

Vård och stöd till vissa
utsatta grupper

3.

Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Slutsatser

- Antalet barn och unga som får vård för psykisk ohälsa fortsätter att öka, och det är framför allt vård för depressioner och ångestsjukdomar som ökar. Tidiga tecken på psykisk ohälsa är en väsentlig riskfaktor för psykiatrisk vård senare i livet. Det finns emellertid brister i ansvarsfördelning i första linjens vård vid psykisk ohälsa, och barn, unga samt deras familjer vet inte alltid vart de ska vända sig. Inom barn- och ungdomspsykiatri är rekryterings- och bemanningsproblemen en fortsatt utmaning. Det är dock positivt att barns och ungas tillgänglighet till den psykiatriska vården har förbättrats. Samtidigt har barn- och ungdomspsykiatri allvarliga brister i patientsäkerhet som det är viktigt att verksamheterna kommer till rätta med.
- De placerade barnens levnadsomständigheter och deras sämre hälsa ställer ökade krav på socialtjänsten och hälso- och sjukvården att anpassa vården och omsorgen så att den bättre svarar upp mot placerade barns behov. Det är viktigt att verksamheter och forskare fortsätter att följa hälsan och livsvillkoren för denna grupp, och att samverkan mellan olika verksamheter förbättras.
- Stödet till barn och unga med funktionsnedsättning har blivit bättre, men fortfarande kvarstår vissa brister. Gruppens delaktighet vid utformning av stöd måste öka och olika aktörers samordning av stöden måste bli bättre.
- Hemlöshet bland unga är relativt ovanligt, men för var femte som är ung och hemlös har problematiken varat i flera år. Konflikt i familjen är den vanligaste orsaken till hemlöshet bland barn och unga. Trots att de flesta får olika insatser från socialtjänsten så finns det ett antal som inte får några insatser alls.
- Barns och ungas utsatthet för lindrigt våld tycks ha minskat, men förekomsten av grövre våld är oförändrad. På flera håll i landet pågår arbetet med att bygga upp team, som ska ge samordnat stöd till våldsutsatta barn och unga. Samtidigt behöver andra aktörers tillämpning av anmälningsskyldigheten till socialtjänsten bli bättre, liksom möjligheterna för de utsatta barnen och unga att själva komma till tals.
- Stödet till ensamkommande barn och unga har förbättrats och idag är skillnaderna små mellan hem för vård eller boende (HVB) som riktar sig till denna grupp och andra HVB. Andelen som inte går i skolan är emellertid något högre för denna grupp än för barn och unga i andra HVB.

Barn och unga som vårdas för psykisk ohälsa

Barn och unga upp till 17 års ålder kan söka till specialiserad öppenvård vid barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det finns även psykiatriska slutenvårdplatser för barn i vissa landsting om barnet akut behöver läggas in på sjukhus. Om det inte finns någon sådan barnpsykiatrisk slutenvård är barnet eller den unge hänvisad till vuxenpsykiatrisk slutenvård.

Adhd är det främsta skälet till besök inom den öppna barn- och ungdomspsykiatri

Under 2011 hade omkring 41 300 pojkar och 26 700 flickor i upp till 17 år någon form av kontakt med den psykiatriska öppenvården, eller använde psykofarmaka [1]. Det motsvarar 4,2 procent av pojkarna och 2,9 procent av flickorna i åldersgruppen. Psykofarmaka förskrevs till två procent flickor och tre procent pojkar i respektive åldersgrupp (tabell 3:1).

Tabell 3:1. Förekomst av allvarigare psykisk ohälsa bland barn och unga 0–17 år

Flickor respektive pojkar som någon gång under 2011 besökt psykiatrisk öppenvård, vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller använt psykofarmaka*.

Alla som	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel av alla i åldersgruppen %	Antal	Andel av alla i åldersgruppen %
Använder* psykofarmaka	18 607	1,99	29 506	2,99
Vårdas i psykiatrisk slutenvård**	1 903	0,2	1 358	0,14
Besöker psykiatrisk öppenvård*	17 638	1,89	27 953	2,84
Antingen använder psykofarmaka, besöker psykiatrisk öppenvård eller vårdas inom psykiatrisk slutenvård	26 700	2,86	41 326	4,19
Både använder psykofarmaka och vårdas inom psykiatrisk slutenvård**	156	0,02	119	0,01
Både använder psykofarmaka och besöker psykiatrisk öppenvård**	9 157	0,98	16 155	1,64
Både besöker psykiatrisk öppenvård** och vårdas inom psykiatrisk slutenvård	239	0,03	189	0,02
Både använder psykofarmaka och besöker psykiatrisk öppenvård och vårdas i psykiatrisk slutenvård	948	0,10	514	0,05

*hämtar ut förskrivna läkemedel

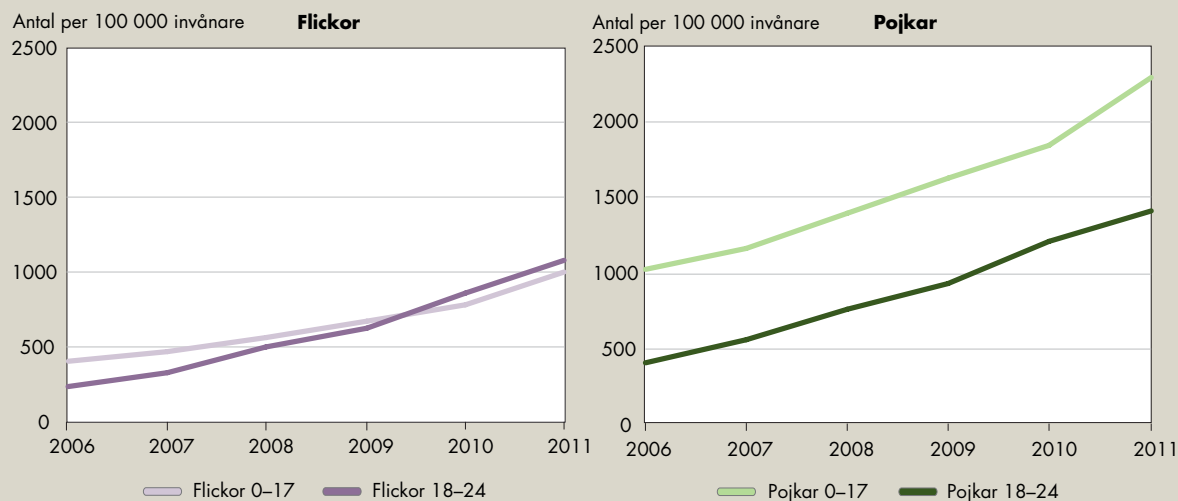
**p.g.a. psykisk sjukdom

Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Figur 3:1. Psykiatrisk öppenvård, neuropsykiatriska tillstånd

Antal patienter vårdade i specialiserad öppenvård med neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos, 2006–2011.



F80–99 Neuropsykiatriska diagnoser.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Både för pojkar och flickor var uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar (adhd) främsta skälet till besök inom öppen psykiatrisk vård.

Allt fler unga har kontakt med öppenvården på grund av psykisk ohälsa, och under perioden 2000–2010 ökade gruppen med omkring en tredjedel. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att det framför allt handlar om en ökning av adhd, autism och Aspergers syndrom¹ (figur 3:1²). Ökningen är tydligast för pojkar, där

har antalet vårdkontakter mer än fördubblats mellan 2006 och 2011.

Figur 3:2² visar ökningen av antalet flickor respektive pojkar som vårdas för psykisk sjukdom, som schizofreni, depression och ångest. I figuren ingår även andra psykiska tillstånd som beteendestörningar och personlighetsstörningar. Även dessa diagnoser ökar inom den psykiatriska öppenvården, men ökningen inte är lika dramatisk som för de neuropsykiatriska diagnoserna.

¹ Ökningen bör dock tolkas med viss försiktighet på grund av osäkerhet i hur god täckningsgraden i inrapporteringen till registret har varit.

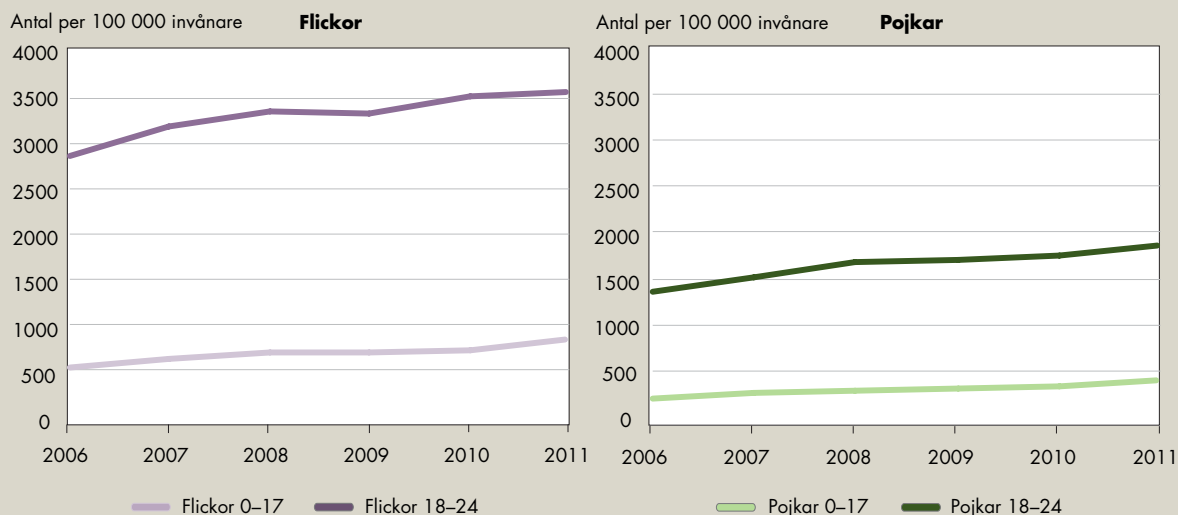
² I figuren redogörs även för besök som görs av åldersgruppen 18–24 år, det vill säga unga vuxna. De besöken görs emellertid inte till BUP utan till den psykiatriska öppenvården som vänder sig till vuxna.

Liten ökning inom psykiatrisk slutenvård

Inom den psykiatriska slutenvården vårdas relativt få barn och unga som är 17 år eller yngre. År 2010 rörde det sig om cirka 6 000 personer,

Figur 3:2. Psykiatrisk öppenvård, psykisk sjukdom

Antal patienter vårdade i specialiserad öppenvård med psykisk sjukdom som huvuddiagnos, 2006–2011.



Psykiatriska diagnoserna F20–29 schizofreni, F30–39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest. F50–69 beteendestörning och personlighetsstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

vilket motsvarade 3 av 1 000 barn och unga. Andelen ökade något under perioden 2000–2010, men är fortfarande relativt liten i förhållande till andelen vuxna patienter i psykiatrisk slutenvård. Omkring två tredjedelar av de barn och unga som vårdades i den psykiatriska slutenvården 2010 var flickor. I hög grad vårdades de för depressions- och ångesttillstånd [2].

Relativt få barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser vårdas inom den psykiatriska slutenvården, 2011 var antalet omkring 30 per 100 000 barn och unga. Andelen var något högre för pojkar än för flickor (figur 3:3²).

År 2011 vårdades 700 flickor per 100 000 barn och unga för psykisk sjukdom inom den psykia-

triska slutenvården, som schizofreni, depression och ångest (figur 3:4³). Motsvarande andel för pojkar var 400 per 100 000 barn och unga. Även inom slutenvården är könsskillnaderna stora, och flickorna är i majoritet.

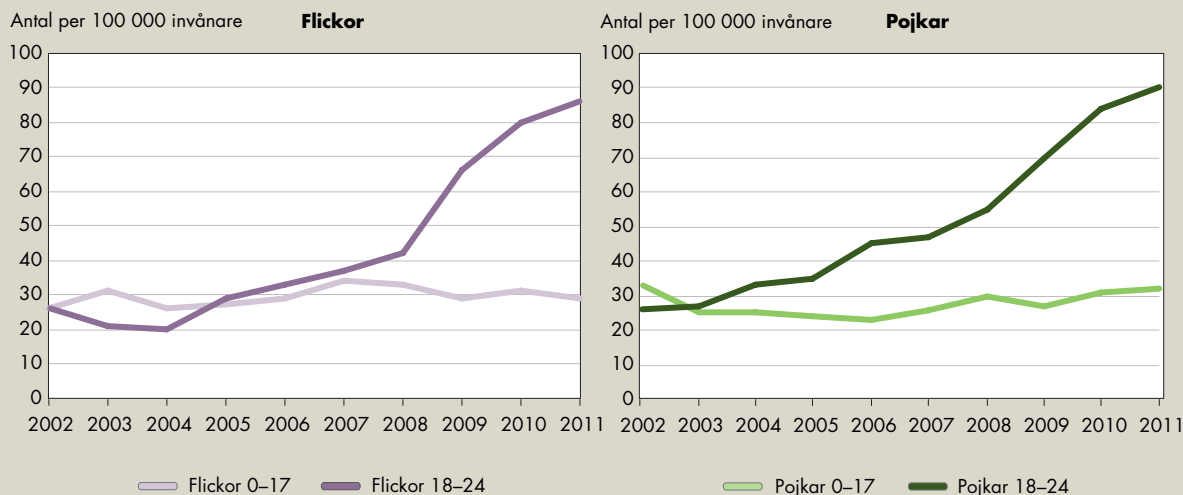
En kartläggning som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genomfört ger ytterligare kunskap om barn och unga som vårdas i den psykiatriska slutenvården. Under 2008 vårdades omkring 2 300 barn och unga inom heldygnsvården [3]. Huvuddelen av dessa var flickor i åldern

3 I figuren redogörs även för besök som görs av åldersgruppen 18–24 år, det vill säga unga vuxna. De besöken görs emellertid inte till BUP utan till den psykiatriska öppenvården som vänder sig till vuxna.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Figur 3:3. Psykiatrisk slutenvård, neuropsykiatriska tillstånd

Antal patienter vårdade i slutenvård med neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos, 2006–2011.



F80–99 Neuropsykiatriska diagnoser.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

13–17 år. De vanligaste diagnoserna bland både flickor och pojkar var ångeststörningar samt depression, mani och bipolär sjukdom. Bland flickor var också ätstörningar en vanlig diagnos.

De barn och unga som vårdades i slutenvård när SKL:s kartläggning ägde rum var överlag svårt sjuka och bara någon enstaka bedömdes ha en tveksam indikation för slutenvård. De behövde ofta skyddas från att skada andra eller sig själva – självmordsförsök och självskadebeteende var relativt vanliga orsaker till vården. Medelvårdtiden var drygt 16 dagar, och omkring 15 procent av vården gavs enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård [3].

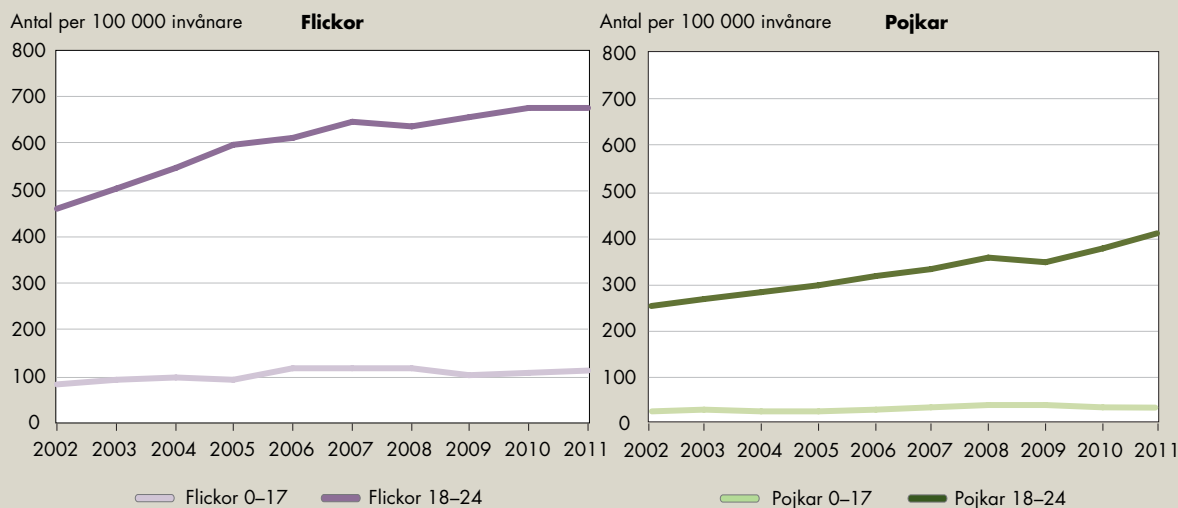
Psykiatrisk vård till unga vuxna

Från det att den unge fyller 18 år behandlas psykiatrisk problematik generellt inom vuxenpsykiatri i Sverige. På vissa håll finns dock verksamheter för unga vuxna mellan 18 och 24 år.

