är andelen penicillin V-behandlade barn knappt 75 procent av alla de som behandlas med antibiotika mot luftvägsinfektion. Andelen bland pojkar är något högre än bland flickor. I riket har andelen med penicillin V ökat något jämfört med jämförelseperioden 2007. Det finns dessutom skillnader mellan landstingen. Den lägsta andelen förskrivning av penicillin V sker i Stockholm och Gotland med 67 procent, medan Värmland har den högsta andelen, 87 procent.

Någon absolut målnivå finns inte, men resultaten för landstingen som har högst andel penicillin V ger en god fingervisning om vilka resultat som är möjliga att uppnå [20].

Oförändrad användning av standardiserade bedömningsinstrument

Socialtjänstens handläggare behöver dokumentera sina erfarenheter och sin kunskap, för att kunna visa på effekter av socialtjänstens insatser för barn och unga och bedöma om socialtjänstens insatser leder till en förbättrad livssituation för de barn som berörs. Dokumentation måste göras på ett likartat (standardiserat) sätt. I detta syfte har standardiserade bedömningsinstrument tagits fram, det vill säga formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ. Det kan vara formulär för intervjuer, skattning, självskattning eller observation. Exempel på sådana bedömningsinstrument är ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) och SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth).

År 2010 redovisade Socialstyrelsen för första gången i vilken omfattning socialtjänsten har rutiner som stödjer användningen av standardiserade bedömningsinstrument inom barn- och ungdomsvården [11]. Då handlade det om mindre än hälften av kommunerna, 45 procent. Sedan dess har andelen kommuner som använder sig av sådana instrument bara förändrats marginellt.

Det bör i detta sammanhang framhållas att frågan om standardiserade bedömningsinstrument bara har ställts till de kommuner som har angett att de har dokumenterade riktlinjer som stödjer användning av standardiserade bedömningsinstrument inom barn och ungdomsvården [11].

¹ Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora.

Personalens kompetens behöver stärkas

Andelen kommuner som har en samlad plan för familjehemmens kompetensutveckling är fortfarande låg, trots att den ökade med 10 procent åren 2010–2011. Det innebär att cirka 40 procent, 116 kommuner, numera har en sådan plan [11].

När en socialnämnd eller motsvarande fattar beslut om vård av ett barn eller en ungdom utanför det egna hemmet är nämnden skyldig att noga följa vården (6 kap. 7 § Sol och 5 kap. 1b§ Socialtjänstförordningen (2001:937)). Vid en familjehemsplacering ska nämnden även ge familjehemmet råd, stöd och annan hjälp som de behöver. Behovet av sådana insatser har påtalats av familjehemmens egna organisationer och bör kunna bidra till ökad säkerhet och trygghet för de placerade barnen.

När personal handlägger och följer upp ärenden som rör barn och unga bör kompetenskraven vara socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet inom socialt arbete, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:12) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga. I de flesta kommuner, 85 procent, uppfyller handläggarna de kraven, medan de i resterande kommuner, 15 procent, inte gör det [11]. Andelen kommuner som uppfyller kravet har minskat något under det senaste året.

Personalen behöver kontinuerligt stöd, handledning och utbildning för att upprätthålla och utveckla den kompetens som krävs för att arbeta med barn och unga. Drygt hälften av kommunerna har en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, vilket är en marginell ökning sedan föregående år.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende anges särskilda krav på kompetensen hos föreståndare för HVB [20]. De ska ha adekvat högskoleutbildning som bör omfatta minst 120 poäng. Övrig personal ska ha den utbildning, erfarenhet och personliga lämplighet som krävs för den aktuella målgruppen och för de metoder som används. Cirka åtta av tio verksamheter bedöms ha föreståndare som uppfyller kraven på formell kompetens, och nio av tio verksamheter bedöms ha övrig personal som uppfyller de grundläggande kraven på utbildning och erfarenhet [19]. I de fall personalen saknar relevant kompetens handlar det ofta om äldre HVB som beviljades tillstånd innan kraven på utbildning skärptes. Vidare är bristande kompetens hos föreståndare vanligare i kommunal än i enskild verksamhet, vilket också kan ha ett samband med när boendet i fråga etablerades.

Det är vanligare att personalen saknar ingående kunskap om målgruppen än att den saknar formell kompetens. Detta gäller särskilt vid boenden för ensamkommande barn och unga. I dessa fall saknar nästan 20 procent av boendena kompetens om målgruppen. Motsvarande andel för övriga HVB är 7 procent. Det bör också nämnas att en del kommuner och HVB ställer höga krav på välutbildad personal, till exempel högskoleutbildning, och går på så sätt längre än Socialstyrelsens föreskrifter [19].

Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande. Det förutsätter att den enskilde är delaktig i planeringen av stödet och har ett reellt inflytande. Barnets rätt att komma till tals är särskilt viktig i sammanhanget.

De ungas syn på HVB varierar

När unga själva uttalar sig om sitt HVB blir bilden nyanserad. Inom ramen för sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen talat med 1 370 pojkar och flickor som var placerade på HVB [19]. De fick möjlighet att berätta om sin situation i stort, men framför allt tillfrågades de om sina möjligheter till delaktighet och om de kände sig trygga och hade förtroende för personalen.

De flesta unga ger en nyanserad bild av sitt HVB med både positiva och negativa omdömen. Men det är också tydligt att ungdomarna på vissa HBV är mer nöjda än andra. En del som inte är nöjda berättar om personal som är otrevlig och inte bemöter dem respektfullt, och vissa tycker att innehållet i vården är torftigt.

De ungas möjligheter att vara delaktiga i vårdens planering och genomförande är generellt sett goda. I 38 av 410 verksamheter har Socialstyrelsen emellertid konstaterat vissa brister. I 13 verksamheter bedömer Socialstyrelsen att ungdomarna inte visas tillräcklig respekt och att de har små möjligheter till att få en förtroendefull kontakt med någon i personalen. Det är vanligare att ensamkommande barn och unga inte känner sig respekterade och saknar en förtroendefull kontakt, 7 procent jämfört med 2 procent [19].

Bara varannan kommun har direktiv om delaktighet

Omkring hälften av landets kommuner har antagit direktiv om hur barnets åsikter ska inhämtas och dokumenteras under pågående utredning. Det visar Barnombudsmannens enkätundersökning om huruvida kommunerna har antagit egna direktiv om omhändertagande och placering av barn och vad som i så fall behandlas i dessa [21]. Resultaten visar även att det är mindre vanligt med direktiv om uppföljning och utvärdering vid avslutad vård. Ungefär en tredjedel av kommunerna har särskilda direktiv om det placerade barnets hälso- och sjukvård samt skolgång, medan en femtedel har direktiv om hur socialtjänsten ska agera vid missförhållanden i familjehem eller HVB.

Bakgrunden till undersökningen är att Barnombudsmannen 2010 mötte drygt 100 barn och ungdomar som befann sig i olika familjehem och HVB. Med utgångspunkt i dialogen med dessa barn ringade Barnombudsmannen in flera bostadsområden inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det gällde bland annat information och delaktighet, uppföljning under placeringstiden och personalens kompetens och bemötande [21].

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

En socialtjänst som präglas av helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde behöver tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner ska tjänsterna samordnas med utgångspunkt i den enskildes livssituation. Det måste vara tydligt vilket stöd olika aktörer har ansvar för och det måste finnas kontinuitet i de tjänster som ges. Detta är särskilt viktigt när det gäller barn och unga.

Allt fler kommuner tecknar samverkansöverenskommelser

I frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa har socialnämnden en lagstadgad skyldighet att samverka med berörda samhällsorgan, organisationer och andra. Nämnden ska även aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (5 kap. 1 a § SoL). Fler överenskommelser har tillkommit mellan socialtjän-

tens ledning och samverkansparter. På så sätt har förutsättningarna för samverkan blir bättre [11]. Överenskommelserna handlar om vad som gäller på politisk ledningsnivå eller på förvaltningsledningsnivå. Syftet med överenskommelserna är att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan parterna, med eller utan ekonomiska åtaganden.

Åtta av tio kommuner uppger att de numera har överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och skolan och förskolan. Detta är en påtaglig förbättring sedan föregående år då endast fyra av tio kommuner hade sådana överenskommelser. Det har också blivit vanligare med överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och barnhälsovård. Mer än hälften av kommunerna uppger att de har sådana samverkansöverenskommelser, vilket kan jämföras med drygt var tredje året innan [11].

Rättssäker socialtjänst

Nästan alla kommuner har rutiner för klagomålshantering

Nästan alla kommuner, 92 procent, har rutiner för hantering av fel och brister. Klagomålshanteringen är ett viktigt verktyg i arbetet för att utveckla och förbättra servicen och kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. Det innebär att socialnämnden tar in synpunkter från dem som berörs av verksamheterna, som en del i sitt systematiska förbättringsarbete. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas om hand, sammanställas och analyseras.

