

Vård, omsorg och stöd till barn och unga

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen barn och unga som vårdas inom slutenvård för psykisk ohälsa ökar, särskilt när det gäller diagnoser inom ångest, depression. Andelen barn med neuropsykiatriska tillstånd som vårdas inom den specialiserade öppenvården ökar också. Tillgången till vård för barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa blir samtidigt bättre, i den bemärkelse att andelen som får vänta mer än 90 dagar på besök hos barn- och ungdomspsykiatri har sjunkit.
- Socialstyrelsens tillsyn visar att det fortfarande är oklart vem som ansvarar för insatser mot psykisk ohälsa hos barn mellan 6 och 18 år och att samverkan mellan olika aktörer brister. Få verksamheter upprättar gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter, och samverkan sker oftast kring enskilda patienter och sällan på ett organiserat, övergripande plan.
- Drygt hälften av kommunerna anger att de har dokumenterade rutiner för hur fel och brister identifieras, åtgärdas och följs upp.
- På nationell och lokal nivå pågår arbete för att komma till rätta med tidigare konstaterade brister inom familjehemsplaceringar och vård för hem eller boende (HVB). Samtidigt som detta arbete pågår, lägger även kommunerna allt mindre resurser på HVB. Det finns också stora skillnader i resursfördelning mellan landets kommuner. Hur detta påverkar möjligheterna till att förbättra kvaliteten på HVB är oklart.
- Under 2010 år har Socialstyrelsen följt upp tidigare tillsyn av socialtjänstens arbete med barn i familjehem och brister som rörde vårdplanering och uppföljning av vården, barns delaktighet och utredning av familjehem. Bristerna är på vissa håll och till vissa delar åtgärdade. Men det finns också exempel på att inga större förändringar har skett. I dessa fall har Socialstyrelsen ställt ytterligare krav på åtgärd. En slutsats är att återkommande tillsyner i många fall behöver göras för att nå resultat.
- För att ytterligare stärka säkerheten för barn och unga har Socialstyrelsen tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och unga som bor i familjehem eller HVB. Informationen handlar om barnens rättigheter och innehåller telefonnummer dit barn kan ringa om de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten.
- Socialtjänstens samverkan kring barn och unga blir bättre men behöver förbättras ytterligare. Det finns dock stora samverkansbrister i vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa.

I detta kapitel redovisas utvecklingen av vård och stöd till barn och unga, både enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och enligt lagen (1990:52) med särskild bestämmelse vård av unga, LVU. Vidare redogörs för utvecklingen och tillståndet inom följande kvalitetsområden [1,2,3]:

- tillgänglig vård
- kunskapsbaserad vård och socialtjänst
- självbestämmande och integritet inom socialtjänsten
- helhetssyn, samordning och kontinuitet
- rättssäker socialtjänst.

Ovanstående kvalitetsområden beskrivs mer utförligt i inledningskapitlet och de områden som berör God vård beskrivs även i bilaga 1.

Ytterligare resonemang kring vård och stöd till barn och unga förs även i kapitlen om hälso- och sjukvård, om tandvård och om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

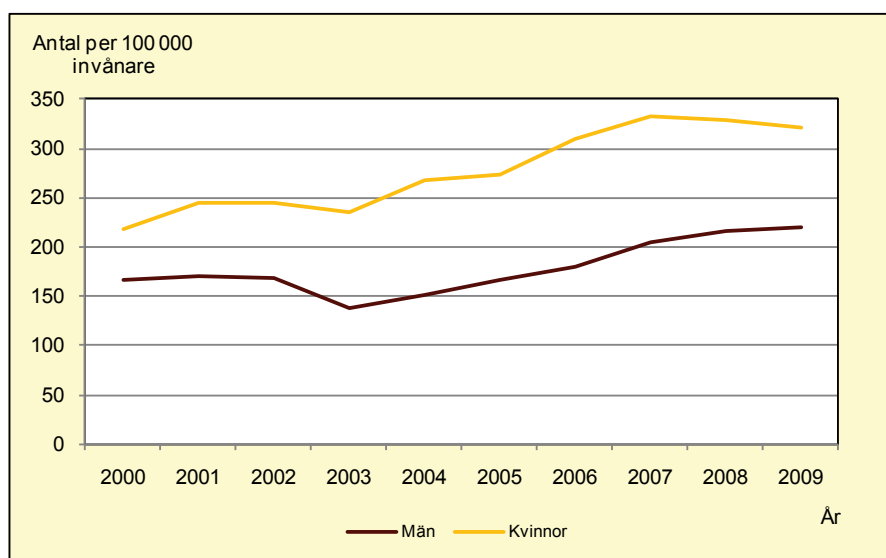
Aktuell utveckling

Detta avsnitt beskriver utvecklingen hos barn och unga när det gäller psykiatrisk vård samt socialtjänstens insatser, både i form av heldygnsplaceringar och öppna insatser. Även socialtjänstens kostnader kommenteras.

Psykiatrisk slutenvård ökar bland unga

År 2009 vårdades 0,2 procent av alla flickor och unga kvinnor, och 0,3 procent av alla pojkar och unga män i åldern 0–19 år inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård [5].

Figur 5:1. Antal unga 0–19 år per 100 000 som vårdades inom psykiatrisk slutenvård 2000–2009, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård har ökat under 2000-talet (figur 5:1), för pojkar med ungefär 30 procent och för flickor med ungefär 45 procent. År 2007 stannade dock ökningen upp när det gäller flickor, för att därefter minska något.