Under 2011 fick omkring 33 500 män och 46 100 kvinnor i åldern 18–24 år någon form av psykiatrisk vård [1]. Det motsvarar 7,2 procent män och 10,5 procent kvinnor i motsvarande åldersgrupp i befolkningen. Nästan 9 procent av alla unga kvinnor och 6 procent av alla unga män i åldersgruppen hade förskrivits psyko-farmaka. Utlandsfödda män och kvinnor fick öppen- eller slutenvård i något högre utsträckning än övriga.

Figur 3:4. Psykiatrisk slutenvård, psykisk sjukdom

Antal patienter vårdade i slutenvård med psykisk sjukdom som huvuddiagnos, 2006–2011.



Psykiatriska diagnoserna F20–29 schizofreni, F30–39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest. F50–69 beteendestörning och personlighetsstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Inom den psykiatriska öppenvården finns det vissa könsskillnader i orsaker till vård av unga vuxna. Bland de unga kvinnorna dominerar ångestsjukdomarna medan de unga männen i större utsträckning behöver psykiatrisk öppenvård på grund av adhd [1].

Tillgången till barn- och ungdomspsykiatri varierar

En viktig ambition är att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ska vara god. Det handlar dels om att patienterna ska få kontakt med verksamheterna, dels om att väntetiderna inte ska vara för långa.

Slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatri har genomgått stora förändringar, och under perioden 1996–2010 minskade antalet vårdplatser i landet med 60 procent. De 157 vårdplatser som 2010 fanns inom barn- och ungdomspsykiatri var dessutom ojämnt fördelade över landet [3].

Våren 2012 hade sju landsting inga egna vårdplatser för slutenvård inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten [4]. Dessa landsting löste detta på olika sätt, till exempel genom fasta avtal med annat landsting eller köp av vårdplatser vid behov, med inläggning på barnmedicinsk eller allmänpsykiatrisk avdelning samt med tillskapande av tillfälliga vårdplatser bemannade

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

med personal från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) [4].

År 2011 hade ingen huvudman remisstvång till BUP. Däremot hade regioner och landsting olika rutiner för hur den första kontakten med BUP går till och hur det initiala samtalet genomförs. Enligt landstingen själva är det vanligast att föräldrar eller den unge själv tar kontakt med BUP. Det näst vanligaste förfarandet är remisser från kommunen (elevhälsan, skolhälsovården eller socialtjänsten) och på tredje plats kommer remisser från någon annan vårdnivå inom landstinget. Ett par landsting har infört länsövergripande telefonlinjer dit barn och unga kan ringa och söka vård inom BUP.

Databasen över väntetider i vården

Uppgifter om barn- och ungdomspsykiatriens tillgänglighet finns i SKL:s databas Väntetider i vården. Måtten i databasen har utvecklats i anslutning till regeringens överenskommelse med SKL om en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. De landsting som lever upp till garantin får ta del av ett statsbidrag. Sedan 2007 har drygt en miljard kronor fördelats till landstingen inom ramen för denna satsning.

Enligt den förstärkta vårdgarantin skulle alla landsting senast 2011 kunna erbjuda patienter inom barn- och ungdomspsykiatri en första tid för bedömning inom högst 30 dagar. Därefter skulle patienten inom högst 30 dagar få fördjupad utredning eller behandling. Enligt Socialstyrelsens uppföljning klarade 14 av 21 landsting av att uppfylla samtliga krav för 2011 års statsbidrag, medan ett landsting inte klarade något av kraven (tabell 3:2).

Socialstyrelsen konstaterade att målsättningen varit optimistisk samtidigt som den uppenbart

Tabell 3:2. Måluppfyllelse väntetider för barn- och ungdomspsykiatri

Andel genomförda första besök inom högst 30 dagar och start av fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar i genomsnitt för perioden september-oktober 2011*.

Landsting	Genomförda första besök Inom 30 dagar	Start av fördjupad utredning eller behandling Inom 30 dagar
	Andel i procent	Andel i procent
Stockholm	96	75
Uppsala	97	100
Södermanland	90	97
Östergötland	99	93
Jönköping	92	94
Kronoberg	98	67
Kalmar	97	77
Gotland	100	100
Blekinge	99	95
Skåne	96	91
Halland	94	59
Västra Götaland	96	87
Värmland	99	100
Örebro	95	96
Västmanland	95	70
Dalarna	73	82
Gävleborg	98	85
Västernorrland	95	95
Jämtland	96	96
Västerbotten	26	31
Norrbottn	94	88
Riket	91	82

*Resultatet – har beräknats enligt följande: Antalet genomförda första besök inom 30 dagar dividerat med totalt antal genomförda första besök respektive fördjupad utredning/behandling exklusive patientvald väntan.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

har stimulerat landstingen till förbättringsarbete och framsteg vad gäller tillgängligheten. Regionala skillnader kvarstår dock. Vid fördelningen av 2012 års statsbidrag klarade 13 av 21 landsting alla krav medan tre landsting inte klarade något krav [4].

Socialstyrelsen har sammanställt landstingens samlade erfarenheter av fem års satsningar inom detta område. Flertalet anser att statsbidragen på drygt en miljard kronor har varit ett välkommet och nödvändigt resurstillskott för att klara den förstärkta vårdgarantin. Satsningen har medfört ett tydligt stöd och fokus, och den har stimulerat till förbättringsarbeten och bidragit till verksamhetsutveckling. Samtidigt är flera landsting kritiska till satsningens fokus på tillgänglighet, som de ser som en ensidig betoning på kvantitet snarare än kvalitet. Satsningen tycks inte heller ha lett till fler landstingsövergripande strategier eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Flera landsting rapporterar dock pågående insatser för att utveckla en första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Några landsting har också fattat politiska beslut om en sådan nivå för behandling av lättare och måttlig psykisk ohälsa [4].

Informationen till patienter kan bli bättre

Hur upplever då barn, unga och deras föräldrar att barn- och ungdomspsykiatri fungerar? En bild av detta ges i resultaten från den första nationella patientenkät som genomförts inom barn- och ungdomspsykiatri [5]. Undersökningen genomfördes i 16 landsting och regioner hösten 2011 och riktades till unga från 13 års ålder och deras föräldrar. Närmare 9 000 personer svarade på frågorna, men svarsfrekvensen var låg och det går därför inte att dra generella slutsatser av resultaten.

De som svarade på enkäten uppgav att de i hög utsträckning ansåg sig bli bemötta med hänsyn och respekt på barn- och ungdomspsykiatriens mottagningar. De upplevde att de hade möjlighet att tala med behandlaren om oro eller ångslan inför problem eller behandling – detta gällde både barn och föräldrar. Majoriteten av både barn och föräldrar sa också att de hade fått information om varför de föreskrivna läkemedlen ska tas.

Förbättringsområden fanns dock, bland annat i samarbetet mellan mottagningen och kommunala verksamheter som skola, barnomsorg och socialtjänst. Annat som kunde förbättras enligt de svarande var informationen inför det första besöket och om vad som kommer att ske och hur [5].

Lokala uppföljningar behöver utvecklas

Det är också viktigt att formerna för regionala och lokala uppföljningar utvecklas, för att uppnå en ökad systematik i att upptäcka och tillgodose stödbehov hos barn och unga. Ett exempel på sådant arbete är Hamnen i Värmdö kommun.

Hamnen är en särskild mottagning vid vårdcentralen i Gustavsberg, för barn och unga upp till 18 år med psykisk ohälsa. Mottagningen drivs sedan 2008 gemensamt av Stockholms läns landsting och kommunen. Arbetet bygger på samverkan, men även på en noggrann inventering av stödbehoven, ett evidensbaserat arbete och en tydlig ambition att följa upp och utvärdera verksamheten. Med stöd från Socialstyrelsen genomfördes en utvärdering av verksamhetens resultat⁴ [6]. Den visar att Hamnen har nått en stor och bred grupp barn och unga, inte minst pojkar, av vilka omkring en femte del säger att de annars inte skulle ha sökt hjälp. Under de år som Hamnen funnits har antalet barn och unga från Värmdö kommun

⁴ Utvärderingen sträckte sig till och med 2010.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

vid den närmaste barn- och ungdomspsykiatriska kliniken minskat. Detta tyder på att mottagningen avlastat kliniken samtidigt som de barn och unga som har svårast problem får fortsatt stöd där. Utvärderingen har också analyserat barnens och ungdomarnas problem och funktionsförmåga före och efter kontakten med Hamnen. Resultaten visar att de som fått till exempel stödsamtal och kognitiv beteendeterapi i de allra flesta fall blivit hjälpta [6].

Stora regionala skillnader i patientsäkerhet

Socialstyrelsen har uppmärksammat viktiga utvecklingsområden för patientsäkerheten och metodvalen inom barn- och ungdomspsykiatri, inom ramen för myndighetens tillsyn som genomfördes 2008–2009 [7]. Tillsynen visade att verksamheterna var av så skiftande kvalitet att många inte uppfyllde målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Några av de övriga slutsatserna från tillsynen var:

- Det var ibland oklart vilka patienter som ska vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri.
- Verksamheterna hade kommit olika långt i arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.
- Läkarmedverkan identifierades som ett bristområde. På endast 40 procent av enheterna uppgav de intervjuade att verksamheten uppfyllde hälso- och sjukvårdslagens krav på att utse en patientansvarig läkare. I knappt hälften av de granskade journalerna från öppenvården hade patienterna haft kontakt med en läkare.
- Granskade journaler visade stora dokumentationsbrister. Socialstyrelsen bedömde att en femtedel av journalerna inte innehöll godtagbar dokumentation, till exempel saknades den

psykiatriska diagnosen i nära hälften av journalerna från öppenvården.

- Det fanns brister i uppföljningen av genomförda insatser och i möjligheten att tillgodose behovet av sluten psykiatrisk vård för vissa grupper av barn och unga.

Alla slutsatser pekade dock inte ut brister, exempelvis konstaterade Socialstyrelsen att rutinerna för tvångsvård över lag var goda [7].

Samverkan har blivit bättre men arbete återstår

Barn- och ungdomspsykiatrin behöver ofta samverka med andra verksamheter inom och utanför hälso- och sjukvården, både för att samordna insatserna för enskilda barn och unga och för att utveckla gemensamma metoder och arbetssätt. Det finns exempel på mycket väl fungerande och dokumenterad samverkan, men strukturen och systematiken varierar.

Verksamhetsövergripande samverkansavtal är vanliga mellan BUP och socialtjänsten, och förekommer även i mindre utsträckning mellan BUP, skolan och primärvården. Andra former av samarbetsavtal gäller med bland annat vuxenpsykiatri, barnmedicinen, barnhabiliteringen, handikappcentrum, flyktingmedicinska enheter, familjehälsan, ungdomsmottagningar, hem för vård eller boende (HVB), institutioner och behandlingshem som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SIS). Många gånger sker dessutom samverkan utan att vara reglerad i avtal [7, 8, 9].

Erfarenheterna av etablerad samverkan är ofta goda, men det finns också hinder i form av

- otydlighet när det gäller kostnadsansvar för olika insatser vid placeringar av barn

- dokumentationsproblem i förhållande till olika lagar
- tidsbrist
- otydliga avgränsningar av uppdrag mellan BUP, primärvården och elevhälsan
- olika organisationslösningar och olikheter i behandlings- och vårdideologi [7, 8].

Inte minst när det gäller arbete med neuropsykiatriska utredningar är samverkan med skolhälsovården och elevhälsan viktig. Här har dock BUP en logistisk utmaning i att få till stånd överenskommelser med ett stort antal kommuner och enskilda skolor.

Diskussionerna om en första linje handlar inte bara om en tydligare fördelning av uppdrag och insatser på olika nivåer och aktörer. Diskussionerna visar också tydligt på betydelsen av samverkan mellan huvudmän och verksamheter. För

att kunna ge rätt insatser i rätt tid behöver flera olika verksamheter samverka både när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa och att planera, genomföra och följa upp insatser.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården ger en bild av formerna för samverkan mellan socialtjänsten och andra verksamheter vid bland annat psykisk ohälsa hos barn och unga. I slutet av 2011 hade drygt 60 procent av de kommuner som svarat på Socialstyrelsens enkät skriftliga överenskommelser om att samverka med barn- och ungdomspsykiatri. Andelen kommuner med skriftliga överenskommelser var något högre 2011 än 2010 [10].

För att förbättra samverkan har andra regionala och lokala lösningar tillkommit. Till exempel har en tredjedel av landstingen länstäckande styrdokument för samverkan med elevhälsan [11]. Dessutom finns det i flera delar av landet

Tabell 3:3. Risk för att använda^a olika psykofarmaka under det femte året efter intervjutillfället för personer som tidigare uppgett att de inte mår bra

Personer som vid intervjutillfället åren 1994–2006 var 16–29 år gamla och som då rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ångslan eller ångest.

Justerad^b relativ risk (RR)

Besvär med ångslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Psykofarmaka											
	Antidepressiva			Antipsykotiska			Ångstdämpande			Sömnmedel		
	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR
Nej (Referensgrupp)	217	4,0	1	15	0,3	1	102	1,9	1	105	1,9	1
Ja, lätta	121	10,1	1,8*	11	0,9	2,5*	63	5,3	2,2*	46	3,9	1,5*
Ja, svåra	65	24,3	2,6*	12	4,5	5,5*	33	12,3	3,4*	46	17,2	4,1*

Referensgrupp (RR=1) är personer som inte uppgett ångslan, oro eller ångest.

De relativa riskerna är beräknade med Cox regression.

^aatt hämta ut förskrivna läkemedel.

^bJusterat för ålder, kön, tidsperiod samt självrapporterad sjuklighet.

*Signifikant på 5%-nivå.

Källa: ULF, Statistiska centralbyrån; Patientregister, Dödsorsaksregister och Läkemedelsregister, Socialstyrelsen.

särskilda avtal och överenskommelser om insatser för barns och ungas psykiska hälsa, till exempel i Västra Götalandsregionen, Norrbottens län, Stockholms län Jönköpings län och Region Skåne.

Tidiga tecken på psykisk ohälsa medför högre risk för framtida vård av psykisk sjukdom

Upplevelser av svår oro och ängslan i unga år medför starkt förhöjda risker för död, vård på sjukhus, psykisk sjukdom och självmordsförsök, visar en studie som Socialstyrelsen genomfört [1]. Att åter vårdas på sjukhus på grund av psykisk sjukdom inom fem år efter första vårdtillfället var allra vanligast bland ungdomar och unga vuxna med svårare besvär av oro. Bland dessa personer hade cirka 9 procent vårdats på sjukhus och det var nästan fem gånger vanligare än bland dem som saknade besvär. Lättare besvär innebar en drygt fördubblad förekomst av psykisk sjukdom (tabell 3:3).

Nästan 3 procent av de med svårare oro, ängslan eller ångest, vårdades för självmordsförsök under uppföljningsperioden (det vill säga fem år efter skattningstillfället). Det var fem gånger vanligare än bland de som saknade besvär. Lättare besvär innebar en drygt fördubblad risk. Svåra besvär innebar även en viss ökad risk för vård på grund av andra skador, som transportolyckor, fallskador och oavsiktliga förgiftningar.

Även risken för användning av psykofarmaka ökade markant för dem som i ungdomen hade upplevt oro, ångest och ängslan. Fem år efter skattningstillfället hämtade de personer som rapporterat svåra besvär av oro och ångest ut psykofarmaka på recept i avsevärt högre grad jämfört med dem som saknade besvär [1].

Första linjen för tidiga insatser är otydlig

I föregående stycke redogör Socialstyrelsen för hur tidiga tecken på psykisk ohälsa många gånger är en varningssignal för mer allvarlig psykisk sjukdom i ett senare skede. Men hur fungerar vården, och i vilken utsträckning finns tidiga insatser tillgängliga? Detta har varit ett prioriterat område under flera år, och en viktig fråga för många huvudmän och verksamheter har varit att skapa en organisation som tydliggör vem som ansvarar för olika insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. En ambition har varit att öka tillgången till tidigt stöd genom en tydligare så kallad första linje, med till exempel primärvård, elevhälsa och ungdomsmotagningar.

En annan ambition har varit att koncentrera barn- och ungdomspsykiatrins resurser på de barn och unga som har störst behov av specialiserade insatser. Olika lösningar har vuxit fram lokalt och regionalt.

På många håll finns det dock fortfarande betydande oklarheter kring ansvar och organisation [4]. Många föräldrar eller vårdnadshavare till barn och unga med tecken på psykisk ohälsa vet inte vart de kan vända sig för att få stöd, och för många verksamheter och professionella är det oklart var gränserna för det egna ansvaret går.

För att de olika delarna av det förebyggande arbetet och de tidiga insatserna ska fungera behöver verksamhetsansvariga och berörda yrkesgrupper ha kunskap om

- verksamhetsansvarigas eget ansvar för och deras egna möjligheter att förebygga psykisk ohälsa
- olika former av psykisk ohälsa, risk- och skyddsfaktorer och tidiga tecken
- effektiva metoder och arbetssätt, till exempel vad vården och omsorgen bör tänka på när de

väljer och tillämpar olika metoder

- barns egna berättelser och erfarenheter
- vikten av ett systematiskt arbete med mål och uppföljning, och hur ny kunskap successivt kan införlivas i arbetet.