Kvalitetsarbetet ska alltid utgå från den enskilda mottagarens perspektiv. Det är av avgörande betydelse att all personal involveras i förbättringsarbetet och att ledningen uppmuntrar och stödjer detta. Att kontrollera det arbete man själv utför samt att identifiera och rapportera fel och brister ska vara självklara delar i det dagliga arbetet.

Större trygghet i myndighetsutövningen med BBIC

BBIC (Barns behov i centrum) är ett handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. Det bygger också på grundprinciper om samarbete mellan barn, föräldrar och andra professionella och har barnet eller den unge i centrum. I en verksamhet som kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig roll för en helhetssyn utan också för kontinuitet i myndighetsutövningen.

Allt fler kommuner har ordinarie licens för BBIC, cirka 56 procent jämfört med cirka 45 procent 2010 [22]. Cirka 45 procent av kommunerna använder sig också av standardiserade bedömningsinstrument. När detta görs tillsammans med BBIC ökar förutsättningarna för evidensbaserad praktik och förbättrad kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården.

Socialstyrelsen har uppmuntrat kommunerna att gå samman i regionala BBIC-nätverk för att gynna ett utvecklingsinriktat klimat med utbyte och stöd mellan personalen. Dessa fungerar även som lokala plattformar för att organisera och genomföra såväl lokala utbildningar som Socialstyrelsens utbildningar av lokala BBIC-utbildare. De 28 regionala BBIC-nätverken och de 27 regionala BBIC-samordnarna bjuds regelbundet in till Socialstyrelsen för information, dialog och erfarenhetsutbyte [22].

Få lex Sarah-anmälningar kommer in

Den 1 juli 2011 fick SoL och LSS nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten [23]. Trots detta är antalet inkomna anmälningar som rör barn och familj fortfarande få. Under perioden 1 juli–30 november 2011 kom endast sex ärenden in [26].

Rättsäkerheten brister för ensamkommande barn och unga

Det är särskilt viktigt att de ensamkommande barnens behov och rättigheter tillgodoses eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen. De befinner sig dessutom i en ny och främmande kultur utan kunskaper i svenska språket. Socialstyrelsen kan emellertid konstatera att dessa barn har färre kontakter med socialtjänsten jämfört med andra heldygnsplacerade ungdomar. Dessutom gör socialtjänsten individuella bedömningar i alldeles för liten utsträckning.

De flesta ensamkommande barn och unga placeras på HVB. Individuella bedömningar av hur dessa verksamheter kan tillgodose ungdomens behov görs endast vid drygt 40 procent av de boenden som tar emot ensamkommande barn och unga. Motsvarande siffra för övriga HVB är dubbelt så hög. In- och utskrivningsbeslut och samtycke från barnet saknas dessutom alltför ofta [19].

Socialstyrelsens intryck är att även socialtjänstens handläggare saknar kunskap om vad som gäller för ensamkommande barn och unga. Ibland utreds barnets behov endast summariskt. Handläggare överväger inte vilken placeringsform barnet eller ungdomen behöver utan hänvisar automatiskt till de boenden som kommunen har tillgång till.

Ytterligare indikation på att ensamkommande barn behandlas annorlunda än övriga barn är att 78 procent av de ensamkommande barnen har kontakt med sin socialsekreterare, medan motsvarande andel bland de övriga barnen är drygt 90 procent [19].

Socialstyrelsens åtgärder direkt till unga får alltmer genomslag

Det är Socialstyrelsens uppgift att ta fram relevant information, dels till barn och unga som stadigvarande vistas utanför hemmet, dels till deras vårdnadshavare. Att informera om att barnet eller ungdomen kan föra samtal med socialtjänsten utan vårdnadshavarens samtycke eller närvaro är en naturlig del i uppgiften. Sedan 2010 arbetar Socialstyrelsen aktivt för att nå ut med information som riktar sig direkt till placerade barn och unga och på andra sätt nå dessa barn.

Information som riktar sig till barn och unga

Under 2010 tog Socialstyrelsen fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och ungdomar som är placerade i familjehem, HVB och institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse (SIS-institutioner). Informationsmaterialet vänder sig även till barnens vårdnadshavare.

Materialet kan beställas kostnadsfritt från Socialstyrelsen och finns att hämta eller läsa på Socialstyrelsens webbplats. Det har översatts till ett tiotal språk, lättläst svenska samt minoritetsspråken och har fått stor spridning framför allt inom HVB. När det gäller familjehemmen har genomslaget varit svagare.