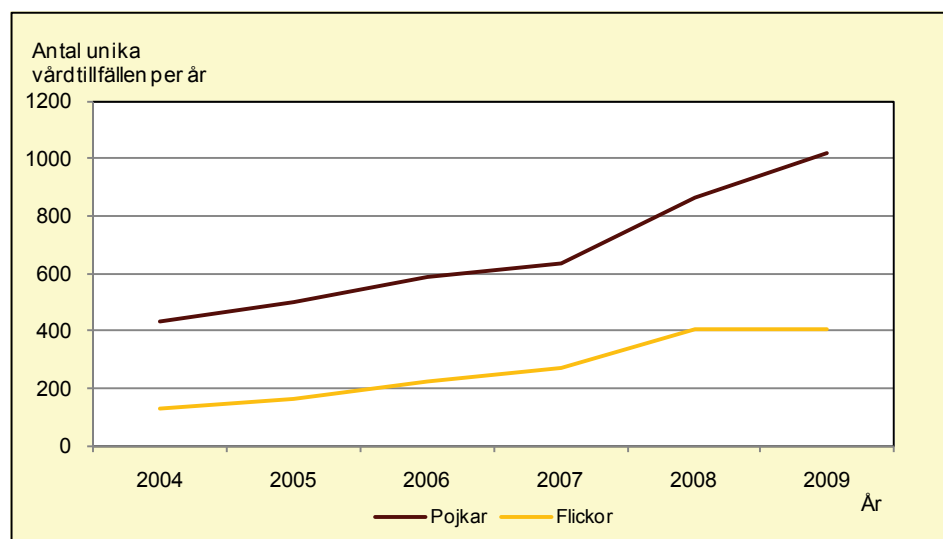
Det är framförallt vård för depressioner och ångestsyndrom som har blivit vanligare. År 2009 var andelen pojkar som vårdades för dessa diagnoser 26 per 100 000 pojkar och andelen flickor 63 per 100 000, vilket är en fördubbling jämfört med år 2000 [5]. Även läkemedelsbehandlingarna för ångest och depression ökar. År 2009 hämtade 3 procent av flickor i åldern 0–19 år ut antidepressiva läkemedel utskrivna på recept, jämfört med 1,5 procent av de jämnåriga pojkarna [6]. Användningen av antidepressiva läkemedel bland barn och unga började öka kraftigt omkring 1993 då de så kallade SSRI-preparaten³ introducerades. Dessförinnan fanns inte några antidepressiva läkemedel som var lämpliga för barn och unga.

Under 2000-talet har antalet unga som vårdas på sjukhus för psykos har också ökat något. År 2009 vårdades 9 per 100 000 pojkar och 8 per 100 000 flickor [5].

Antalet vårdtillfällen för barn med neuropsykiatriska tillstånd ökar markant

Antalet vårdtillfällen inom den specialiserade öppenvården ökar kraftigt för barn med diagnoserna Aspergers syndrom eller adhd [5]. Det visar Socialstyrelsens bearbetning av patientregistret⁴. Figur 5:2 och 5:3 visar antalet barn i åldrarna 5–17 som på årsbasis vårdades inom den specialiserade öppenvården för diagnoserna Aspergers syndrom eller adhd under perioden 2004–2009.

Figur 5:2. Antal vårdtillfällen för barn med diagnosen Aspergers syndrom, utveckling 2004–2009, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

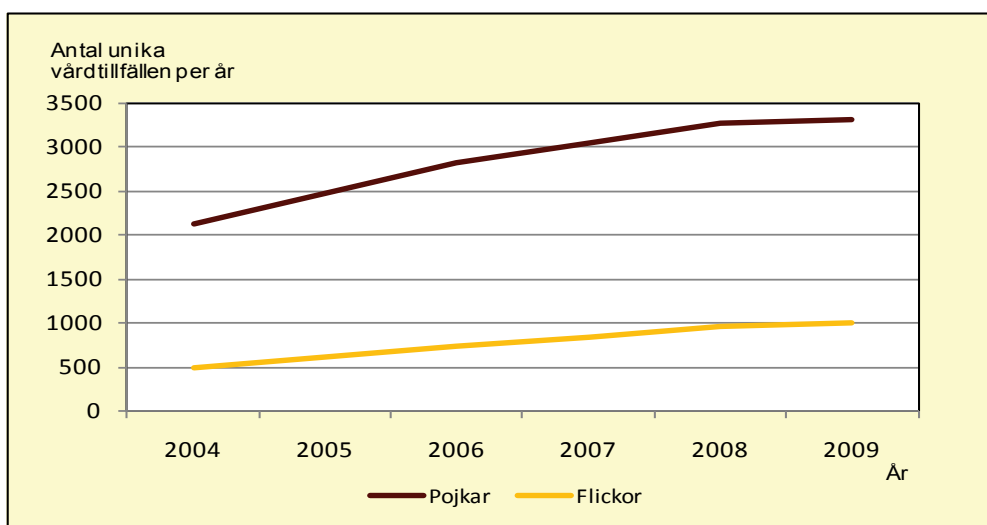
³ Serotoninåterupptagningshämmare

⁴ För Aspergers syndrom användes ICD-kod F84.5 och för ADHD användes ICD-kod F90.0, F90.1, F90.8 och F90.9.

Vårdtillfällena ökar över tid både för pojkar och för flickor, men andelen pojkar är fortfarande högre än andelen flickor. Mest markant är ökningen av vårdtillfällena för Aspergers syndrom, 74 procent för pojkar och 83 procent för flickor perioden 2006–2009. Motsvarande siffror för diagnosen adhd är 13 procent för pojkar och 30 procent för flickor.

En del av ökningen i antal vårdtillfällen kan bero på förbättrad inrapportering till Socialstyrelsens patientregister. Uppgifterna bör därför tolkas med försiktighet.

Figur 5:3. Antal vårdtillfällen barn med diagnosen adhd, utveckling 2004–2009, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Medicinering av adhd har också ökat, vilket stöder ovanstående trender. Mellan 2006 och 2009 ökade antalet personer som minst en gång har hämtat ut ett recept för läkemedel mot adhd med 84 procent för pojkar och 125 procent för flickor i åldern 5–17 år. År 2009 förskrevs 0,5 procent av flickorna i åldern 0–19 år psykostimulantia som används mot adhd, motsvarande andel bland pojkar var 2 procent [6]. En sådan kraftig ökning av medicinering visar att antalet barn diagnostiserade med adhd torde vara ännu högre än vad som återspeglas i figur 5:3.