I dag används ett stort antal metoder och arbets sätt för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Effekterna av dem blir dock sällan utvärderade, i synnerhet inte i Sverige [12]. Den bristande kunskapsbasen illustreras av den nationella inventering som Socialstyrelsen genomförde 2008, av metoder och arbetssätt inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan. Mer än 200 metoder användes. Flertalet rapporterade metoder hade dock inte utvärderats, och det fanns inte heller någon lättillgänglig dokumentation om dem [13].

Det förekom att flera verksamheter använde samma metoder för olika uppdrag, oavsett om uppdragen handlade om alla barn de möter, barn som löper särskilda risker för psykisk ohälsa eller barn som har utvecklat psykisk ohälsa. I några verksamheter var det även vanligt att utveckla egna metoder och arbetssätt. Det gällde särskilt i skolan, där man ofta valde ut delar av etablerade metoder och kombinerade dem med delar av andra metoder och arbetssätt [13].

Sedan 2008 har emellertid flera utvärderingar av förebyggande metoder inletts, bland annat med stöd från Socialstyrelsen. Exempel på metoder som utvärderas är bland annat föräldrastödsprogrammen Cope, Connect, Komet och De otroliga åren samt Marte Meo (en metod som innebär att man med hjälp av videoinspelning studerar samspelen mellan barn och vuxna i vardagliga situationer).

Resultaten nås på lång sikt

Har de senaste årens utvecklingsarbete gjort någon skillnad för barn och unga som har eller som riskerar att utveckla psykisk ohälsa?

Uppföljningar av flera regionala och lokala satsningar visar på positiva och mätbara resultat. Verksamheterna kan alltså ge ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, även om inte alla övergripande kunskaps- och organisationsfrågor är lösta. En ökad systematik och bättre lokala uppföljningar behövs för att stödet till barn och unga ska kunna förbättras. De senaste årens arbete har bidragit till ökad kunskap om möjligheter och hinder för fortsatt utveckling. Frågor om barns och ungas psykiska hälsa behandlas i dag inom flera departement, politikområden och statliga myndigheter. De ingår också i andra nationella satsningar på barn och unga som utsätts för våld, far illa på andra sätt, har problem i skolarbetet eller behöver långvarigt stöd till följd av omfattande funktionsnedsättningar.

Att bygga upp kunskapen om metoder och arbetssätt och att utveckla styrningen och ledningen är ett långsiktigt arbete. Idag är den främsta utmaningen att fortsätta arbetet med den systematik och uthållighet som krävs för att det ska få ett brett och långsiktigt genomslag.

Ny handlingsplan pekar ut riktningen för arbetet framöver

Regeringen beslutade i maj 2012 om en handlingsplan för psykisk ohälsa, PRIO psykisk ohälsa (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016). Barn och unga är en av två prioriterade målgrupper i satsningen, som bland annat omfattar fortsatta prestationsbaserade ersättningar till barn- och ungdomspsykiatri [14].

Samtidigt som planen beslutades 2012 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att bland annat utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvaliteten och effektiviteten i vård och omsorg om dels barn och unga med psykisk ohälsa, dels gruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Socialstyrelsen ska också fortsätta att följa upp tillgänglighetssatsningen och det tidigare beslutade statsbidraget för 2012 samt förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården.

Barn och unga som är heldygnsplacerade

Barn och unga som placeras i familjehem, hem för vård eller boende (HVB) eller i annan heldygnsvård är en särskilt utsatt grupp. Dessa barn och unga har ofta sämre hälsa, både psykisk och somatisk, än övriga i åldersgruppen. Dödligheten är nära fem gånger så hög bland unga som är eller har varit placerade, jämfört med andra i åldersgruppen 15-24 år och det är 10 gånger fler barn och unga som är placerade på HVB som har vårdats för självskador [15]

Dessa barn och unga behöver mycket stöd och god vård och som ofta förutsätter en välfungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En stor del av behoven handlar dessutom om annat stöd, exempelvis stöd i skolan.

Mer fokus på utbildning

Det är två till tre gånger så vanligt med låga betyg hos placerade barn jämfört med andra jämnåriga med samma begåvningsnivå. De placerade barnen har dessutom betydligt lägre utbildningsnivå i vuxen ålder än andra jämnåriga. Den låga ut-

bildningsnivån gäller oavsett hur länge barnen var placerade, hur gamla de var vid placeringen och vilken typ av hem de var placerade i. Detta resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården [15].⁵ Endast 6 av 10 barn som placerades före tio års ålder går ut grundskolan med gymnasiebehörighet (godkänt i svenska, engelska och matematik). Resultatet är ännu sämre för de som placerats efter tolv års ålder. Socialstyrelsens tillsyn ger ytterligare kunskap om gruppen; omkring sju procent av de placerade barnen och unga går inte i skolan överhuvudtaget. Men, tillsynens iakttagelser visar också att de flesta HVB ger barn och unga stöd i skolarbetet.

Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 är den starkaste riskfaktorn för framtida psykosociala problem bland placerade barn och unga. Denna faktor förklarar 40–50 procent av de överrisker för ogynnsam utveckling som placerade barn har jämfört med andra jämnåriga.

Hälsan är sämre

Barn och unga som bor i familjehem har visat sig ha sämre hälsa än andra i samma åldersgrupp [16]. Det gäller både fysisk och psykisk hälsa. Studier visar också att de familjehemsplacerade är en högriskgrupp för att utveckla ohälsa i framtiden [17].

Ansvar för hälsan hos familjeplacerade barn och unga delas mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och familjehemsföräldrarna. Resultaten från de svenska studier som gjorts visar tillsammans med internationell forskning att familjehemsbarn oftare har hälsoproblem och att det är

⁵ Uppgifterna har tagits fram genom att samköra Socialstyrelsens och Skolverkets register för en grupp på 8 000 barn, födda i Sverige mellan 1982 och 1993, och som varit placerade under hela årskurs 9.

vanligt med brister i det medicinska omhändertagandet [18-21]. I ett projekt i Malmö läkarundersöktes alla barn som förekommit hos socialtjänsten för utredning eller placering [22]. Av dessa barn och unga hade omkring 45 procent ett eller flera hälsoproblem som gjorde att de remitterades vidare till exempelvis en vårdcentral, barnläkarmottagning, BUP, öron-näsa-hals-mottagning, optiker, hudklinik eller tandläkare.

Sammanfattningsvis fann forskarna påtagliga brister i den grundläggande hälsovården och i omhändertagandet av hälsoproblem för de barn och unga som var placerade i familjehem. Ett problem var de betydande brister som fanns dels i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård, dels i kommunikationen mellan olika aktörer. Omkring 15 procent av barnen och de unga saknade en eller flera vaccinationer i basprogrammet när de började i skolan. Vart femte barn hade inte fått någon fyraårskontroll, och synundersökningen hade bara genomförts hos hälften av barnen. Vart tionde familjehemsbarn hade inte gjort hörsel- eller synkontroll de första skolåren och andelen som inte genomgått ordinarie hälsobesök i skolhälsovården var klart högre än bland övriga barn. Undersökningen fann även brister i uppföljningen av tandhälsan och tecken på en hög nivå av psykisk ohälsa bland familjehemsbarnen.

Även om kunskapen fortfarande är bristfällig om hälsoförhållanden och medicinskt omhändertagande av barn och unga som samhällsvårdas, så behövs åtgärder för att dessa i praktiken ska få hälsovård som motsvarar deras behov. De placerade barnens sämre hälsa och deras levnadsomständigheter ställer ökade krav på socialtjänsten och hälsovården att anpassa vården och omsorgen så att den bättre svarar upp mot placerade barns behov.

Många satsningar på att förbättra skolresultat och hälsa

På flera håll i landet har samverkan kommit i gång för att förbättra placerade barns och ungas skolprestationer, genom en verksamhet som går under namnet Skolfam [23].⁶ Familjehemsföräldrar och lärare får stöd och handledning av ett team med representanter för olika yrkesgrupper för att kunna ge det placerade barnet rätt stöd. Tillsammans tar de fram en individuell handlingsplan som de arbetar efter och följer upp. Vissa kommuner har tillsatt särskilda skolsamordnare för placerade barn. För samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns exempel på gemensamma riktlinjer och rutiner.

Socialstyrelsen och Skolverket har tagit fram en vägledning om placerade barns och ungas utbildning och hälsa för att stödja samverkan [24]. Förutom att uppmärksamma målgruppens behov inom dessa områden är vägledningen tänkt att vara ett praktiskt kunskapsstöd för skolan, hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Vägledningen har förtydligat ansvarsfördelningen och identifierat kritiska punkter i samverkan mellan de olika aktörerna. Den lyfter bland annat fram vikten av att i samband med en placering kartlägga barnets skolprestationer och skolrelaterade behov och hans eller hennes hälsa och hälso- och sjukvårdskontakter. Med en sådan kartläggning som utgångspunkt blir det lättare att följa hur vården tillgodoser behoven hos de placerade barnen och unga.

Flera projekt för bättre sexuell hälsa har startat

Den sexuella hälsan bland placerade unga skiljer sig på vissa punkter från andra ungas.

⁶ www.skolfam.se

Det är vanligare att unga med heldygnsinsatser eller kontaktperson blir tonårsföräldrar, jämfört med andra i samma åldersgrupp. Socioekonomiska och demografiska faktorer och familjebakgrund är bara en delförklaring. Unga som hade placerats som tonåringar var mer benägna att få barn tidigt än de som hade placerats som barn. Studien visar på ett ökat behov av preventiva insatser bland placerade unga [25].

Jämförelser mellan unga som varit tvångsomhändertagna på SiS-institutioner⁷ enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU, eller lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU, och andra unga visar genomgående en högre grad av riskbeteende bland de placerade [26]:

- Sexdebuten hos de placerade unga skedde vid betydligt lägre ålder än hos andra unga.
- Gruppen skyddar sig i lägre utsträckning mot oönskad graviditet, sexuellt överförbara infektioner och hiv.
- De placerade unga hade i större omfattning blivit sexuellt utnyttjade, samt utnyttjat andra, och hade oftare erfarenhet av graviditet. Det fanns en viss riskmedvetenhet hos gruppen, men den var lägre än bland andra unga.

Uppgifter som baseras på intervjusvar från inskrivna vid SiS-institutioner ger delvis en annan bild. Där uppger de unga en lägre grad av sexuellt utnyttjande än i ovanstående undersökning (15 procent av de unga kvinnorna och 2 procent av de unga männen) [27]. I intervjuerna uttryckte dessutom de allra flesta (drygt 90 procent) att de inte ville veta mer om sex och preventivmedel, till

exempel genom ungdomsmottagningarnas verksamhet [27].⁸

År 2008 fick Statens Institutionsstyrelse (SiS) i uppdrag att förstärka arbetet med tvångsomhändertagna ungdomar och vuxna missbrukare som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål. En kartläggning som SiS genomförde visade att de tvångsomhändertagna riskerar att utsättas för sexuella övergrepp [28]. En av tre unga kvinnor hade blivit erbjudna ersättning för sexuella tjänster. Kartläggningen visade också på ett ökat behov av sammanhållna vårdinsatser, vilket ställer krav på samverkan mellan institutionerna, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I samband med projektet har Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) utbildat personal vid SiS-institutioner för att de bättre ska kunna hantera och arbeta med frågor om genus och sexualitet. Flera institutioner som har deltagit i projektet har i sin tur startat gruppverksamheter med fokus på sex- och samlevnad [28]. Det är inte bara institutionerna själva som arbetar med dessa frågor utan i viss mån även ungdomsmottagningarna. Under 2011 besökte fyra procent av Sveriges ungdomsmottagningar SiS-institutioner, som en del av deras utåtriktade verksamhet [29].

På HVB är det långt ifrån alla som tillgodoser barnens och de ungas behov av kunskap om sex- och samlevnad, samt de ungas tillgång till preventivmedel. Den nationella tillsynen har visat att andelen endast är 58 procent av de offentligt

⁷ Institutioner som drivs av Statens Institutionsstyrelse.

⁸ Uppgifter från inskrivningsintervjuer för 2011 från ADAD. ADAD står för Adolescent Drug Abuse Diagnosis och är Statens Institutionsstyrelses utvärderings- och dokumentationssystem. Uttaget baseras på en population om 984 ungdomar, varav 659 har besvarat en lång ADAD-intervju. Uttaget har gjorts på ärendenivå, vilket innebär att en person kan förekomma i materialet mer än en gång.

drivna HVB och 70 procent av de enskilt drivna [30]. Ungdomsmottagningarna besöker dessutom HVB i relativt låg utsträckning. Under 2011 inkluderade sju procent av ungdomsmottagningarna denna verksamhet i sitt utåtriktade arbete. En högre andel av ungdomsmottagningarna besökte HVB för ensamkommande barn och unga: 29 procent [29].

Utbredd användning av psykofarmaka bland placerade barn och ungdomar

Många placerade barn och unga lider av psykisk ohälsa och olika beteendestörningar, och många i gruppen behandlas med psykofarmaka [15]. I exempelvis USA till exempel blir det allt vanligare att skriva ut psykofarmaka till barn, och Läkemedelsverkets motsvarighet i USA varnar bland annat för att skriva ut för mycket adhd-läkemedel och antidepressiva läkemedel i form av SSRI-preparat till gruppen. Ett skäl till varningarna är att vi i dag inte vet tillräckligt om preparatens effektivitet och biverkningar bland barn. Myndigheter i USA har också pekat på att just placerade barn förskrivs betydligt mer psykofarmaka än barn som inte är placerade.

Även placerade barn och unga i Sverige använder betydligt mer psykofarmaka än övriga i motsvarande åldersgrupp (tabell 3:4). Mest psykofarmaka får barn och unga som är placerade i HVB. Särskilt vanligt är det bland de som är över 11 år, men också mycket små barn får psy-

Tabell 3:4. Förskrivningsmönster av psykofarmaka

Förskrivningsmönster av psykofarmaka bland placerade barn och unga i familjehem eller HVB 2011.

Jämförelsegrupp är barn och ungdomar som inte varit placerade. Andel (%) barn i respektive grupp med olika psykofarmaka, minst ett läkemedelsuttag, efter ålder och placeringsform.

Typ av placering	Anti-psykotika	Anti-depressiva	Ångest-dämpande	Sömn-medel
Familjehem				
0–5 år	0,1	0*	1,8	1,1
6–10 år	1,4	0,7	1,6	3,1
11–15 år	2,1	2,5	2,1	4,0
16–20 år	2,7	8,6	4,6	5,9
HVB				
0–5 år	-	0*	2,9	-
6–10 år	-	-	3,9	3,9
11–15 år	10,2	9,1	6,7	18,0
16–20 år	8,7	14,8	10,2	17,8
Ingen placering				
0–5 år	-	0*	0,4	0,1
6–10 år	0,1	0,1	0,4	0,4
11–15 år	0,2	0,7	0,6	0,8
16–20 år	0,4	2,9	1,8	1,6

*Avrundat till noll, en låg andel barn.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga enligt socialtjänstlagen (Sol), Socialstyrelsen.

kofarmaka, särskilt ångestdämpande och sömnmedel.

Dessa resultat bekräftas även i en utvärdering av vård och omsorg av placerade barn och unga, som Socialstyrelsen publicerade våren 2013 [15]. Den visar att det är 15-19 gånger vanligare att barn och unga i HVB regelbundet använder sömnmedel, antidepressiva- eller antipsykotiska läkemedel jämfört med andra barn och unga. En ny studie visar dessutom att tidigare placerade barn löper större risk att använda psykofarmaka också som vuxna [31].

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Psykofarmakabehandling sker många gånger utan diagnos

Socialstyrelsen har även analyserat användningen av psykofarmaka bland barn och unga som är placerade inom familjehem eller HVB, uppdelat på om de har en psykiatrisk diagnos eller inte. Som framgår av tabell 3:5 använder dessa barn och unga mer psykofarmaka än andra unga, vare sig de har fått psykiatrisk diagnos eller inte. Det gäller särskilt barn och unga i HVB. Bland dem som inte hade en psykiatrisk diagnos var det exempelvis 45 gånger vanligare att behandlas med antipsykotiska läkemedel bland flickor i HVB, än bland flickor som inte var placerade (4,5 procent jämfört med 0,1 procent).

Av alla barn och unga 11–20 år som var placerade i HVB stod närmare 20 procent på psykofarmaka utan att ha en psykiatrisk diagnos (visas ej i tabell). Motsvarande andel inom familjehem var omkring 10 procent och tre procent bland dem

som aldrig varit placerade. Socialstyrelsen avser att fördjupa analyserna kring användningen av psykofarmaka bland placerade barn och ungdomar.