I materialet hänvisas till ett 020-nummer hos Socialstyrelsen dit barn och unga kan ringa när de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten eller när de vill veta vilka rättigheter de har. Numret togs i bruk i april 2010 och vid utgången av det året hade 96 telefonsamtal och 22 e-postmeddelanden inkommit från barn och unga. Under 2011 hörde 216 barn och unga av sig via telefon eller e-post, det vill säga fler än under 2010 [25].

De vanligaste frågorna eller önskemålen från ungdomar är att de vill

- ha reda på sina rättigheter
- komma i kontakt med socialtjänsten
- få en annan placering eller någon annan förändring
- få en tydligare bild av varför de är placerade och vad som kommer att hända framöver.

Försöksverksamhet med tillsynsombud

Sedan 2010 pågår en treårig försöksverksamhet med så kallade tillsynsombud i tio kommuner. Syftet är att undersöka om det fungerar bättre för familjeplacerade barn i kommuner där det finns tillsynsombud jämfört med kommuner som saknar en sådan resurs.

Tio inspektörer från fem regionala tillsynsenheter arbetar som ombud under halva sin arbetstid. Deras främsta uppgift är att bilda sig en uppfattning om huruvida barnet eller den unge har det bra i familjehemmet och att ge barnet möjlighet att tala med en utomstående vuxen.

Målet var att få med 60 barn i projektet, vilket inte har varit helt lätt. Antingen har barnen tackat nej eller så har handläggaren i socialförvaltningen bedömt att det inte är lämpligt för barnet att delta. Numera deltar 58 barn i försöksverksamheten. Tillsynsombuden träffar varje barn minst fyra gånger om året eller oftare om barnet så önskar. Till de vanligaste frågorna och funderingarna hör: Varför är jag placerad? Varför bor jag här? Hur får jag träffa mamma och pappa? Vilka rättigheter har jag i familjehemmet? Vem är det som bestämmer?

Forskare från Örebro universitet följer och utvärderar projektet, men det är ännu för tidigt att redovisa några erfarenheter från det. I detta sammanhang är det dock viktigt att påpeka att ombudet inte ersätter kommunernas uppföljningsansvar.

Referenser

1. Barn och unga inom Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen; 2010.
2. Skador bland barn i Sverige – Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiv handling – Rapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
3. www.scb.se
4. Kartläggningen av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Statens folkhälsoinstitut; 2011. R 2011:09.
5. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011. Allmänna Barnhuset; 2011.
6. Dartingtonprojektet. En försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjevården. Socialstyrelsen; 2000.
7. Hjern A, Vinnerljung B. Health care for children in foster and residential care. Invited commentary. Acta Paediatr 2002;91: 1153–1154.
8. Egelund T, Andersen D, Lausten M, Knudsen L, Olsen R F & Gerstoft F. Anbragte Børns Vilkår og Udvikling. Resultater Fra SFI's Forløbsundersøgelser af 1995-Årgangen. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research; 2008.
9. Jaudes PK, Bilaver L, Goerge R, Catania C. Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. Child Welfare 2004;83: 215–38.
10. Fosterbarns Hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
11. Öppna jämförelser av barn - och ungdomsvård. Hämtad 2011-11-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/barnochunga>
12. Socialstyrelsens Patientregister. Bearbetningar 2011-12-16.
13. Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Bearbetningar 2011-12-16.
14. Barn och unga – insatser år 2010. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2011.
15. Aktuellt om ensamkommande barn och ungdomar. November 2011. Migrationsverket; 2011.
16. Nationell Patientenkät: Barnsjukvård 2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
17. Skolinspektionen. Elevhälsa. Sammanställning av rektorernas samtliga svar uppdelade på fristående och kommunala huvudmän. Hämtad 2011-10-15 från <http://www.skolinspektionen.se/Documents/Regelbunden-tillsyn/flygande%20tillsyn/elevhalsa-resultat.pdf>
18. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Socialstyrelsen; 2011.
19. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
20. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2011.

21. Socialnämndens ansvar för barn i samhällsvård. Barnombudsmannens enkätstudie angående nämndernas egna direktiv för arbete med barn och ungdomar som omhändertas för samhällsvård. Barnombudsmannen; 2011. Barnombudsmannen rapportera BR 2011:02.
22. Uppgifter från utredare Katarina Munier, Socialstyrelsen 2011-10-15.
23. Socialstyrelsen. Lex Sarah – nya bestämmelser den 1 juli 2011. Hämtad 2011-12-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/lexsarah>
24. Uppgifter från utredare Camilla Olofsson, Socialstyrelsen, 2011-12-01.
25. Uppgifter från utredare Åsa Börjesson, Socialstyrelsen, 2011-12-19.