En viktig fråga i sammanhanget är dock om denna påfallande ökning i antalet diagnoser avspeglar en faktisk ökning i neuropsykiatriska tillstånd bland barn. Det går inte att avgöra om de faktiska fallen ökar över tid eller om antalet fall är tämligen oförändrade. En ökad medvetenhet om tillstånden eller bredare diagnoskriterier skulle kunna leda till att antalet barn som får diagnoserna ökar. Det skulle i så fall innebära att fler barn med Aspergers syndrom eller adhd nu upptäcks och får korrekt diagnos. Samtidigt är det också viktigt att beakta att en ökad medvetenhet om tillstånden kan föra med sig att barn överdiagnostiseras inom vården. Det betyder i så fall att en del av ökningen går att hänföra till att vissa barn nu felaktigt får diagnosen Aspergers syndrom eller adhd. Det är viktigt att uppmärksamma att en

överdiagnostisering kan medföra en medicinering mot adhd som saknar behovsgrund.

Slutligen, om ökningen i neuropsykiatriska diagnoser avspeglar en faktisk ökning av ADHD och Aspergers syndrom och inte beror på ökad medvetenhet är frågan vad de bakomliggande faktorerna till denna ökning är. I så fall är detta en mer specifik fråga om sjukdomsorsaker än ett mer allmänt fenomen av exempelvis ökad medvetenhet inom hälso- och sjukvården och i samhället.

Även den självrapporterade psykiska ohälsan är hög

Ovanstående beskrivning av vård, behandling och diagnostik ligger i linje med att många unga uppger dålig psykosomatisk hälsa. I Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) år 2008 uppgav var tredje flicka i åldern 13–18 år att hon hade huvudvärk minst en gång i veckan, var fjärde hade lika ofta ont i magen och var femte flicka var ofta nedstämd. Bland jämnåriga pojkar hade nästan var femte huvudvärk minst en gång i veckan, knappt var tionde ont i magen och 6 procent uppgav att de ofta var nedstämda. I åldersgruppen 16–24 år uppgav 29 procent av flickorna och kvinnorna samt 14 procent av pojkarna och männen att de hade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest [6]. Dessa uppgifter ger emellertid bara en begränsad bild av barns och ungas psykiska hälsa och det är till exempel svårt att resonera kring utveckling över tid. Detta diskuteras vidare under rubriken om kunskapsbaserad vård.

Fler barn och unga placeras utanför familjen

I detta avsnitt redovisas socialtjänstens heldygnsinsatser till barn och unga, enligt SoL och LVU. Dessa heldygnsinsatser ges framförallt i form av familjehemsplacering och hem för vård eller boende (HVB). Insatserna kan ges enligt båda lagstiftningarna.

Cirka 23 400 barn fick någon gång under 2009 heldygnsvård enligt SoL och/eller LVU (tabell 5:1) [7].

Tabell 5:1: Barn och unga fördelade efter olika heldygnsinsatser år 2009. Antal barn enligt tre mått, avrundade värden

	Insats 1 nov	Påbörjad insats	Insats någon gång under året
Vård enligt SoL	11 300	7 800	17 900
Vård enligt LVU	4 700	1 500	6 100
Omedelbart omhändertagande enligt LVU	200	2 000	2 200
Vård enligt SoL och/eller insats enligt LVU ¹⁾	16 300	9 500	23 400

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

Ett barn ingår oftast i fler än ett mått

Källa: Insatser till barn och unga 2009 (Socialstyrelsen).

Vid mät datumet den 1 november 2009 var familjehem den vanligaste placeringsformen bland barn och unga, 74 procent av de SoL-vårdade och 68 procent av de LVU-vårdade barnen och ungdomarna var familjehemsplacerade den dagen. Fler pojkar än flickor berördes av någon typ av heldygnsinsats, ungefär 55 procent var pojkar och 45 procent var flickor.

Av heldygnsinsatserna är det vård enligt SoL som ökade mest under perioden sett till andelen barn och unga i befolkningen som påbörjade en insats. Ökningen i andelen mellan år 2002 och 2009 relativt 2002 års värde var 33 procent [7].

Brister i hemmiljö vanligaste orsaken till beslut om LVU

Omhändertagande enligt LVU sker på grund av brister i hemmiljön eller på grund av den unges eget beteende [7]. Av de barn och ungdomar som fick vård enligt LVU den 1 november 2009 var brister i hemmiljö skäl till insatsen för ungefär 70 procent, medan 25 procent av dem fick vård på grund av eget beteende och knappt 5 procent på grund av både brister i hemmiljö och eget beteende.

För barn i åldern 0–12 år var skälet till LVU-insatsen i regel brister i hemmiljön. Ju högre ålder desto högre andel av ungdomarna blir föremål för insatser på grund av sitt eget beteende. För ungdomar 18 år eller äldre kan en insats enligt LVU endast beslutas på grund av eget beteende. Att åberopa eget beteende som skäl för insats enligt LVU är vanligare för pojkar än för flickor [7].

Personligt stöd enligt SoL är den vanligaste öppenvårdsinsatsen

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser ges till barn och unga i form av strukturerade öppenvårdsprogram, personligt stöd, kontaktperson eller -familj och särskilt kvalificerad kontaktperson beslutade enligt 4 kap. 1 § SoL.

Den 1 november 2009 hade cirka 28 500 barn och unga fått ett beslut om behovsprövad öppenvårdsinsats [7]. Något fler pojkar än flickor hade en öppenvårdsinsats, 56 procent pojkar och 44 procent flickor. Här ingår även de barn och unga som hade den nya insatsen särskilt kvalificerad kontaktperson (ingår inte i redovisningen före statistikår 2008).