Villkoren varierar mellan olika livsområden

En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer för unga i familjehem och på HVB visar att unga som bor på HVB har färre kontakter med kamrater utanför vårdmiljön och är mer involverade i olika typer av sociala problem i skolan, som mobbning och skolk, än andra unga [32].

Även unga i familjehem har mer skolsociala problem. Men inom många områden fanns inga skillnader mellan familjehemsplacerade unga och hemmaboende. Unga i familjehem hade bättre tillgång till skolrelevanta resurser än unga i HVB, i förhållande till deras respektive jämförelsegrupper. Många familjehemsungdomar uppges

Tabell 3:5. Förekomst av psykofarmaka i samband med diagnos

Andel (%) unga med psykofarmaka bland personer (11–20 år) med respektive utan psykiatrisk diagnos*, uppdelat på kön och boendeform, år 2011. För läkemedelsgrupperna antipsykotiska, antidepressiva eller ångestdämpande.

	Antipsykotiska		Antidepressiva		Ångestdämpande	
	Diagnos	Ej diagnos	Diagnos	Ej diagnos	Diagnos	Ej diagnos
Pojkar						
Familjehem	3,1	1,5	16,4	2,4	16,4	4,6
HVB-hem	10,1	2,3	15,8	5,4	18,4	8,6
Ej placerad	3,9	0,2	9,3	0,7	12,2	1,9
Flickor						
Familjehem	5,2	0,8	16,0	2,6	20,8	5,7
HVB-hem	15,3	4,5	28,8	7,8	33,5	13,8
Ej placerad	4,6	0,1	14,6	1,1	20,9	2,7

*Diagnos satt vid ett vårdtillfälle inom specialiserad öppen- eller slutenvård.

Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Registret över insatser till barn och unga enligt socialtjänstlagen (Sol), Socialstyrelsen.

att deras familjehemsföräldrar ställer höga krav på skolarbetet, och de får hjälp med läxor ungefär i samma utsträckning som hemmaboende ungdomar. Unga i familjehem har också fler kamratkontakter än de i hem för vård eller boende men färre än hemmaboende [32].

Både bland barn som bor med sina föräldrar och barn som inte gör det har bristande ekonomiska resurser samband med psykisk ohälsa och utsatthet för mobbning [33]. De som inte bor med sina föräldrar upplever dock i högre grad än andra barn att de har bristande ekonomiska resurser, vilket överensstämmer med den levnadsnivåmätning som gjordes bland samhällsplacerade barn för några år sedan. Att ha pengar hänger ihop med andra resurser och markerar statustillhörighet, vilket har betydelse för självkänslan och möjligheten att upprätta kamratrelationer. Ekonomiska resurser är därför en viktig faktor för ungas villkor under uppväxten [33].

Barn och unga med funktionsnedsättning

Situationen för barn och unga med funktionsnedsättning har förändrats drastiskt under de senaste decennierna, både när det gäller samhällets stöd och omgivningens attityder. Framför allt har gruppens rättigheter stärkts. I stort sett alla barn med funktionsnedsättning växer i dag upp i sina familjer. Den främsta anledningen till denna utveckling är att samhället har byggt upp hållbara stödssystem för familjerna. I dag är utgångspunkten att samhället har ett grundläggande ansvar för att alla medborgare och även personer med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga i samhällslivet. Det finns dock fortfarande mycket som behöver göras för att fullt ut nå målen om jämlika

levnadsvillkor och full delaktighet för alla i samhället [34].

Barn och unga med funktionsnedsättning har många gånger sämre livsvillkor än andra i åldersgruppen. I en fördjupad studie som Socialstyrelsen gjort av unga vuxna som drabbats av kronisk sjukdom eller ryggmärgsskada under uppväxten framgår till exempel att ryggmärgsskadade har en betydligt svagare förankring på arbetsmarknaden, jämfört med andra grupper. De har också en högre användning av psykofarmaka och har oftare än andra jämnåriga vårdats för självmordsförsök, missbruk, depression eller ångest [35].

Andelen med funktionsnedsättning ökar med ålder

Andelen med funktionsnedsättning ökar ju högre upp i åldrarna man kommer, från omkring 6 procent bland de yngsta barnen till omkring 17 procent för 16-åringar. Andelen ökar därefter till 20 procent för åldersgruppen 16 till 19 år, och slutligen 26 procent för dem mellan 20 och 24 år. Att andelen med funktionsnedsättning är högre i de övre åldersgrupperna beror bland annat på att många funktionsnedsättningar upptäcks eller debuterar senare.

Det är något vanligare med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar bland pojkar än bland flickor. De vanligaste funktionsnedsättningarna är astma och allergier, läs- och skrivsvårigheter och mag- och tarmbesvär [36].

I många undersökningar bland barn och unga är de med funktionsnedsättning otillräckligt representerade, vilket bland annat beror på att särskilda skolformer inte alltid inkluderas i undersökningar som riktar sig till skolelever. Vanliga så kallade befolkningsundersökningar är många gånger därför otillräckliga för att uppskatta förekomsten av barn och unga med funktionsnedsätt-

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

ning. Ett annat sätt att bedöma förekomsten är i stället att utgå från de individuella stöd som ges till gruppen, till exempel insatser enligt lagen om (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Insatser enligt LSS, som riktar sig till barn⁹

Råd och stöd – rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder.

Ledsagarservice syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet till exempel besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.

Kontaktperson är ett personligt stöd, som syftar till att bryta isolering och att underlätta ett självständigt liv.

Avlösarservice syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller uträtta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.

Korttidsvistelse är en kortare vistelse utanför det egna hemmet som syftar till att personen med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation och de anhöriga ska få avlastning. Vistelsen kan förläggas i korttidshem, hos stödfamilj eller som lägervistelse.

Korttidstillsyn ges till skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov. Insats i form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolbarn över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skolans slut, under lov dagar, studiedagar och längre lov.

Boende för barn är boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.

var korttidsvistelse och korttidstillsyn (tabell 3:6). Fler pojkar än flickor har insatser enligt LSS, det gäller både totalt och på insatsnivå. Socialstyrelsen har tidigare analyserat dessa skillnader och då konstaterat att de till viss del förklaras av att vissa diagnoser och funktionsnedsättningar är vanliga hos pojkar än hos flickor. Det gäller till exempel utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Samtidigt pekar forskningen på att flickor underdiagnostiseras när det gäller autism och autismliknande tillstånd [37].

Barn och unga med funktionsnedsättning kan även få personlig assistans, antingen enligt LSS eller enligt assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

Personlig assistans – biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistansstämningar enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Med personlig assistans avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer till den som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade (grundläggande behov). När det grundläggande behovet överstiger 20 timmar per vecka kan assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken beviljas. Den enskilde kan själv välja vem som anordnar assistansen.

År 2011 hade omkring 21 000 barn och unga upp till 22 år insatser enligt LSS (0,8 procent av alla barn och unga), och de två vanligaste insatserna

År 2011 hade totalt 4 000 barn och unga personlig assistans enligt någon av lagstiftningarna (se tabell 3:7). Även här var pojkarna i majoritet. Antalet barn och unga med assistans har ökat, sedan 2004 med närmare 25 procent. Ökningen tycks dock ha avstannat, och mellan 2010 och 2011 minskade antalet personer något. Socialstyrelsens analyser visar att mellan dessa två

⁹ Kommunerna har ansvar för flertalet insatser enligt LSS, medan landstingen har ansvar för insatsen råd och stöd.

Tabell 3:6. Stöd enligt LSS

Antal barn och ungdomar med olika insatser enligt LSS den 1 oktober 2011 fördelade efter ålder och kön.

Insats enligt LSS	0–6 år			7–12 år			13–22 år			Samtliga 0–22 år		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
Råd och stöd	40	55	95	80	180	260	460	650	1 110	585	880	1 465
Personlig assistans	50	60	110	120	160	270	230	305	535	400	520	920
Ledsagarservice	4	10	15	130	270	400	1 250	2 100	3 345	1 380	2 380	3 760
Kontaktperson	0	1	1	30	80	110	1 600	2 145	3 740	1 630	2 230	3 850
Avlösarservice	210	450	660	460	1 010	1 470	370	670	1 040	1 040	2 130	3 165
Korttidsvistelse	160	290	450	800	1 610	2 420	2 170	3 610	5 775	3 130	5 510	8 640
Korttidsstillsyn	0	0	0	25	60	80	1 840	3 090	4 930	1 865	3 140	5 010
Boende, barn	2	2	4	20	40	65	455	795	1 250	480	840	1 320

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011. Socialstyrelsen, 2012.

år upphörde assistansen för drygt 180 barn och unga i åldern 0-19 år [38].

Många får även stöd från habiliteringen

Många barn och unga med funktionsnedsättning får även insatser från habiliteringsverksamheter. Habiliteringen består av insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och

säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Habiliteringen är ingen homogen verksamhet, utan ser olika ut i olika landsting och på olika kliniker, men sammanfattningsvis hjälper habiliteringen barn och unga med att bibehålla och utveckla:

Tabell 3:7. Barn och unga med assistans

Antal barn och unga med personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken 2004-2011.

År	Flickor	Pojkar	Totalt
2004	1 400	1 840	3 240
2007	1 520	2 190	3 710
2010	1 690	2 430	4 120
2011	1 600	2 400	4 000

Källa: Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

- motorisk förmåga
- språklig förmåga
- förmågan att kommunicera
- social förmåga
- psykologisk förmåga.

Habiliteringen arbetar även för att förbättra vardagsmiljön genom att till exempel prova ut hjälpmedel och ge samtalsstöd.

Delaktighet är ett av de viktigaste målen

Ökad delaktighet är ett viktigt mål både för den nationella funktionshinderspolitiken och för socialtjänstens arbete. Barn med funktionsnedsättning har ofta kontakt med och är långvarigt beroende av personal i olika verksamheter. Det tillhör barnets rättigheter att vara delaktig och bli lyssnad på i frågor som rör henne eller honom. Under 2009 genomförde Socialstyrelsen en studie om hur LSS-handläggare arbetar med barnperspektivet. Det visade sig att handläggarna har svårigheter att beakta barnens synpunkter i sina utredningar, eftersom barn och ungdomar med funktionsnedsättning ofta har svårt att kommunicera verbalt. Det finns behov av ett mer strukturerat utredningsförfarande runt bedömning av LSS-insatser [39].

Barn som ges möjlighet att vara delaktiga blir mer motiverade och intresserade i vardagliga situationer och får därmed en högre kontroll över sitt liv. Att vara delaktig i planerings- och beslutsprocessens olika steg kan göra att barnets egen förståelse för sina behov och önskningar utvecklas [39].

Alla barn och unga är inte delaktiga i planering av insatser

Ett sätt att möjliggöra delaktighet för barn och unga med funktionsnedsättning är att inkludera dem i upprättandet av genomförandeplaner.

Genomförande av beslut enligt LSS ska dokumenteras. Dokumentationen ska visa vilka beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (21 a §). Genomförandeplanen bör upprättas inom den verksamhet som svarar för det praktiska genomförandet och bör med utgångspunkt från beslutet och målet om insatsen beskriva hur den praktiskt ska genomföras.

Under 2011 granskade Socialstyrelsen boenden för barn och unga med fokus på bland annat genomförandeplaner [40]. Tillsynen visade att de flesta i gruppen hade en genomförandeplan, men att endast drygt hälften hade varit delaktiga i upprättandet av själva planen:

- 95 procent hade en genomförandeplan, men 72 procent av planerna hade inte följts upp
- i 54 procent av de granskade verksamheterna bedömde Socialstyrelsen att barn och ungdomar alltid, eller i stort sett alltid, var delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 32 procent av de granskade verksamheterna var barn och ungdomar ibland delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 14 procent av de granskade verksamheterna bedömde Socialstyrelsen att barnen aldrig eller mycket sällan var delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 88 procent av de granskade verksamheterna gavs vårdnadshavare eller gode män alltid eller oftast möjlighet att delta i planering och uppföljning av insatsen.

Ökad delaktighet för barn och unga med funktionsnedsättning är ett prioriterat mål i Socialstyrelsens arbete med den nationella strategin för funktionshinderspolitiken [41]. Dessutom är ökad delaktighet för barn och unga med funktionsned-

sättning ett nytt utvecklingsområde i regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till en evidensbaserad praktik [42]. Utvecklingsarbetet kommer att fokusera på att tillvarata, vidareutveckla och utvärdera metoder och strategier som finns för att barn och unga med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut som rör dem själva.

Bristande samverkan och samordning

För att barn och unga med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Bild 3:1 illustrerar mängden av aktörer som kan vara inblandade, och vilken huvudman dessa tillhör.

De många involverade aktörerna medför behov av samverkansrutiner, till exempel mellan LSS-området och andra verksamheter, både inom och utanför kommunen. Figuren nedan (figur 3:5) visar att samverkansöverenskommelser¹⁰ i LSS-ärenden är mycket vanligare mellan kommunala verksamheter som rör vuxna än mellan kommunala verksamheter som rör barn och unga. Ungefär 60 procent av kommunerna har överenskommelser med vuxenverksamheter som socialpsykiatri och äldreomsorgen, men endast hälften har överenskommelser mellan LSS-området och individ- och familjeomsorgen (IFO).

Långt ifrån alla kommuner har överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och verksamheter. Ungefär 30 procent av kommunerna har överenskommelser med barn och ungdomspsykiatri, andelen är något lägre för barn- och ungdomshabilitering.

Bristande samverkan mellan aktörer och bristande samordning riskerar att medföra flera konsekvenser: stödet till den enskilde kan hålla sämre kvalitet, stöd kan riskera att utebli och föräldrar riskerar att få ta större ansvar för att samordna stödet från flera aktörer.

Familjens situation mer ansträngd

Livssituationen är ofta ansträngd för familjer som har barn med funktionsnedsättning. Barnets stora behov påverkar många gånger föräldrarnas möjligheter till studier, förvärvsarbete, fritid, umgänge med andra, egen tid och, inte minst, deras möjlighet att ägna sig åt övriga barn i familjen. Även ansvaret att samordna barnets stöd kan underlätta föräldrarnas situation

Riksrevisionen har konstaterat att samordningsansvaret påverkar föräldrarnas situation i negativ riktning [43]. Detta bekräftas även av en studie som Socialstyresen publicerade 2003, där en slutsats var att långvarig sjukskrivning förekom oftare i hushåll med vårdbidrag¹¹ än bland andra hushåll med barn.

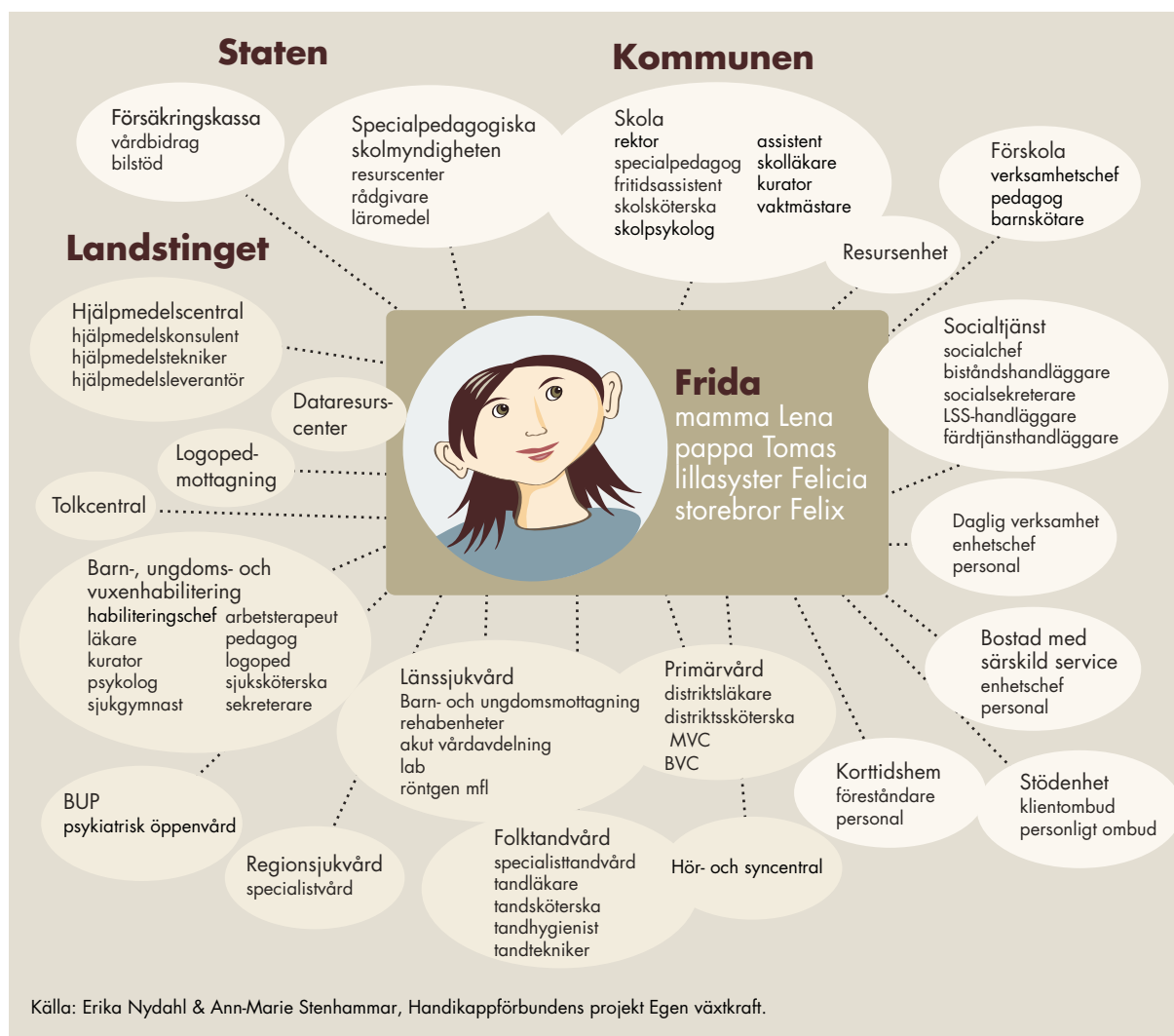
Resultaten från studien visade att familjer med vårdbidrag hade en mer ansträngd situation än familjer där barnet inte hade en funktionsnedsättning:

- Långvarig sjukskrivning var vanligare i hushåll med vårdbidrag, 28 jämfört med 16 procent hos övriga barnfamiljer.
- Längre perioder av arbetslöshet var vanligare bland familjer med vårdbidrag.

¹⁰ Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

¹¹ Vårdbidrag kan betalas ut av Försäkringskassan till föräldrar som vårdar ett sjukt barn eller ett barn med funktionsnedsättning. Barnet måste behöva särskild tillsyn och vård i minst sex månader. Föräldrar har också rätt till vårdbidrag om denne har stora merkostnader på grund av barnets funktionsnedsättning eller sjukdom. Vårdbidragets storlek varierar med hur stora behov barnet har.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper



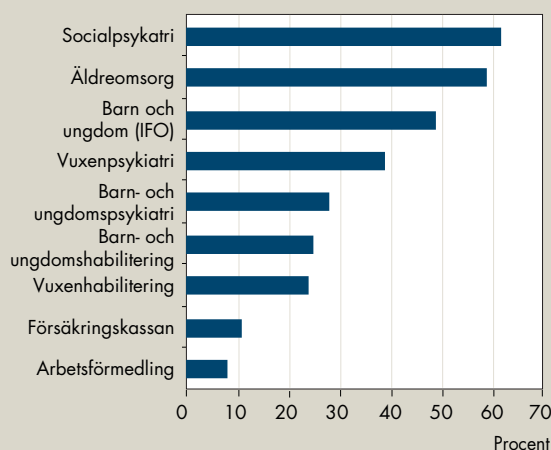
- Familjerna med vårdbidrag arbetade färre timmar än andra familjer, och hade något oftare tidsbegränsade anställningar [44].

Både föräldrar och berörda myndigheter upplever att offentliga aktörer inte samordnar stödsatserna till barn med funktionsnedsättning på ett sätt som

underlättar för berörda familjer. Föräldrar upplever dessutom att samverkan har blivit sämre under de senaste åren, och om den fungerar beror det i hög grad på enskilda handläggares engagemang. Följden blir att en stor del av samordningsansvaret fortfarande ligger hos föräldrarna, vilket kan vara en bidragande orsak till att de är sjukskrivna i

Figur 3:5. Samverkansavtal LSS-verksamhet

Andel LSS-verksamheter som har samverkansöverenskommelser på ledningsnivå med andra aktörer, år 2011.



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (2012).

större utsträckning och har svårare att hävda sig på arbetsmarknaden än andra föräldrar [43].

Flera myndigheter föreslår samordnare för familjer

Regeringen och riksdagen har under de senaste decennierna på olika sätt försökt underlätta för de berörda familjerna. Numera är till exempel kommunerna skyldiga att erbjuda den enskilde en individuell plan enligt LSS i stället för att vänta in en förfrågan. Den begränsade förekomsten av samverkansrutiner (figur 3:5) indikerar emellertid att förutsättningarna kan förbättras.

Detta avsnitt har pekat på flera orsaker till att samverkansproblem uppstår, till exempel mång-

falden av huvudmän och aktörer och bristande rutiner på organisationsnivå. En annan bidragande orsak kan vara olika budget och att kraven på samverkan skiljer sig mellan lagstiftningar [55].

Samordningsproblemen tycks vara svåra att komma till rätta med, men det finns vägar framåt. Behovet av en särskild person med ansvar för samordning av stödet har lyfts fram ett flertal gånger [46, 47].

Ekonomisk utsatthet och hemlöshet

År 2011 fick 8 procent av Sveriges unga vuxna (18–24 år) ekonomiskt bistånd någon gång under året (figur 3:6). Andelen har dock minskat något sedan året innan, och den största minskningen återfanns i Västmanlands län. Den lägsta andelen unga vuxna med ekonomiskt bistånd fanns i Stockholm län med 5 procent. Högst andel fanns i Södermanlands län med 14 procent.

Många unga vuxna har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och arbetslösheten i åldersgruppen är cirka tre gånger högre än bland övriga åldersgrupper oavsett konjunktur. Särskilt utsatta är de som varken studerar eller arbetar under övergångsfasen mellan ungdom och vuxenliv. Även risken för såväl psykisk ohälsa som missbruk är större än för övriga i åldersgruppen. Det är därför viktigt att unga vuxna snabbt får stöd att komma in på arbetsmarknaden eller påbörja studier.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012 visar att 65 procent av landets kommuner kan erbjuda någon form av kommunalt finansierad arbetsfrämjande insats inom en månad till unga vuxna som ansöker om försörjningsstöd på grund av arbetslöshet [48].

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Individuell plan enligt 10 § LSS är en vård- och omsorgsplan för beslutade och planerade insatser/åtgärder, som tagits fram i samråd med den enskilde. Den individuella planen enligt LSS ska fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Den kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även insatser/åtgärder som vidtas av andra aktörer utanför vård- och omsorgsområdet ska beskrivas. Landstinget och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer.

Vanligt med familjeproblem bland hemlösa unga

I en nationell kartläggning från 2011 beskriver Socialstyrelsen för första gången hemlöshet bland de barn och ungdomar (18 år eller yngre) som av olika skäl lever under hemlösa förhållanden utanför familjen [49]. Det innebär att de befinner sig i en gråzon mellan hemmet och samhällets vård och omsorg.¹² Uppgifterna inhämtades från ett stort antal aktörer inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt frivilligsektorn.

Kartläggningen pågick en vecka i maj 2011 och cirka 400 barn och unga i hela landet rapporterades som hemlösa. Av dem var 51 procent flickor och 49 procent pojkar. I gruppen var 35 procent utrikesfödda.

Trettionio procent av dessa barn och unga bodde hos vänner och bekanta. Knappt 35 procent bodde i försökslägenheter, träningslägenheter eller liknande.

Hemlösheten var ny för de allra flesta, men cirka 17 procent hade varit hemlösa i 1–3 år. Utöver problem med bostad hade barnen och ungdomarna framför allt familjeproblem (64 procent).

¹² Detta gäller inte barn och ungdomar (18 år eller yngre) som är placerade utanför hemmet av socialtjänsten.

Ekonomiskt bistånd

Den som själv inte kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, rätt till bistånd av socialnämnden. Enligt 4 kap. 2 § SoL får socialnämnden om det finns skäl för det ge bistånd utöver vad som följer av 1 §.

Försörjningsstödet är en del av det ekonomiska biståndet och avser de vanligaste och regelbundet återkommande levnadskostnaderna.

Försörjningsstödet består dels av en norm för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och tv-avgift, dels av skäligena kostnader för boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa. När det gäller normen beslutar regeringen varje år om en skäligen nivå genom riksnormen.

Till livsföring i övrigt räknas även bistånd som inte är ekonomiskt, som till exempel bistånd för vård och behandling av personer med missbruk, boende i olika former för barn och unga, personer med funktionsnedsättning samt äldre, kontaktperson, hemtjänst eller dagverksamhet.

Cirka 9 procent uppgavs ha problem med missbruk och beroende. Uppgiftslämnarna bedömde att konflikt i familjen var den främsta anledningen till hemlösheten (62 procent).

Socialstyrelsen har en bred definition av hemlöshet och delar upp begreppet i fyra olika hemlöshetssituationer.¹³ Gemensamt för dem alla är avsaknad av en egen bostad i form av till exempel egen hyreslägenhet eller bostadsrätt:

Akut hemlöshet – uteliggare, härbärg, jourboende etc.

Institutionsvistelse och så kallade kategoriboende – ska skrivas ut inom tre månader

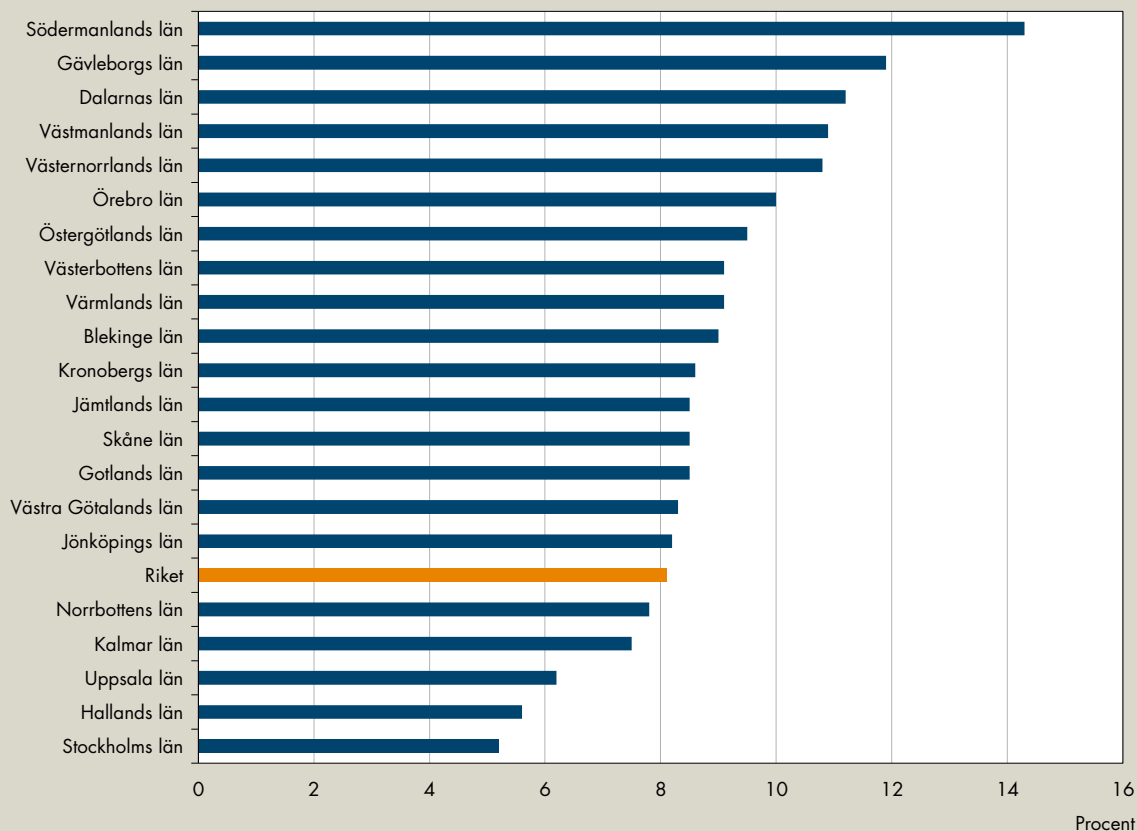
Långsiktiga boendelösningar – till exempel sociala kontrakt

Eget ordnat kortsiktigt boende – inneboende kortare tid än tre månader.

¹³ Se fullständig definition i hemlöshetskartläggningen 2011.

Figur 3:6. Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna

Andel unga vuxna 18–24 år som fått ekonomiskt bistånd någon gång under år 2011.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen och registret över totalbefolkningen, SCB.

De vanligaste insatserna dessa barn och unga fick från kommunernas socialtjänst var boendeinsatser, ekonomiskt bistånd och familjestöd. Men 14 procent hade inte tagit del av några insatser det senaste året. Barnen och ungdomarna levde främst på ekonomiskt bistånd eller studiemedel, men nästan en femtedel hade ingen inkomst alls [59].

Våldsutsatthet och övergrepp

Våld drabbar barn i alla åldrar, från spädbarn till ungdomar. Det kan ske i olika sammanhang som i hemmet, i skolan, på fritiden och genom olika sociala medier. Barn kan också samtidigt vara både gärningsmän och utsatta för våld. Aktörer som skolan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten

och polisen har ett ansvar för att samverka för att ge barnen skydd.

Definition av våld mot barn

Våld mot barn definieras ofta som handlingar eller situationer vilka innebär ett aktivt agerande mot barnet, men ibland används beteckningen också för andra förhållanden som innebär att barn far illa eller riskerar att fara illa, bland annat vanvård och försumlig behandling i hemmet [50]. Den senare användningen följer ett språkbruk som FN:s barnrättskommitté numera tillämpar. Där används "violence" som beteckning för alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande av barn [51].

Föräldrars våld mot barn minskar

Barn i förskoleåldern som utsätts för våld har oftast blivit misshandlade av sin vårdnadshavare [52]. Omkring 80 procent av de polisanmälda misshandelsbrotten mot barn i åldern 0–6 år begås av en förälder. De lindrigare formerna av föräldrars våld mot barn har dock minskat över en längre tid. Denna utveckling förklaras framför allt av en minskning i användandet av våld i uppfostringssyfte, vilket kriminaliserades 1979. Andelen vuxna som rapporterar en positiv inställning till våldsanvändning i uppfostringssyfte och andelen föräldrar som uppger att de själva har utövat våld mot sina barn minskar över tid. År 1980 var det cirka 28 procent av föräldrarna som under det senaste året "slagit eller klappat till" sitt barn. År 2000 var motsvarande andel drygt 1 procent. Enkätstudier bland föräldrar från 2006 och 2011 visar dock en svag ökning jämfört med 2000.

Barns utsatthet för grövre våld har på det hela taget varit oförändrad sedan 1980-talet. Andelen barn upp till 14 år som hamnar på sjukhus på

grund av en våldsskada har inte förändrats över tid (figur 3:7). Det allra grövsta, dödliga våldet mot yngre barn har däremot minskat under en längre tid. Antalet misshandelsbrott mot barn som anmälts till polisen har dock ökat under en längre tid. Det är i första hand förändringar i anmälningsbeteendet hos föräldrar, skolan och förskolan samt socialtjänsten som ligger bakom denna ökning [52].

Våldsutsatthet vanligare bland pojkar

Det våld som äldre barn och ungdomar utsätts för sker i första hand mellan jämnåriga. År 2011 lades exempelvis närmare 40 procent av de upplagrade misshandelsfallen mot barn 7–14 år ner med hänvisning till att den misstänkte inte var straffmyndig.¹⁴ Cirka 70 procent av de personer som registreras som misstänkta för misshandel mot 15–17-åringar var själva i åldrarna 15–20 år [52].

Bland elever i årskurs 9 (figur 3:8) uppgav uppmot var femte flicka respektive var fjärde pojke att de utsatts för lindrigt våld åren 1995–2008. I undersökningen från 2011 hade dock dessa andelar minskat. Skolan är den vanligaste platsen för dessa händelser. Utsattheten för så grovt våld att niondeklassarna behövt söka någon form av vård är tämligen oförändrad för både flickor (cirka 4 procent) och pojkar (cirka 7 procent). Dessa brott sker ungefär lika ofta i skolan som på offentliga platser [52].

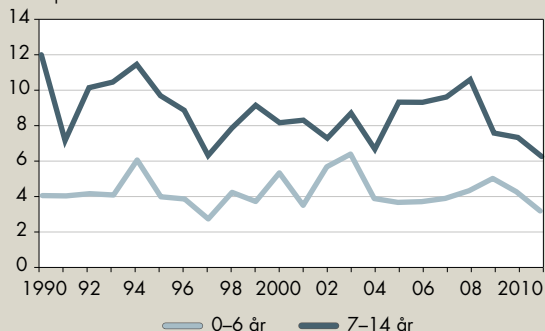
För ungdomar i åldrarna 16–24 år sker våldet oftare på fritiden och i samband med (alkoholrelaterat) nöjesdeltagande i stället för i skolan och i hemmet. Våldsutsattheten i denna åldersgrupp har inte ökat under senare år och det grövre våldet ligger ungefär på samma nivå som på 1980-talet.

14 Det vill säga, han eller hon var yngre än 15 år.

Figur 3:7. Barn inlagda på sjukhus på grund av våldsskada*

Antal vårdtillfällen för barn i åldrar 0–6 och 7–14 år per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp.