Behovsprövat personligt stöd enligt SoL var den insats som flest barn och unga berördes av 2009 (tabell 5:2), och cirka 25 300 hade behovsprövat personligt stöd någon gång under året. Insatsen avser behovsprövat stöd och behandling som ges till barnet/den unge och som kan utföras av till exempel socialsekreterare, behandlingsassistent, ”hemmahosare” eller dylikt.

Tabell 5:2: Barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser enligt SoL under år 2009, antal samt andel i befolkningen 0–20 år, avrundade värden

Insats enligt SoL	Antal barn/unga				Andel i befolkningen, Procent			
	Ålder				Ålder			
	0–20	0–12	13–17	18–20	0–20	0–12	13–17	18–20
Strukturerade öppenvårdsprogram	9 800	3 100	4 600	2 200	0,4	0,2	0,8	0,5

Behovsprövat personligt stöd	25 300	11 100	10 000	4 300	1,1	0,8	1,6	1,1
Kontaktperson/kontaktfamilj	21 000	10 500	7 600	2 900	0,9	0,8	1,3	0,7

Källa: Insatser till barn och unga 2009, Socialstyrelsen.

Ungefär 21 000 barn och unga hade kontaktperson eller kontaktfamilj enligt SoL och cirka 9 800 fick någon gång under 2009 insatsen strukturerat öppenvårdsprogram.

Bland de yngre barnen var kontaktperson/-familj och personligt stöd de vanligaste öppenvårdsinsatserna. För de äldre barnen och ungdomarna, i åldersgrupperna 13–17 år och 18–20 år, var personligt stöd den vanligaste insatsen.

Sedan 2002 har andelen som fått strukturerade öppenvårdsprogram ökat. Däremot har andelen barn och unga som fått kontaktperson eller kontaktfamilj enligt SoL minskat under perioden [7].

Socialtjänstens insatser till barn med funktionsnedsättning

Under 2009 beviljades cirka 19 700 insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) till barn och unga 0–23 år [8]. En utförligare redovisning av dessa insatser ges i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning och berörs inte vidare i detta kapitel.

Socialtjänstens kostnader för öppna insatser ökar mest

Socialtjänstens kostnader för vård och stöd till barn och unga uppgick 2009 till 13,7 miljarder kronor [9]. Från 2005 har kostnaderna för barn och unga ökat med knappt 4 procent i fasta priser.

Tabell 5:3. Kostnadsutveckling för insatser i barn- och ungdomsvården, 2005–2009, 2009 års priser, miljoner kronor samt procent

Insatser till barn och unga	2005	2006	2007	2008	2009	Förändr. 05–09, mnkr	Förändr. 05–09, %
Institutionsvård ^a	5 023	4 896	4 852	4 889	4 667	–356	–7
Familjehems-vård	3 940	4 052	4 081	4 203	4 391	451	11
<i>Öppna insatser</i>							
Individuell behovsprövad öppen vård	2 928	2 820	2 844	2 962	3 182	254	9
Övriga öppna insatser	1 273	1 296	1 390	1 541	1 440	167	13
Totalt	13 164	13 063	13 167	13 596	13 680	516	3,9

^a Avser HVB

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Kostnaderna för familjehemsvård ökade under perioden 2005–2009 med 11 procent, medan kostnaderna för institutionsvård (HVB) minskade med 7 procent (tabell 5:3).

Tillgänglig vård och socialtjänst

Vården ska vara tillgänglig och fördelad efter behov. En tillgänglig socialtjänst betyder att alla barn och unga med behov ska ha rätt till tjänsterna, oavsett geografisk tillhörighet eller bakgrund. I detta avsnitt kommenteras tillgången till barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet samt skillnader mellan kommuner avseende insatser och kostnader.

Förbättrad vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har träffat en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa som innehåller ett särskilt statsbidrag. Satsningen inleddes 2007 och målet är att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Alla landsting, ska utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för en bedömning inom högst 30 dagar och därefter en beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Från och med 2009 är statsbidraget prestationsbaserat, det vill säga kopplat till inrapportering och väntetider i databasen ”Väntetider i vården”.

I vårdgarantin framhålls även att en fungerande så kallad första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa är en förutsättning för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Med en första linje avses ofta mödra- och barnhälsovård, primärvård, familjecentraler, skolhälsovård och ungdomsmottagningar.

Socialstyrelsen konstaterar i den senaste uppföljningen av den förstärkta vårdgarantin [10] följande:

- Andelen landsting som klarade samtliga krav för att få statsbidrag minskade mellan hösten 2009 och våren 2010, från 18 till 15 stycken.
- Antalet barn och unga som har väntat längre än 90 dagar på besök till barn- och ungdomspsykiatrin likväl sjönk i riket under perioden mars 2009 till mars 2010, men antalet i kategorin ”patientvald eller medicinskt vald väntan” ökade.
- Flera landsting framhåller att en tydligt definierad första linje för åldersgruppen är en förutsättning för att kunna följa tillgängligheten och att detta till stor del saknas i dag.
- Flertalet av de insatser som har påbörjats med statsbidraget är långvariga insatser, till exempel personalförstärkning och utbildning.