Antal per 100 000



*Skada p.g.a. övergrepp av annan person, diagnoskod enligt ICD-9: 960–968 och ICD-10: X85–Y09.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Risken att bli utsatt för våld som leder till en inläggning på sjukhus ökar under tonåren och är som högst bland unga vuxna i 20–24-års åldern. Det är också mycket vanligare att unga män vårdas på sjukhus på grund av misshandel än unga kvinnor (figur 3:9). Med undantag för de allra yngsta barnen (0–6 år) är pojkar generellt mer utsatta för misshandel än flickor. Unga män har oftare utsatts för våld på offentliga platser, medan våldet mot unga kvinnor oftare inträffat i någons bostad [52].

Det dödliga våldet visar sedan 1980-talet varken på en ökning av antalet unga offer eller antalet unga gärningsmän. Ungefär 15 ungdomar i åldern 10–24 år faller offer för dödligt våld varje år [52].

Var fjärde flicka utsatt för sexuella övergrepp

Flickor utsätts för sexuella övergrepp i avsevärt större utsträckning än pojkar [52]. Svenska undersökningar bland 18-åringar visar att 10–13

procent av flickorna och 3–6 procent av pojkarna har varit utsatta för penetrerande sexuella övergrepp någon gång under sin uppväxt. När andra former av sexuella övergrepp inkluderas, exempelvis blottning och sexuell beröring, blir andelen utsatta 25 procent bland flickorna och 7 procent bland pojkarna.

Få av de sexuella övergrepp som barn och ungdomar utsätts för kommer till myndigheternas kännedom. Sannolikheten att barn berättar om sin utsatthet för sexuella övergrepp är dessutom lägre bland pojkar än flickor. De som blir registrerade som misstänkta för sexualbrott mot personer under 18 år är i huvudsak män – drygt 97 procent 2011.

Omkring 70 procent av brotten mot barn upp till 11 år begås av någon inom familjen eller släkten. Endast 3 procent hade begåtts av någon tidigare obekant. Bland utsatta barn och ungdomar i åldern 12–14 respektive 15–17 år hade däremot flera av brotten begåtts av tidigare obekanta personer (18 respektive 32 procent), medan andelen brott som hade begåtts av personer inom familjen eller släkten var lägre (16 respektive 3 procent). Allt eftersom barnen blir äldre ökar antalet sexualbrott som begås av personer som är relativt jämnåriga med offren. Bland de yngsta barnen begås brotten oftast i hemmet medan de brott som begås mot äldre barn och ungdomar främst sker utanför det utsatta barnets hem – bland tonåringar ofta i samband med umgänge med kompisar, inte minst på fester eller i anslutning till utelivet [52].

Ingen minskning av utsatthet för mobbning

Andelen barn och unga som känner sig utsatta för mobbning har varit oförändrad under 2000-talet [52]. Enligt Skolverkets undersökning från 2009 kände sig 6 procent av eleverna i årskurs 4–6 och i årskurs 7–9 mobbade av andra elever.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

I gymnasieskolan var motsvarande andel 2 procent. I Brottsförebyggande rådets (BRÅ) undersökning från 2011, var det drygt 13 procent av flickorna och 8 procent av pojkarna i årskurs 9 som svarade att de ibland eller ofta varit utsatta för mobbning.

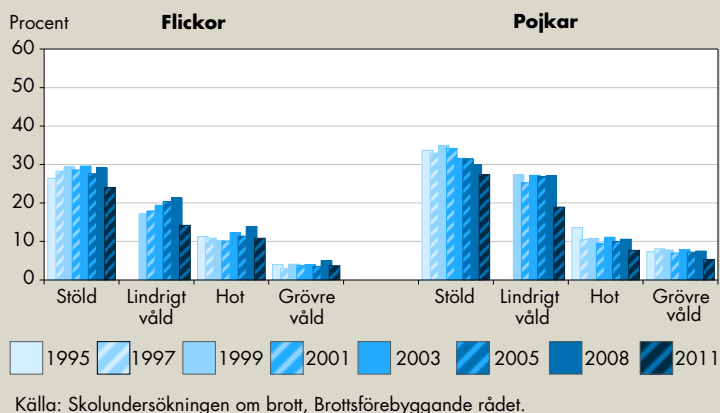
Omkring var tredje pojke respektive flicka i årskurs 9 uppger att de utsatts för stöld av cykel, plånbok eller annan värdesak (figur 3:2). År 2008 uppgav nästan 11 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna att de under det senaste året blivit hotade så att de blev allvarligt rädda. Under 2000-talet har denna andel bland pojkar varit någorlunda stabil medan den har ökat bland flickor. Dessa hot inträffar oftast på offentliga platser [52].

Ytterligare en studie, som genomfördes av Socialstyrelsen, fokuserade på utsatthet och stöd under uppväxten bland personer i åldern 20–24 år [53]. Studien omfattade frågor om egendomsbrott, fysiskt våld, verbala övergrepp, sexuella övergrepp, försummelse och bevitnande av våld. Preliminära resultat från studien ger en bild av hur olika former av våldsutsatthet hänger samman och vilken betydelse våldsutsatthet har för den psykiska hälsan:

- Våldsutsatthet är oftast ingen engångshändelse. Att ha utsatts för en typ av våld kan även indikera utsatthet för en annan typ av våld.
- Skolan framstår som en vanlig arena för brott och övergrepp och andra barn är vanliga aktörer där.

Figur 3:8. Utsatthet för brott bland ungdomar

Andel elever i årskurs 9 som uppger att de har utsatts för olika brottshandlingar 1995–2011.



Källa: Skolundersökningen om brott, Brottsförebyggande rådet.

- Hemmet är en vanlig plats för våldsutsatthet och försummelse.
- Det är 1,5–2 gånger vanligare att unga personer med funktionsnedsättning blir utsatta för våld jämfört med andra unga.
- Ungefär vart femte våldsutsatt barn hade fått professionell hjälp, främst av kurator i vård eller skola och av psykiatri.
- Barn som varit utsatta för våld vid upprepade tillfällen eller på flera olika sätt har sämre psykisk hälsa som vuxna.
- Endast var femte person som vid upprepade tillfällen varit utsatt för brott, våld, övergrepp eller försummelse är i dag vid god psykisk hälsa. Det är vanligare att dessa säger sig ha varit motiverade och mogna att ta emot stöd, jämfört med gruppen med sämre hälsa. Detta pekar på vikten av barnets egen roll i utformningen av insatsen [53].

De flesta kommuner erbjuder stöd och behandling

Omkring var tionde ungdom i ålder 15-16 år anger att de har bevittnat våld [54]. Barn som bevittnat våld av närstående har fått särskild uppmärksamhet under det senaste decenniet, bland annat genom nya regler om socialtjänstens ansvar att ta hänsyn till dessa barns behov av stöd och hjälp. Omfattande satsningar har genomförts för att utveckla det lokala stödet till barnen och den vetenskapliga kunskapen om vad som är ett gott stöd till dem [55-58].

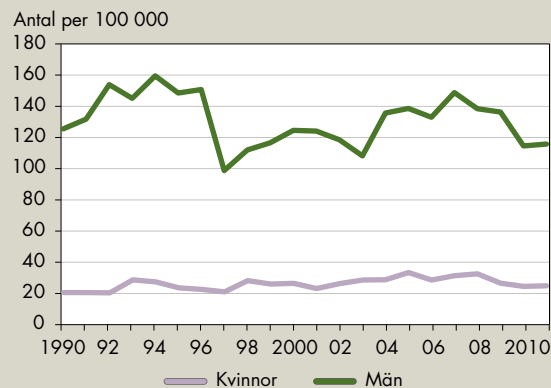
Nästan alla kommuner kan erbjuda råd och stöd till barn som bevittnat våld, genom samtal med en socialsekreterare [59]. Vidare kan kommunerna i mycket hög utsträckning erbjuda stöd- och behandlingsinsatser som krissamtal, kontaktperson och familjepedagogiska insatser. Omkring hälften av kommunerna har kartlagt utbildningsbehovet för personal som kan möta eller arbetar med barn som bevittnat våld, och drygt en tredjedel av kommunerna har under det senaste året systematiskt följt upp insatserna för barn som bevittnat våld. På den sista punkten är de regionala variationerna dock stora [59].

Barnahusen kan vara bättre än ordinära barnutredningsformer

Barnahus är en typ av verksamhet som förenar kommun, landsting och stat i konkret myndighetssamverkan för barn som misstänks vara utsatta för brott. Utvecklingen har varit snabb sedan de första svenska barnahusen startade 2004 och 2005, med amerikanska och isländska verksamheter som förebilder. År 2010 fanns det åtminstone 22 verksamheter i Sverige som kallade sig barnahus [60, 61]. I slutet av 2012 fanns det, enligt uppgifter från Rädda Barnen, ett trettiotal sådana verksamheter runt om i landet.

Figur 3:9. Unga inlagda på sjukhus på grund av våldsskada*

Antal vårdtillfällen för kvinnor och män i ålder 15-20 år per 100 000 invånare i motsvarande åldersgrupp, 1990-2010.



*Skada p.g.a. övergrepp av annan person, diagnoskod enligt ICD-9: 960-968 och ICD-10: X85-Y09. Observera att 1997 skedde statistikomläggning från ICD-9 till ICD 10.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Barnahusens målgrupp bör utgöras av barn som misstänks ha utsatts för brott mot liv och hälsa, brott mot frihet och frid eller sexualbrott, kvinnlig könsstympning och barn som bevittnat våld i nära relationer, enligt rekommendationer från Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen och Åklagarmyndigheten. Avgörande för om barn ingår i målgruppen är brottsmisstanken, inte om det misstänkta brottet begåtts i till exempel barnets hemmiljö, i skolan eller på annan plats eller av en vuxen eller ett barn [62].

Slutsatserna av en uppföljning från 2010 pekar på att en fungerande barnahusverksamhet är bättre än ordinära barnutredningsformer hos polisen, även om knappast något barnahus motsvarade de uppställda kriterierna [61]. Dels är det bättre för

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

barnen att det samlade samhällsstödet finns på ett ställe så att barnet inte behöver slussas runt till olika institutioner, dels ger det ökade samarbetet med andra discipliner och myndigheter en bredare kunskapsbas för utredningarna och en möjlighet att ur olika aspekter samtidigt möta barnets problematik.

Uppföljningen lyfter också fram några viktiga förutsättningar för barnhusens verksamhet: tillgång till den specialistkompetens som krävs och en viss volym. Utredarna konstaterade att barn – oavsett ålder – som varit på förhör på barnhus har varit övervägande positiva till det bemötande och stöd de fått. Så många brottsutsatta barn som möjligt bör därför komma till barnhusen, inte bara de barn som socialtjänsten har behov av att bedöma och utreda.

Utredarna betonade också att en långsiktig och hållbar myndighetssamverkan förutsätter att samtliga involverade samverkansparter tar ett gemensamt ekonomiskt och personellt ansvar för verksamheten. För en långsiktig verksamhetsutveckling föreslog man en nationell samordning för certifiering, kontinuerlig uppföljning och kvalitetssäkring av barnhusen [61].

Särskilda team och enheter bildas i samverkan

Flera huvudmän har, var för sig eller i samverkan med andra, byggt upp verksamheter med särskilt fokus på barn som utsatts för våld. På Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm och på Akademiska sjukhuset i Uppsala finns särskilda barnskyddsteam med exempelvis barnmedicinsk kompetens, enligt förebilder från bland annat USA och England.

Sedan flera år finns specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter inom området i bland annat Linköping och Stockholm. Det

finns även specialiserade verksamheter för stöd till barn som utsatts för sexuella övergrepp.

Några landsting/regioner och kommuner har bildat särskilda enheter eller centrumbildningar för forsknings- och utvecklingsarbete som berör frågor om våld mot barn. Några exempel på sådana verksamheter är Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, Region Skånes kunskapscentrum för barnhälsovård och kunskapscentrumet Dialoga i Göteborgsregionen.

Behov av fortsatt utvecklingsarbete

Även om ett omfattande förbättringsarbete pågår är det tydligt att behovet av fortsatta utvecklingsinsatser är stort. FN:s barnrättskommitté har uppmärksammat stora regionala skillnader i Sverige när det gäller stöd och behandling till våldsutsatta barn. Kommittén rekommenderade 2006 särskilt att Sverige

- prioriterar förebyggande åtgärder
- verkar för icke-våldsvärderingar
- ökar människors medvetenhet
- erbjuder hjälp till rehabilitering och återintegrering i samhället
- säkerställer barns deltagande
- skapar tillgängliga och barnanpassade tjänster och metoder för rapportering av våld mot barn.

Barnrättskommittén tagit upp barnets rätt till frihet från våld och vikten av förebyggande arbete. Vuxna måste också ha tillräcklig kunskap, vilja och möjlighet att ingripa när de misstänker att våld förekommer, även om barnet inte uttryckligen ber om hjälp [51].

De uppdrag och andra insatser som initierats under senare år har också lett fram till insikter om behovet av ytterligare kunskapsutveckling

och kunskapsspridning. Bland annat har nedanstående övergripande utvecklings- och förbättringsområden uppmärksammats när det gäller socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete:

- Bättre tillämpning av anmälningsskyldigheten, utvecklad utredningsmetodik inom socialtjänsten och bättre samverkan mellan socialtjänsten och andra verksamheter. Brister i olika verksamheters anmälningsskyldighet till socialnämnden när barn far illa eller riskerar att fara illa har påvisats i flera studier, inte minst inom hälso- och sjukvården [62, 63, 64]. Socialstyrelsens rapport om barn som avlidit med anledning av brott 2010–2011 visar också att brister i socialtjänstens barnvårdsutredningar, har lett till att barn inte alltid har fått det skydd eller det stöd de varit i behov av. Av rapporten framgår att den lagstadgade skyldigheten för myndigheterna att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa inte fungerar tillfredsställande. Det gäller främst samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, polis och skola [65].
- Ökad kunskap om effektiva strategier, metoder och arbetssätt. För att barn som utsatts för våld ska få det stöd som de behöver krävs kunskap om vilka metoder och arbetssätt som är effektiva och om hur dessa metoder ska komma till användning. Det gäller såväl vid tidiga insatser för att förebygga, upptäcka och bedöma tecken på våld som för akut skydd och stöd. Även efter den akuta fasen är det viktigt att det finns effektiva metoder och arbetssätt för uppföljning och långsiktigt stöd till barn som exempelvis har traumatiserats till följd av våld. Bara ett mindre antal systematiska kunskapsöversikter som berör

området har tagits fram, och endast ett fåtal metoder har utvärderats i randomiserade kontrollerade svenska studier [66–68].

- Ökade möjligheter för barn att själva komma till tals. Ett område som berör både arbetsformer och metodik handlar om samtal med barn som misstänks vara utsatta för våld. Detta är fortfarande ett eftersatt forskningsområde [66]. Barn som utsatts för våld upplever också att de inte får tillräckligt med frågor om vad de varit med om eller att deras svar inte tolkas och används på rätt sätt [62]. Barnens möjligheter att komma till tals är både en fråga om deras rättigheter och om att utveckla en evidensbaserad praktik för ett effektivt stöd från bland annat socialtjänst och hälso- och sjukvård [69, 70].
- Förbättrad uppföljning av insatser för barn som utsatts för våld. Det finns olika uppföljningssystem inom de samhällsområden och verksamheter som arbetar med frågor om våld mot barn, men fortfarande saknas såväl lokal och regional som nationell överblick över de insatser som görs inom bland annat socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det saknas också till stor del indikatorer som gör det möjligt att jämföra vad som görs i olika delar av landet. Socialstyrelsen har under våren 2012 publicerat de första öppna jämförelserna av insatser när det gäller våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld [59].

Migrerande barn

Ensamkommande barn och unga

Gemensamt för barn och unga som kommer ensamma till Sverige är att de har erfarenheter av uppbrott från den invanda miljön, föräldrarna och det sociala nätverket [71].

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Ensamkommande barn är en gemensam beteckning för "barn under 18 år som vid ankomsten till mottagarlandet är skilda från båda sina föräldrar eller från någon annan vuxen person som får anses ha trätt i föräldrarnas ställe, eller som efter ankomsten står utan sådan ställföreträdare". (1 § femte stycket lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.). I denna text avses med ensamkommande barn sådana som ansöker om asyl och har registrerats som barn av Migrationsverket.

Majoriteten av de ensamkommande barnen och unga kommer från områden – i dag framför allt Afghanistan och Somalia – med våldsamma och blodiga konflikter, och många bär på erfarenheter av att vuxenvärlden svikit dem [72]. Orsaker till migrationen är ofta en kombination av yttre orsaker – som krig, fattigdom, konflikter i släkten eller familjen – och en önskan om ett bättre liv. Barnets medverkan i beslutet att migrera kan vara motvillig eller frivillig [73–75].