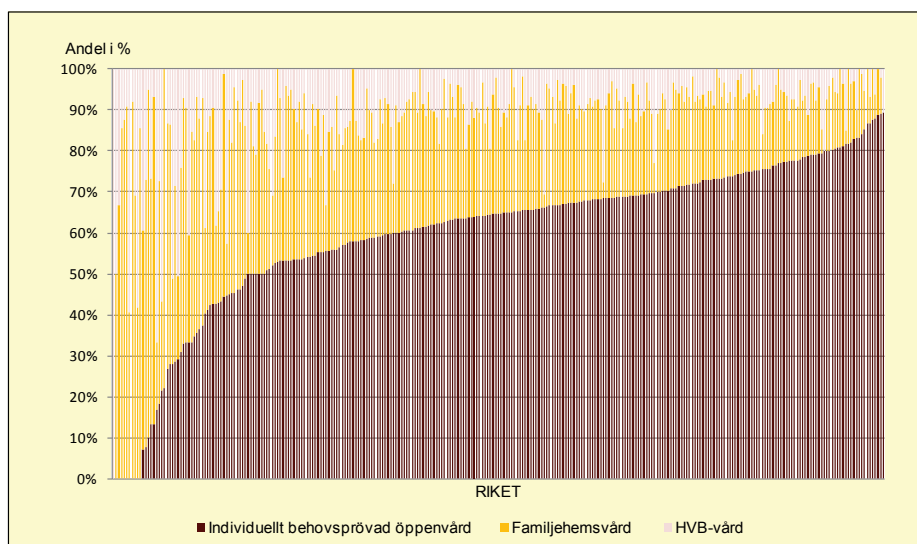
Stora skillnader mellan kommunernas verksamheter

Den sociala barn- och ungdomsvården är olika organiserad i kommunerna. En jämförelse mellan hur stor andel som får individuellt behovsprövad öp-

penvård och hur stor andel som placeras antingen på HVB eller på familjehem visar att skillnaderna är stora (figur 5:4).

I vissa kommuner är det uppåt 90 procent av barnen och ungdomarna som är i behov av barn- och ungdomsvård som får individuellt behovsprövad öppenvård medan andra kommuner inte erbjuder de insatserna överhuvudtaget, där är det placeringar som gäller. Även i vilken utsträckning som familjehemsvård används varierar [11].

Figur 5:4: Andel barn och unga med individuellt behovsprövad öppenvård, familjehemsvård respektive HVB, procent, 2009



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård 2010.

Andel barn och unga som fick heldygnsinsats under 2008 av invånarna 0–20 år varierade mellan 0,1 procent till 3,3 procent. Barn och unga som placeras i social dygnsvård har mycket höga risker för ogynnsam utveckling, till exempel självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet, bidragsberoende och tonårsföräldraskap, jämfört med andra jämnåriga [12].

Minskande resurser för HVB

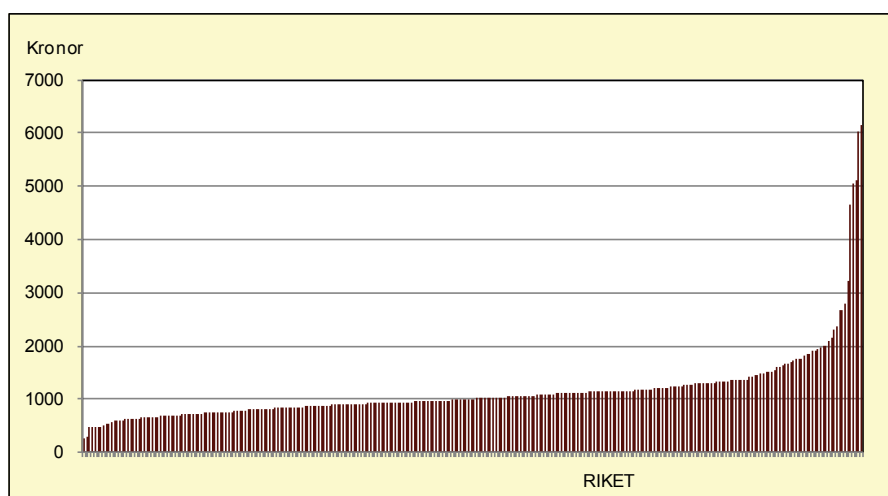
Resursfördelningen till kommunala verksamheter för barn och unga varierar kraftigt. Under 2008 varierade barns och ungas andel av individ- och familjeomsorgens kostnader med 28–65 procent [12]. Hur stor andel barn och unga kommunen har, hur kommunen väljer att göra prioriteringar och vilken kvalitet och effektivitet verksamheten har är några av orsakerna till variationerna.

Statistik över kostnader visar vidare stora regionala skillnader vid heldygnsplaceringar. De totala kostnaderna för familjehemsvården ökar, samtidigt som de totala kostnaderna för hem för vård eller boende (HVB) minskar dock [9]. Vad detta beror på är inte klarlagt.

Genom att bryta ner 2009 års kostnader på regional nivå går det även att se hur kommuner skiljer sig åt för familjehem respektive HVB. Figur 5:5 visar att kostnaderna per vårddygn för familjehem är relativt lika mellan olika kommuner. I majoriteten av kommunerna kostar familjehemmen mel-

lan 500–1 500 kronor per dygn. Samtidigt noteras att ett fåtal kommuner har en klart högre kostnad per vård dygn, mellan 3 000 och 6 000 kronor.

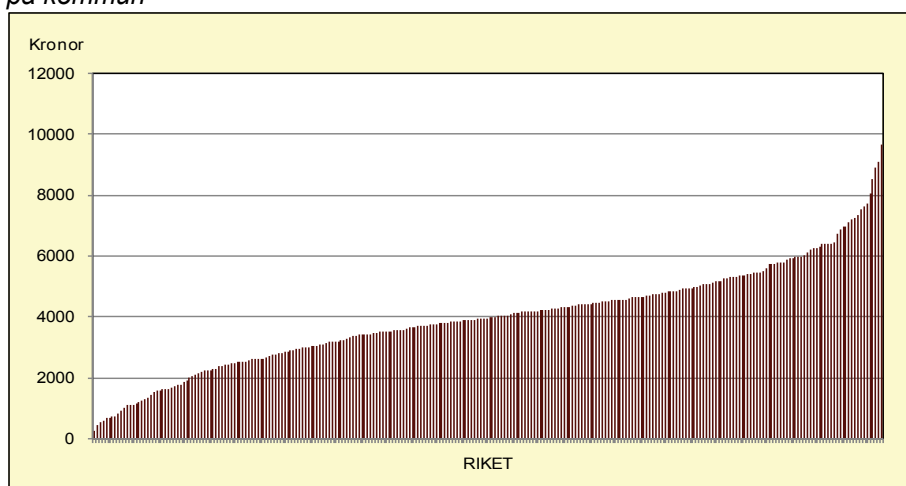
Figur 5.5. Kostnad per vård dygn för familjehem 2009, uppdelat på kommun



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser för barn och unga år 2010.

Nedanstående figur (figur 5:6) visar dock stora regionala kostnadsskillnader per vård dygn för HVB. Majoriteten av kommunerna har en kostnadsspridning per vård dygn på 2 000–6 000 kronor. Att kostnaderna för HVB skiljer sig så mycket mellan kommunerna kan bero på skillnader i kommunernas upphandlingar eller på skillnader i vård behov. De minskande totala kostnaderna för HVB tillsammans med de stora regionala skillnaderna kan tyda på att förutsättningarna för god kvalitet och effektivitet skiljer sig åt mellan kommuner.

Figur 5.6. Kostnad per vård dygn i hem för vård och boende (HVB) 2009, uppdelat på kommun



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser för barn och unga år 2010.

Kunskapsbaserad vård och socialtjänst

Att vården ska vara kunskapsbaserad innebär att den ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och den ska utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa sätt. Detta gäller även för socialtjänstens insatser, så långt det är möjligt.

Detta avsnitt lyfter fram aspekter av kunskapsbaserad vård, omsorg och socialtjänst. Bland annat redovisas metoder som används vid vård av barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Även kompetensfrågor och användandet av standardiserade bedömningsinstrument inom socialtjänsten kommenteras.

Specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga behöver utvecklas

Det är ofta oklart vem som ska göra vad för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga och vem som ska ge stödinsatser. En nationell tillsyn som Socialstyrelsen genomförde under 2008–2009 visade att många vårdcentraler eller motsvarande inte anser sig ha något ansvar för barn och ungdomar, 6–18 år, med psykisk ohälsa. Skälet är att merparten av vårdgivarna inte har formulerat några uppdrag till verksamheterna, till exempel vårdcentraler, skolhälsovård och ungdomsmottagningar, eller att uppdragen är otydliga [13].

Effektiva metoder efterfrågas

Barns och ungas psykiska hälsa har uppmärksammats på flera sätt under de senaste åren. Vetenskapligt grundad kunskap om utvecklingen inom området saknas dock till stor del. Experter har konstaterat att vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar ökade från mitten av 1980-talet till ungefär 2005, särskilt hos flickor. Det gäller till exempel nedstämdhet och oro, men underlaget är otillräckligt och medger till exempel inga bedömningar av utvecklingen för barn i åldern 0–10 år [14,15]. Kunskapsbristerna gäller också de metoder och arbetssätt som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Socialstyrelsen har genomfört en nationell inventering av dessa metoder och arbetssätt i ett tiotal verksamheter, bland annat barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, förskolor, grund- och gymnasieskolor, skolhälsovård, socialtjänstens öppna verksamheter och ungdomsmottagningar [17,18]. De tillfrågade verksamheterna använde ett stort antal metoder, men majoriteten av dessa saknade lättillgänglig vetenskaplig dokumentation. Det finns därför ett stort behov av metoder som har utvärderats vetenskapligt och som visat sig effektiva i Sverige. Genom sitt Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP) har Socialstyrelsen initierat och stött flera sådana utvärderingar. Även dokumentation och uppföljning av insatser i samband med psykisk hälsa hos barn och unga saknas ofta, vilket är särskilt allvarligt när det saknas evidens för att de metoder som används är effektiva och ofarliga. Ytterligare diskussion om detta förs under kapitlet om hälso- och sjukvård.

Hälften av kommunerna använder standardiserade bedömningsinstrument

Knappt hälften av kommunerna (45 procent) använder standardiserade bedömningsinstrument i sin handläggning av insatser till barn och unga. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till barn och unga 2010 [11]. Användandet av standardiserade bedömningsinstrument minskar risken att behoven bedöms olika beroende på handläggare, huruvida klienten är en flicka eller en pojke eller klientens bakgrund. Dessa instrument är också användbara för att dokumentera kunskap som behövs för att visa effekterna av socialtjänstens insatser för enskilda barn och unga och för att visa om socialtjänstens insatser leder till en förbättrad livssituation för berörda barnen och ungdomarna.

Detta är första gången som uppgiften redovisas och det går därför inte att säga om det blivit vanligare med standardiserade bedömningsinstrument. Socialstyrelsen bedömer emellertid att användningen bör öka och arbetar aktivt för att förbättra förutsättningarna för detta. På Socialstyrelsen pågår till exempel en rad projekt som syftar till att underlätta för socialtjänsten att göra väl underbyggda val av insatser för ungdomar, dels genom att utvärdera behandlings- och bedömningsmetoder som vänder sig till ungdomar, dels att tillhandahålla kunskapsöversikter om verkningsfulla metoder när det gäller socialtjänstens arbete med unga lagöverträdare och interventioner mot övergrepp och vanvård i barnfamiljer.

Endast var tredje kommun har kompetensutvecklingsplaner för familjehem

I Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till barn och unga 2010 framkommer brister i planering av kompetensutveckling. Varannan kommun uppger att de har en plan för handläggarnas kompetensutveckling, och vidare har var tredje kommun en plan för kompetensutveckling av familjehem [11]. I de fall nämnden har fattat beslut om vård av barn och unga utanför det egna hemmet är nämnden skyldig att noga följa vården av barnet eller den unge. Denna skyldighet innefattar bland annat regelbundna personliga besök i det hem där den unge vistas och samtal med den eller dem som har tagit emot den unge i sitt hem. När barn och unga placeras i familjehem ska nämnden dessutom ge dem som vårdar barnet eller den unge råd, stöd och annan hjälp som de behöver.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning bör utbildning och handledning som ges till anlitade familjehem individuellt eller i grupp och som går utöver nämndens skyldighet att noga följa vården, räknas som ”råd, stöd och annan hjälp” [11]. Behovet av sådana insatser har påtalats av familjehemmens egna organisationer och de bör även kunna bidra till ökad säkerhet och trygghet för de placerade barnen.