En stor del, kanske de flesta av barnen, har i sina hemländer varit med om svåra upplevelser, som förluster av nära anhöriga, varierande grader av hot och våld och avsaknad av skolgång. Allt detta är riskfaktorer för en ogynnsam utveckling i den unga personens liv. Ju fler riskfaktorer desto högre risk att barnet drabbas av ohälsa och negativ utveckling [76]. För många har också själva flykten till Sverige varit lång med inslag av hot, misshandel, fängslande och övergrepp av olika slag. En del av barnen och ungdomarna reagerar på detta med allvarliga psykiska symtom.

Antalet ensamkommande barn varierar mellan åren beroende på pågående krig och konflikter i andra länder. År 1992 kom till exempel ett mycket stort antal barn till Sverige till följd av kriget på Balkan [77]. De största grupperna av ensamkommande barn och ungdomar som sökte asyl i Sve-

rige åren 2010–2012 kom från Afghanistan, följt av Somalia, Eritrea och Irak.

Över hälften (57 procent) av alla ensamkommande barn och ungdomar som sökte asyl i Sverige åren 2009–2012 var 16–17 år gamla och mer än en tredjedel var i åldern 13–15 år. Att yngre barn kommer ensamma är mera sällsynt (figur 3:10). Majoriteten av barnen som kommer är pojkar, mellan cirka 80 och 85 procent per år [78].

Åldersbedömning har betydelse för bedömning av stöd

Många ensamkommande barn saknar födelsebevis eller annan identitetshandling när de kommer till Sverige. Det finns länder där det inte alltid upprättas födelsebevis som visar var och när man är född och vilka föräldrarna är. När ensamkommande söker asyl, eller när barn i utlandet ansöker om att få återförenas med någon anhörig i Sverige, och saknar tillförlitliga identitetshandlingar, kan frågor om åldern uppstå.

Frågan om en sökande är ett barn under 18 år eller en vuxen som redan har fyllt 18 år har betydelse vid prövningen av om han eller hon ska få stanna i Sverige eller inte. Det har också betydelse när man bedömer om han eller hon

- ska anvisas till en kommun för boende inom socialtjänsten med andra barn
- behöver stöd i form av en god man, skolgång och andra insatser inom ramen för socialtjänsten
- ska hänvisas till ett boende inom Migrationsverket.

För helt uppenbara fall, det vill säga fall "där var och en utan närmare övervägande klart kan se att det rör sig om en vuxen person", kan Migra-

tionsverket ifrågasätta åldern direkt vid ansökningsstillfället [79]. Migrationsverket har ingen statistik över antalet som genomgår åldersbedömning.

Om det efter den muntliga utredningen fortfarande finns osäkerhet om barnets identitet och ålder – frågor som är viktiga vid prövningen av ärendet – bör Migrationsverket erbjuda personen möjlighet att stödja sina uppgifter genom en medicinsk åldersbedömning [79].

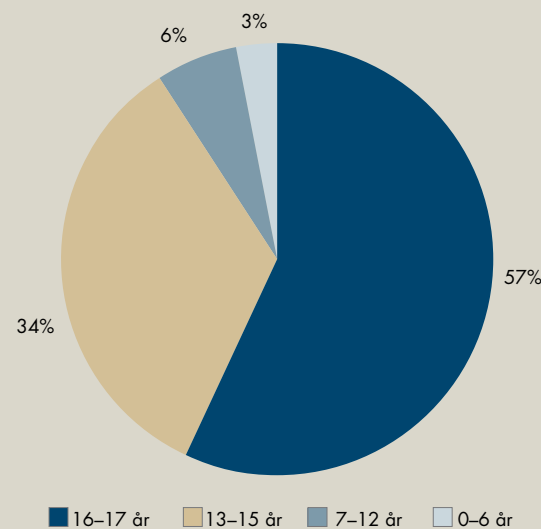
Det finns inte någon medicinsk eller psykosocial metod som exakt kan fastställa en persons kronologiska ålder. Det handlar om att kunna ange ett åldersintervall för att avgöra om den ålder som barnet säger sig ha är sannolik eller inte [80, 81]. De metoder som trots allt verkar vara de mest ändamålsenliga är de medicinska metoderna, det vill säga en ålderbedömning gjord av en erfaren barnläkare och grundad på samtal, utvecklingsbedömning och kroppsundersökning samt röntgenundersökningar av tänder och handskelett [82].

Socialstyrelsen har gett ut rekommendationer om medicinsk åldersbedömning för ensamkommande barn som ansöker om uppehållstillstånd i Sverige [83]. Åldersbedömningarna måste uppfylla krav på objektivitet, vetenskaplighet, kvalitet och rättssäkerhet. Socialstyrelsen rekommenderar att en medicinsk åldersbedömning inleds med en pediatrik klinisk undersökning, som vid behov kompletteras med röntgen av tänder och handskelett. Målet är att minska risken för att barn felaktigt bedöms vara över 18 år.

Majoriteten av de ensamkommande barnen som kommer till Sverige och ansöker om asyl får permanent uppehållstillstånd (PUT). År 2011 fick 85 procent av alla ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige uppehållstillstånd i första instans. Om man också räknar in personer vars

Figur 3:10. Ensamkommande barn och unga

Åldersfördelning (%) bland alla ensamkommande barn och unga som kom åren 2009–2012.



Källa: Migrationsverket.

ansökan ska prövas enligt Dublinförordningen¹⁵ och dem vars ärende avskrevs, fick 74 procent uppehållstillstånd. År 2012 var motsvarande siffror 65 procent [84].

¹⁵ I EU-länderna och Norge, Island, Liechtenstein och Schweiz finns det regler om vilket land som ska ansvara för en ansökan om asyl. Genom Dublinförordningen (Europeiska rådets förordning (EG) nr 343/2003) reglerar länderna vilket land som ska ansvara för asylprövningen. En asylsökande har alltså inte rätt att välja vilket land som ska utreda och pröva skälen för asyl. Om ett ensamkommande barn tidigare har ansökt om asyl i ett annat land, som också omfattas av Dublinförordningen, skickas en begäran om "återtagande" dit. För att ett barn ska överföras krävs att barnet faktiskt har ansökt om asyl i det andra landet.

Stort behov av omgående hjälp med boende och stöd

År 2006 överfördes ansvaret för att ta emot ensamkommande asylsökande barn från Migrationsverket till kommunerna. Förändringen i ansvar innebar dels att Migrationsverket befriades från sin dubbla roll som vårdgivare och beslutsfattare, dels att kommunerna övertog ansvaret för barnens omvårdnad och boende inom ramen för socialtjänsten. Dessutom medförde reformen att ensamkommande barn skulle kunna ta del av de stödsatser som socialtjänsten kan erbjuda. Det blev därmed socialtjänstens ansvar att se till att barnen och ungdomarna erbjuds ett tryggt och säkert boende av god kvalitet med möjligheter till individuellt stöd och utveckling samt att barnen och ungdomarna får lämplig utbildning och tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Förändringen 2006 byggde på beräkningen att cirka 500 barn per år kommer ensamma till Sverige, och att antalet i stort sett var konstant. Emellertid började antalet ensamkommande barn att öka ungefär samtidigt med reformens införande, för att därefter stadigt öka.

Särskilt påtagliga blev problemen med ökningen i de fyra största ankomstkommunerna Malmö, Sigtuna, Solna och Mölndal. Behovet av omgående hjälp med boende och stöd från socialtjänsten samt förordnande om god man blev tydligt märkbart åren efter lagändringen. Tecknandet av överenskommelser mellan Migrationsverket och kommuner om att ta emot ensamkommande barn har inte skett i den takt och omfattning som behövts för att kunna motsvara behoven. Dessa problem finns fortfarande kvar.

De flesta ensamkommande barn har tagit ett stort ansvar under lång tid och många av barnen är handlingskraftiga och kompetenta. Bland dem finns även en sårbar högriskgrupp, som tidigt be-

höver identifieras och erbjudas riktade behandlingsinsatser [71, 85].

Det är socialtjänstens ansvar att se till att barnen och ungdomarna erbjuds ett tryggt och säkert boende av god kvalitet med möjligheter till individuellt stöd och utveckling samt att barnen och ungdomarna får lämplig utbildning och tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Stödet har blivit bättre

Det är viktigt att de ensamkommande barnen får vad de behöver och har rätt till eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen. De befinner sig dessutom i en ny och främmande kultur utan kunskaper i svenska språket.

De flesta ensamkommande barn och unga placeras på hem för vård eller boende, HVB.¹⁶ Den nationella tillsynens iakttagelser pekar på att stödet i HVB till denna grupp har blivit bättre. Tidigare gjorde knappt hälften av verksamheterna individuella bedömningar av hur de ensamkommandes behov kunde tillgodoses, motsvarande siffra för övriga HVB var dubbelt så hög. In- och utskrivningsbeslut och samtycke från den ensamkommande saknades dessutom alltför ofta [40]. Socialstyrelsen bedömde att socialtjänstens handläggare många gånger saknade kunskap om vad som gäller för ensamkommande barn och unga, och ibland utreddes barnets eller den unges behov endast summariskt [40].

Enligt Socialstyrelsens Tillsynsrapport 2013 finns det inga stora skillnader i kvalitet i HVB för ensamkommande barn jämfört med övriga HVB [15]. Men personalens utbildningsnivå är generellt sett något lägre och det är något fler verksamheter för ensamkommande som inte erbjuder ungdomarna en godtagbar boendestandard.

¹⁶ I kapitel 4 redogörs för utvecklingen av heldygnsplaceringar för bland annat ensamkommande barn och unga.

I HVB för ensamkommande tycks dessutom en lägre andel av personalen ha särskild kunskap om målgruppen, jämfört med andra HVB. I HVB för ensamkommande var det 40 procent jämfört med 64 procent i övriga HVB.

Förhållandena i mottagarlandet är avgörande för barnens framtida hälsa

Förhållandena i mottagarlandet är avgörande för de ensamkommande barnens långsiktiga hälsa och utveckling. Brist på stöd ökar risken för en sämre prognos med bestående traumasymtom och annan psykisk ohälsa.

Barn som upplevde livshotande händelser och skräck kan återuppleva det genom plågsamma minnesbilder och mardrömmar. Vanligt vid sådana situationer är att barnet gör vad han eller hon kan för att undvika allt som kan påminna om händelsen. Detta kan i sin tur leda till överspändhet, irritabilitet, koncentrationssvårigheter och överdriven vaksamhet. Farofyllda, chockartade eller smärtsamma händelser leder inte automatiskt till traumatisering i psykiatrisk bemärkelse, men de kan göra det. Det är avgörande hur barnet upplevde händelsen, hur han eller hon tolkar situationen och framför allt vad som händer efter traumat. Traumatisering kan ge upphov till olika allvarliga symtom som kan diagnosticeras som posttraumatiskt stressyndrom, akut stressyndrom eller någon annan psykiatrisk diagnos [85].

En annan utmärkande omständighet för de ensamkommande barnen är att samtliga är utsatta för långvarig och extrem stress. Denna stress börjar inte sällan långt före resan och kan sedan fortsätta långt efter ankomsten – inte minst under tiden för asylprövningen och fram till beslutet om att få stanna [86]. Orsaker till stress efter ankomsten kan till exempel vara att känna sig rädd för vad som ska ske i framtiden, [87] att inte ha

några släktingar i det nya landet, att bli ifrågasatt under asylprocessen eller att känna sig tvingad att uppge fel identitet, historia eller ålder [88].

Ett tredje utmärkande tillstånd är övergivenhet i bemärkelsen att de ensamkommande barnen och ungdomarna är ensamma utan sina föräldrar i ett främmande land. Många hyser oro för sina familjemedlemmar som de kanske förlorat kontakten med. Andra barn kan känna sig övergivna efter att ha tagit aktivt avstånd och flytt från familjen, kanske efter våld eller hederskonflikter [87, 89].

Hur går det sen?

Få studier har följt upp hur det går för de ensamkommande barnen, och de uppföljningar som genomförts ger delvis olika resultat. År 2009 gjordes en uppföljning av 100 ensamkommande ungdomar tio år efter att de hade fått permanent uppehållstillstånd [90]. De flesta hade återförenats med släktingar och familj i Sverige. Ett mindre antal var fortfarande ensamma i landet. Efter tio år hade mer än tre fjärdedelar sysselsättning eller studier. De flesta hade sökt och fått svensk medborgarskap och hälften hade bildat egna familjer.

Barn med uppgivenhetssyndrom

Under 2002 väckte allt fler barn med en ny symtombild reaktioner på flera håll inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige. Det handlade om barn i asylsökande familjer som uppvisade varierande, starka symtom med oro, ångest, sömnproblem, depression, tilltagande passivitet och kontaktlöshet. De förlorade så småningom förmågan att använda kroppen normalt, vilket i flera fall innebar att vårdpersonalen var tvungna att sondmata dem för att de skulle få i sig näring. Vissa barn behövde blöja. Barnen kom att benämnas ”deprimerade, barn som lagt sig,

apatiska barn och barn med uppgivenhetstillstånd eller depressiv devitalisering [90-93].¹⁷

Symtomen var varken okända eller oförklarliga. Redan i mitten av 1950-talet beskrevs barn ”med kronisk trötthet och sängläge” i en stor literaturgenomgång [95], och i en lärobok från samma årtioende [96] att ”barn vid psykisk insufficiens kan reagera med uttalad trötthet, apati och sängläge (apatineuros)”. Där fanns även en koppling till traumatiska upplevelser.

En svårighet med uppgivenhetssyndrom¹⁸ är att det saknas generellt accepterade diagnoskriterier som täcker hela symtombilden och vårdbehoven. Det har därför inte heller varit möjligt att jämföra behandlingsinsatser [95]. Det gör det också svårt att följa den epidemiologiska utvecklingen.

Det finns flera differentialdiagnoser¹⁹ i International Classification of Diseases 10 och handboken Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV²⁰, som kan användas på många av de symptom barnen uppvisar. Några exempel är ångestsyndrom, depression, anorexia nervosa, kroniskt trötthetssyndrom, dissociativa tillstånd, posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom [95].

Under slutet av 2012 och i början av 2013 har Socialstyrelsen diskuterat en fördjupningskod i klassifikationssystemet enligt ICD-10 SE för att

kunna få en samlad överblick av fallen. Slutligt beslut i frågan fattas dock efter publicering av denna rapport.

Få har uppgivenhetssyndrom, men antalet varierar över tid

Sedan fenomenet på allvar började uppmärksammas 2002, då 65 barn rapporterades [96] med uppgivenhetssymtom, har ett antal kartläggningar i form av enkäter i första hand till barn- och ungdomspsykiatriska enheter i hela landet genomförts.

Den första kartläggningen, som utfördes vid BUP:s flyktingenhet i Stockholms län, kartlade hur många asylsökande barn som hade varit inlagda eller fått andra intensiva vårdåtgärder under minst en vecka, och där barnen bland annat var okontaktpå, orörliga och deprimerade och symtomen var uppenbart relaterade till traumatisering i hemlandet och avslag eller väntan i asylprocessen. Resultatet av kartläggningen var 130 barn som uppfyllde kriterierna samt ytterligare 32 barn som hade varit aktuella för andra åtgärder [97]. En uppföljning gjordes i mars 2006. Då var 65 barn med uppgivenhetssymtom fortfarande under behandling. Dessutom hade 82 barn fått permanent uppehållstillstånd men var fortfarande aktuella på olika BUP-kliniker eller BUP-enheter. Ytterligare två uppföljningar gjordes i augusti och december, 2006. De visade att antalet barn med uppgivenhetssymtom kontinuerligt minskade under året, från 147 i mars till 36 i december [98].

En viktig bidragande orsak till minskningen ansågs allmänt vara den tillfälliga lagen (2005:762) som gällde från den 15 november 2005 till den 31 mars 2006 och som möjliggjorde förnyade prövningar av framför allt barnfamiljers ansökan [98].

17 Depressiv devitalisering betyder att barnet ligger till sängs, inte talar och måste sondmatas för att få föda

18 Socialstyrelsen valde i slutet av 2012 att använda beteckningen barn med uppgivenhetssyndrom som gemensam beteckning för dessa fall. Tidigare benämndes dessa fall *apatiska barn* och från år 2005 *barn med uppgivenhetssymtom*. I referat av äldre rapporter används därför den vid den tiden aktuella beteckningen.

19 Differential diagnoser är diagnoser som är tänkbara orsaker till besvären.

20 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, handbok för psykiatri med standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd, utgiven av American Psychiatric Association.

Under 2008 kom emellertid signaler om att antalet barn med uppgivenhetssyndrom åter ökade. Socialstyrelsen genomförde därför en förstudie som visade att det fanns 34 barn med uppgivenhetssyndrom registrerade i Migrationsverkets mottagningssystem.

I dagsläget finns inga pågående aktiviteter för att kontinuerligt och heltäckande registrera antalet barn som har eller har risk för att utveckla uppgivenhetssyndrom. Ett nätverk av frivilliga, Etikkommissionen i Sverige, genomförde 2011 en kartläggning av bland annat barn i familjer som fått avslag på ansökan om asyl eller uppehållstillstånd. Kartläggningen redovisar 30 barn med uppgivenhetssyndrom [99]

Traumatiska upplevelser är en vanlig bakomliggande faktor

Orsakerna till barnens symtom är komplexa. Faktorer som har föreslagits ha betydelse för symptomens uppkomst är genetiska, personlighet, position i familjen och tidig anknytning. Den dominerande bakgrundsfaktorn är att detta är människor från minoriteter som har utsatts för förföljelse och som har haft traumatiserande upplevelser i ursprungslandet i form av krig, våld, död, förföljelse, hot, kränkande övergrepp samt fängslade, försvunna eller döda anhöriga. Barnen har ofta själva utsatts för liknande trauma [91, 93, 100, 101].

Som utlösande faktorer nämns ofta att asylprocessen i sig har inslag av upplevd hopplöshet, misstänkliggörande, lång väntan och avslag och i viss mån bristande omsorgsförmåga hos föräldrarna [91, 93, 100–102]. Oftast spelar särskilt moderns psykiska hälsa och förhållningssätt stor roll som vidmakthållande faktor [91, 93, 103].

Utmärkande för tillståndet hos barn som lider av eller är i riskzonen för att utveckla uppgivenhetssymtom är nedsättning av barnets olika funk-

tioner för kommunikation, motorik, nutrition, av- och påklädning, personlig hygien och kroppsliga funktioner [103, 104].

Familjeperspektivet är viktigt vid behandling

Vård och behandling av barn med uppgivenhetssyndrom ser olika ut och vårdens organisation skiljer sig mellan olika delar av landet. Behandling kan ges i öppenvård med hemsjukvård eller i kombinationsformer med inläggning på klinik vid akuta behov av till exempel sondmatning. Även intensiva psykiatriska insatser kan ges. Som regel krävs det långa behandlingstider med vårdperioder på i genomsnitt tio månader till ett år [91, 93, 103].

För att behandlingen ska bli framgångsrik krävs oftast flera olika sorters insatser och samverkan mellan olika discipliner, organisationer och myndigheter, till exempel hälso- och sjukvårdens (barnmedicin, BUP, vuxenpsykiatri med flera), socialtjänst, skola, vuxenvård (föräldrabehandling) och ibland migrationsmyndigheter [90–92, 103–107].

De mest framgångsrika behandlingsinsatserna kännetecknas av att personalen bekräftar familjens traumatiska upplevelser. För att häva tillståndet har det visat sig vara viktigt att se tillståndet som en familjepsykiatrisk situation där behandlingen i första hand är inriktad på att återupprätta och stärka föräldraskapet och att förmedla hopp och framtidstro till föräldrarna. Detta sker genom att använda till exempel psykopedagogiska och miljöterapeutiska insatser, liksom terapi för både barnen och föräldrarna. Att driva på tillfrisknandet, ställa krav eller använda tvång fungerar inte [100, 105, 107].

Sjukgymnastik är också en viktig del i behandlingen, liksom psykosocialt stöd och nätverksarbete med samarbete med andra aktörer i barnets

och familjens omgivning. Det tar ofta lång tid och är påfrestande för personalen, som inte ser resultat av sitt arbete på det sätt de är vana vid i vanlig vård [91, 101, 102, 108].

Effekter av behandling

Det som i de flesta fall kan få tillståndet att vända är ett positivt besked om att familjen får stanna i mottagarlandet (det vill säga permanent uppehållstillstånd) [109]. Men de allra flesta beskrivningar av vård av barn med uppgivenhetssymtom rapporterar att samtliga barn som får rätt behandling blir friska, även om behandlingstiderna kan vara mycket utdragna [91, 102, 103, 105].

Referenser

1. Salmi P, Berlin M, Björkenstam E, Weitoft ringbäck G. Psykisk ohälsa bland unga (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
2. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2012.
3. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Barn- och ungdomspsykiatri. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
4. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. Socialstyrelsen; 2012.
5. Nationell patientenkät. Barn- och ungdomspsykiatri. Undersökning hösten 2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
6. Stockholms läns sjukvårdsområde & Värmdö kommun. Hamnen – mottagning för barn, unga och föräldrar. Stockholm; 2011.
7. Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn. Socialstyrelsen; 2009.
8. Barn- och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009.
9. Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården [Internet]. Socialstyrelsen; 2012.
10. Öppna jämförelser av barn och ungdomsvård. Socialstyrelsen; 2012.
11. Barn- och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009.
12. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. SBU-rapport nr 202. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
13. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell kartläggning i kommuner och landsting. Socialstyrelsen; 2008.
14. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser 2012–2016. Regeringen; 2012.
15. Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen; 2013.
16. Social Rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
17. Socialstyrelsens öppna jämförelser år 2011 av utbildningsnivå för barn och unga placerade i samhällsvård. Socialstyrelsen; 2011.
18. Dartingtonprojektet. Socialstyrelsen. Stockholm, 2000.
19. Hjern A & Vinnerljung B (2002). Health care for children in foster and residential care. Invited commentary. Acta Paediatrica, 91, 1153-1154.
20. 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. The Danish National Centre for Social Research. Copenhagen, 2008.

21. Jaudes PK, Bilaver L, Goerge R & Catania C (2004). Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. *Child Welfare*, 83, 215-238.
22. Kling, Stefan. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Malmö 2010-12-15.
23. www.skolfam.se
24. Placerade barns hälsa och skolgång – ett gemensamt ansvar för socialtjänsten, skolan och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Skolverket; 2012.
25. Teenage parenthood among child welfare clients: A Swedish national cohort study of prevalence and odds. Vinnerljung, B; Franzén, E; Danielsson, M. *Journal of Adolescence* 30 (2007) 97–116.
26. Lindroth, M; Löfgren-Mårtenson, L; Månsson, S-A. Marginaliserad sexualitet – tvångsomhändertagna ungdomars attityder, erfarenhet och handlingar. Socionomens forskningssupplement Nr 31 I: Socionomen 1 2012.
27. Ungdomar inskrivna på SiS särskilda ungdomshem under 2009. En sammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Allmän SiS-rapport 2010:8. Statens institutionsstyrelse; 2010.
28. Slutrapport – uppdrag att förstärka arbetet med vuxna missbrukare och ungdomar som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål (S2008/8418/ST). Statens institutionsstyrelse; 2011.
29. Kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. Socialstyrelsen, 2013.
30. Hem för vård och boende för barn och unga. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008. Socialstyrelsen; 2009.
31. Consumption of psychotropic drugs among adults who were in societal care during their childhood – a Swedish national cohort study”, Bo Vinnerljung och Anders Hjern).
32. Lagerlöf H (2012). Samhällsvård och välfärdsresurser. En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och institutioner. Stockholms universitet, Rapport i socialt arbete nr 137.
33. Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Socialstyrelsen; 2012.
34. Regeringens skrivelse 2009/10:166. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt.
35. Berlin M, Hulting C. Framtida konsekvenser av sjukdom och skada under uppväxten (preliminär titel). Socialstyrelsen; 2013.
36. Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning. Den nationella kartläggningen av barns och ungas psykiska hälsa 2009. Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
37. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning. Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2010.
38. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
39. Barnperspektiv i LSS-handläggning – en förstudie med fokus på arbetssätt och utvecklingsbehov. Socialstyrelsen; 2010.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

40. Tillsynsrapport 2012. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.
41. En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Regeringskansliet; 2011
42. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänst. Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting 2012.
43. Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem? (RiR 2011:17) Riksrevisionen 2011.
44. Handikappomsorg – lägesrapport 2003. Socialstyrelsen 2004.
45. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2007. Socialstyrelsen; 2008.
46. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2008. Socialstyrelsen; 2009.
47. Gemensam planering – på den enskildes villkor. Socialstyrelsen 2007.
48. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen; 2012.
49. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
50. Barnombudsmannen. Signaler – Våld i nära relationer, barn och ungdomar berättar. Stockholm; 2012.
51. United Nations General Assembly. Rights of the child – Note by the Secretary General A/61/150. New York; 2006.
52. Bäckman O, Estrada F, Nilsson A, Shannon D. Unga och brott i Sverige (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
53. Socialstyrelsen. Barns och ungas psykiska hälsa – dokumentation från konferens den 17 oktober 2012 (www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/barnsochungaspsykiskahalsa).
54. Almqvist K, Georgsson A, Grip K, Broberg A. Stöd till barn som upplevt att mamma utsatts för våld – erfarenheter från en studie av barn som deltagit i Bojens grupprogram. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2012.
55. Socialstyrelsen. Att uppfylla samhällsansvaret – Förbättrat kunskapsstöd när det gäller socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Stockholm; 2009.
56. Utvecklingsmedel för att stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen; 2011.
57. Socialstyrelsen. Våld – En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Stockholm; 2011.
58. Öppna jämförelser av stöd till brottsoffer – våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. www.socialstyrelsen.se
59. Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen, Åklagarmyndigheten. Barnahus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn. Stockholm; 2008.
60. Kaldal A, Diesen C, Beije J, Diesen E. Barnahusutredningen 2010. Stockholm: Stockholms universitet, Juridiska institutionen; 2010.
61. Rikspolisstyrelsen. Delredovisning av regeringsuppdrag avseende gemensamma nationella riktlinjer kring barn som misstänks vara utsatta för brott och kriterier för landets barnahus. Stockholm; 2009.
62. Brottsförebyggande rådet. Den polisanmälda barnmisshandeln. Stockholm; 2011. Rapport 2011:16.

63. Barnombudsmannen. Tandvården och barn som far illa. Stockholm; 2010. Barnombudsmannen rapporterar 2010:02.
64. Tingberg B, Child abuse – clinical investigation, management and nursing approach. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
65. Socialstyrelsen. Barn som avlidit med anledning av brott – Dödsfallsutredningar 2010–2011. Stockholm; 2012.
66. Brottsförebyggande rådet. Polisanmälda våldtäkter mot barn – En uppdaterad kunskapsöversikt. Stockholm; 2011. Rapport 2011:6.
67. Socialstyrelsen. Barn som har blivit eller riskerar att bli utsatta för försummelse eller övergrepp – Sammanställning av översikter om insatser till barn och föräldrar. Stockholm; 2011.
68. Priebe G. Sexuell exploatering av barn och ungdomar – Sammanställning av aktuell kunskap och forskning 2004–2008. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2008.
69. Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting. På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen. Stockholm; 2011.
70. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting. Mot en effektivare kunskapsstyrning. Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. Stockholm; 2009.
71. Backlund Å, Eriksson R, von Greif K, Åkerlund E-M. Ensam och flyktningbarn – barnet och socialtjänsten om den första tiden i Sverige. FoU-Södertörn, red. Stockholm: FoU-Södertörn; 2012.
72. Brunnberg E, Borg R-M, Fridström C. Ensamkommande barn – en forskningsöversikt. Lund: Studentlitteratur; 2011.
73. Øien C. Underveis En studie av enslige minderårige asylsøkere FAFO, 2010.
74. Kohli RKS. Social Work With Unaccompanied Asylum Seeking Children. New York: Palgrave Macmillan; 2007.
75. Eide K. Hvem er de enslige minderårige flykningene? I: Eide K, red. Barn på flukt – Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger. Oslo: Gyldendal; 2012.
76. Lagerberg D, Sundelin C, red. Risk och prognos i socialt arbete med barn – forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Gothia; 2000.
77. Andersson HE, Ascher H, Björnberg U, Eastmond M, red. Mellan det förflutna och framtiden : asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande Göteborg: Centrum för Europaforskning, Göteborgs universitet (CERGU); 2010.
78. Migrationsverket. [Databas på Internet]. [citerad 2013-01-06]. Tillgänglig från: <http://www.migrationsverket.se/info/859.html>.
79. Migrationsverket. Rättsligt ställningstagande angående åldersbedömning, RCI 19/2012, Stockholm RCI 19/2012.
80. Hjern A, Brendler-Lindqvist M, Norredam M. Age assessment of young asylum seekers. Acta Pædiatrica. 2012 Jan 2012;101(1):4–7.
81. Smith T, Brownlees L. Age assessment practices: a literature review & annotated bibliography. New York: UNICEF; UNICEF, 2011.
82. Schmeling A, Grundmann C, Fuhrmann A, Kaatsch H-J, Knell B, Ramsthaler F, et al. Criteria for age estimation in living individuals. Int J Legal Med. 2008 November 2008;122(6):457–60.

3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

83. Medicinsk åldersbedömning för barn i övre tonåren. Socialstyrelsen, 2012. dnr 31156/2011-10.
84. Migrationsverket. Ensamkommande barn och ungdomar. Migrationsverket; 2012 [2012-11-16]; Tillgänglig från: <http://www.migrationsverket.se/info/418.html>.
85. Eide K. Omsorg, utvikling og alderens betydning. I: Eide K, red. Barn på flukt – Psykososialt arbeid med enslige mindereårige flyktninger. Oslo: Gyldendal; 2012.
86. Tunström A, Balint M, Nordström B. Psykiatriskt arbete med barn och unga i migration. Vad behöver man tänka på? Erfarenheter och reflektioner på BUP Lunden Stockholm. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2011. BUP rapport. BUP 2011/2.
87. Kohli RKS. Social Work With Unaccompanied Asylum Seeking Children. New York: Palgrave Macmillan; 2007.
88. Hessle M. Ensamkommande men inte ensamma: tioårsuppföljning av ensamkommande asylsökande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet; 2009.
89. Ascher H. Ensamkommande flyktingbarn måste få stöd. Respekt och omsorg kan begränsa effekterna av tidigare trauman. Lakartidningen. 2009 Apr 28-May 12;106(18-19):1254–5.
90. Bodegård G. Life-threatening Loss of Function in Refugee Children: Another Expression of Pervasive Refusal Syndrome? Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2005 07;10(3):337–50.
91. Wiberg L. Från uppgivenhet till skolstart: Stockholms läns landstings vårdkedja för barn med uppgivenhetssymtom : rapport 1 mars 2005-september 2006. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting; 2006.
92. Bodegård G. Kapitel 6. Att ha rätt till vård ≠ att få tillgång till vård. Vård av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. I: Groglopo A, Ahlberg BM, red. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes; 2006. s. 171-229. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78.
93. Godani G, Bodegård G, Rydellius P-A. Bördan de kom med. Stockholm: Barnen R; Karolinska Institutet, Rädda Barnen, 2008. Rapport från forskningsprojektet: Barn i asylprocessen som utvecklade uppgivenhetssymtom i Sverige.
94. Rydellius PA. Rapport om de s.k. apatiska barnen. Att förstå bakgrunden till deras reaktionsmönster, att utreda och behandla dem. Stockholm: SLL & Karolinska institutet, 2006. Rapport nr 25. Ett underlag för en etisk värdegrund i vården och en mall för intygsskrivande m.m. 25.
95. AL A. Elementär barnpsykiatri. Stockholm: Svenska Bokförlaget/Norstedts – Bonnier; 1958.
96. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom: trauma, kultur, asylprocess: rapport. Stockholm: Fritze; 2006.
97. Tunström A. Barn som gett upp Enkät angående asylsökande barn som vårdats på barnpsykiatrisk klinik under år 2003. Stockholm: Flyktingenheten BUP SIs; Flyktingenheten BUP, Stockholms läns sjukvårdsområde, 2004.
98. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – ett svenskt fenomen åren 2001-2006. Slutrapport. Stockholm: Fritze; 2006. Statens offentliga utredningar, 2006:114.

99. Johansson Blight K. Kommentarer till Migrationsverkets rapport "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom" från mars 2011 Del 1 Etikkommissionen i Sverige – nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten, 2011.
100. Ascher H, Gustavsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. *Läkartidningen*. 2008 Jan 9-15;105(1-2):31-3.
101. Andersson-Wilks E. *Barn med svåra uppgivenhetssymtom och samverkan kring dessa* [Uppsats psykoterapeutprogrammet] S:t Lukas utbildningsinstitut, Ersta Sköndal Högskola; 2009.
102. Bodegård G. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. *Läkartidningen*. 2004 May 6;101(19):1696-9.
103. Bodegård G. Vård av barn med uppgivenhetssymtom: en belysning av behandlingens utformning utifrån erfarenheten av vården av 25 asylsökande.
104. Ascher H. Personlig kommunikation med Envall, E. Göteborg: (2012-11-11).
105. Thompson SL, Nunn KP. The pervasive refusal syndrome: The RAHC experience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1997 01;2(1):145-65.
106. Jaspers T, Hanssen GM, van der Valk JA, Hanekom JH, van Well GT, Schievelde JN. Pervasive refusal syndrome as part of the refusal-withdrawal-regression spectrum: critical review of the literature illustrated by a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 May 21;18(11):645-51.
107. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:153-9.
108. Nunn KP, Thompson SL, Moore SG, English M, Burke EA, Byrne N. Managing pervasive refusal syndrome: Strategies of hope. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1998 04;3(2):229-49.
109. Lindberg T, Sundelin C. Apatiska barn--var står vetenskapen idag? *Läkartidningen*. 2005 Apr 25-May 1;102(17):1338, 41-2, 45.