Kompetensen vid akuta omhändertaganden behöver förstärkas

Enligt 3 kap. 6 § SoL bör alla kommuner ha en socialjour. För barnets bästa och skydd bör socialjouren finnas tillgänglig dygnet runt och socionomutbildad personal bör göra en första bedömning. Socialstyrelsens öppna jäm-

förelser för 2010 visar att möjligheten för barn och unga att dygnet runt få akut professionellt omhändertagande av socionomutbildad personal via socialjour helt saknas i drygt 30 procent av kommunerna [11]. Situationen i den akuta krisen, till exempel när det uppdagas vid en anmälan från polisen om ett pågående lägenhetsbråk att ett barn har blivit utsatt för övergrepp och misshandel är traumatisk. Det är viktigt att slå vakt om att det inte bara finns poliser och politiker i beredskap vid akuta situationer utan att det också finns utbildad personal i beredskap inom socialtjänsten. På så vis säkerställs att barnet omedelbart får ett professionellt bemötande av utbildad personal som har rutiner för att klara situationen.

Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande. Det förutsätter att den enskilde är delaktig i planeringen av stödet och har ett reellt inflytande. I detta avsnitt redogörs för vad detta innebär när den enskilde är ett barn.

Barnkonventionen får allt större genomslag i socialtjänsten

Artikel 12 i barnkonventionen beskriver barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad. Det finns redan en liknande bestämmelser i SoL, LVU och i vårdnadskapitlet i föräldrabalken. Den 1 januari infördes en liknande paragraf i LSS. För att barn själva ska få information och komma till tals krävs utarbetande av metoder och arbetssätt för att säkerställa att barnets eller den unges synpunkter kommer fram och beaktas.

Svårt att beakta barnperspektivet i LSS-handläggningar

Under 2009 genomförde Socialstyrelsen en studie om hur handläggare som beslutar om insatser enligt LSS arbetar med barnperspektivet [18]. Det visade sig att handläggarna har bekymmer med att beakta barnens synpunkter i sina utredningar, eftersom barn och ungdomar med funktionsnedsättning ofta har svårt att kommunicera verbalt. Det finns ett behov av ett strukturerat utredningsförfarande runt bedömning av LSS-insatser. Det finns också behov av mer likartat arbetssätt i LSS-handläggning på nationell nivå.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

I en socialtjänst som präglas av helhetssyn och samordning utgör den enskildes livssituation utgångspunkten och insatser från olika verksamheter utmärks av kontinuitet. I följande avsnitt förs resonemang kring hur samordningen fungerar kring barn och unga som är i behov av socialtjänstens insatser och kring barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom.

Kommunala prioriteringar påverkar resursfördelning

Socialstyrelsen fortsatte under 2010 att uppmärksamma vikten av att se barn och unga utifrån ett helhetsperspektiv och att samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas [12]. Erfarenheten är att resursfördelningen normalt sker från kommunfullmäktige till nämnderna som sedan fördelar till de olika verksamheterna. En separat budget till barn och unga finns sällan, vilket gör det svårt att se hur barn och unga prioriteras i förhållande till andra grupper. Konkurrens om resurser mellan olika förvaltningar kan också bidra till att fokus ligger på verksamheterna snarare än på målgruppen barn och unga. Trots att lagtexter och studier betonar och påvisar goda effekter av samverkan finns det brister. Bidragande orsaker är bland annat svaga ekonomiska incitament och att det är resurskrävande, på kort sikt, att bygga upp ett fungerande system för samverkan. Förbättrad samverkan mellan aktörer som ansvarar för verksamheter riktade till barn och unga kan dock ge en bättre användning av samhällets resurser.

BBIC ökar kontinuiteten i myndighetsutövningen

Cirka 45 procent av kommunerna har en ordinarie BBIC-licens⁵ [19]. BBIC (Barns behov i centrum) är ett handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. BBIC erbjuder en uppsättning formulär som vilar på en teoretisk kunskapsbas hämtad från utvecklingsekologi och anknytningsteori. Formulären bygger på ett antal grundprinciper som bland annat handlar om att utveckla ett samarbete med barn, föräldrar och andra professionella och att ha barnet eller den unge i centrum. Helhetssynen på barns och ungas situation betonas och illustreras genom den så kallade BBIC-triangeln. I en verksamhet som kan kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig roll för en tillämpad helhetssyn utan också för kontinuitet i myndighetsutövningen.

För att gynna ett utvecklingsinriktat klimat med kollegialt utbyte och stöd har Socialstyrelsen uppmuntrat kommunerna att gå samman i regionala nätverk. De regionala nätverken fungerar också som lokala plattformar för att organisera och genomföra såväl lokala utbildningar som Socialstyrelsens utbildningar av BBIC-utbildare. Det finns i dag 28 regionala BBIC-nätverk och 27 regionala BBIC-samordnare, vilka regelbundet bjuds in till Socialstyrelsen för information, dialog och erfarenhetsutbyte [11].

Samverkan kring barns och unga med psykisk ohälsa brister fortfarande

Socialstyrelsen har i flera undersökningar konstaterat att samverkan kring barn och unga fortfarande brister.

Inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2010 uppger exempelvis bara var fjärde kommun, 27 procent, att de inom ett eller flera viktiga områden har samverkansavtal med andra aktörer, som exempelvis förskola

⁵ 97 procent av kommunerna har tecknat licensavtal för BBIC.

och skola, polis, barnhälsovård samt barn- och ungdomspsykiatri [11]. Samverkansavtalen omfattar tidiga insatser, exempelvis tillgång till snabb konsultation från i första hand socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri, men också rutiner för att upptäcka och agera när barn och unga befinner sig i riskmiljöer utanför hemmet. Insatserna avser också samverkansbehovet vid mer omfattande insatser, till exempel struktur för professionella nätverksmöten för en samordnad planering då flera myndigheter har kontakt med en familj. Det kan också gälla rutiner för konsultation, remiss respektive anmälan till barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten.

En nationell tillsyn av vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa som publicerades 2010 visar också att samverkan ofta brister [13]. Det handlar om samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården, men också om samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola, inklusive förskola. I granskningen framkommer bland annat att:

- De flesta inspekterade verksamheterna saknar organiserad övergripande samverkan, utan samverkan sker oftast kring en enskild patient.
- Få verksamheter upprättar gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter.
- Hälften av de granskade verksamheterna saknar rutiner för att upprätthålla sekretessen vid samverkan med externa vårdaktörer.
- Mer än två tredjedelar av de inspekterade verksamheterna menar att det kan uppstå problem när en patient remitteras eller hänvisas till en annan enhet, som till exempel ett otydligt remissförfarande och obesvarade remisser.

För en helhetssyn på barns och ungas psykiska hälsa är samverkan mellan dessa verksamheter ofta nödvändig. Forskning bekräftar att förskolan och skolan har en stor betydelse för barns psykiska hälsa [20,21].

Rättssäker socialtjänst

Det är angeläget att kommunernas myndighetsutövning är sådan att missförhållanden undviks, upptäcks och åtgärdas så fort som möjligt. Nedanstående avsnitt lyfter fram några aspekter, till exempel förekomsten av dokumenterade rutiner för att hantera fel och brister och vilket resultat som Socialstyrelsens tillsyn har gett. Även ytterligare åtgärder för att stärka barns och ungas rättssäkerhet kommenteras.

Hälften av kommunerna har rutiner för att hantera brister i socialtjänstens verksamheter

Inom ramen för öppna jämförelser av barn och unga 2010 uppger drygt 60 procent av kommunerna att de har dokumenterade rutiner för hantering av hur fel och brister i verksamheten identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder följs upp [11]. Resultatet ska ses mot bakgrund av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11). Där föreskrivs att ledningssystemet ska säkerställa att det finns

rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp (4 kap. 3 §). I handboken till föreskriften framhålls vikten av att information och erfarenheter från hanteringen av fel och brister tas tillvara i förbättringsarbetet [2]. Utgångspunkten bör vara att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner. Vidare framhålls betydelsen av att hela personalstyrkan involveras och är delaktig samt att ledningen verkar för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Möjlighet till kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av fel och brister ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete. I handboken understryks dessutom betydelsen av att kvalitetsarbetet alltid utgår från ett klientperspektiv. I arbetet med fel och brister är klienterna viktiga informanter, både när det gäller att se var eventuella brister finns och hur dessa kan åtgärdas [11].

Socialstyrelsen har även genom sin tillsyn konstaterat brister i socialtjänstens hantering av anmälningar och dessa brister följdes upp under 2010 genom förnyad verksamhetstillsyn i hälften av Socialstyrelsens regioner. I vissa fall har de tidigare bristerna åtgärdats, men fortfarande är handläggningstiden för förhandsbedömningar ofta för lång och socialtjänsten förhåller sig många gånger passiv trots att barn befinner sig i utsatta situationer [22].

Tillsyn av heldygnsplaceringar har intensifierats

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att heldygnsplaceringar av barn och unga i HVB behöver förbättras, främst när det gäller säkerhet och barnens möjligheter till delaktighet [23]. Resultaten av översynen har uppmärksamats av socialtjänsten, SKL och Skolinspektionen. Socialstyrelsens tillsyn av barn i samhällsvård har intensifierats. Alla HVB samt boenden enligt LSS för barn (9 § 8 LSS) ska numera tillsynas två gånger per år liksom de särskilda ungdomshemmen som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att under 2010 granska samtliga särskilda ungdomshem med fokus på de särskilda befogenheterna att hålla ungdomar i avskildhet respektive på vård i enskildhet, enligt LVU och LSU. Under 2010 har tillsynen också omfattat en granskning av barnens och ungdomarnas behov av utevistelse samt hälso- och sjukvård. Resultatet från tillsynen av HVB och SIS-institutioner kommer att redovisas i Socialstyrelsens tillsynsrapport för 2010.

Därutöver kan nämnas att Skolinspektionen har genomfört en tillsyn av de HVB som bedriver egen särskild undervisning [24]. Under hösten 2009 startade SKL ett nationellt nätverk för att stödja kommunerna i deras upphandling av HVB samt publicerat en vägledning för upphandling och uppföljning av HVB [25].

Det pågår således stora satsningar för att höja kvaliteten inom heldygnsplaceringar och ännu är det för tidigt att uttala sig om effekterna. Samtidigt som detta arbete pågår noteras även en minskning av kostnaderna för HVB (se under avsnittet om minskande resurser för HVB i detta kapitel). Likaså uppmärksammas att det finns stora skillnader i resursfördelning mellan lan-

dets kommuner. I vilken utsträckning detta påverkar möjligheterna till att kvaliteten på HVB faktiskt blir bättre är oklart.

Under 2010 gjorde Socialstyrelsen en granskning av socialtjänstens arbete med barn i familjehem i ungefär 60 kommuner. Huvuddelen av granskningarna rörde uppföljning av brister som konstaterades i samband med tidigare tillsyner [22]. Det handlade då bland annat om brister i vårdplanering och uppföljning av vården, barns delaktighet och utredning av familjehem. Kommunerna har redovisat åtgärder för att komma till rätta med bristerna och den uppföljande tillsynen visar att bristerna på vissa håll och till vissa delar har åtgärdats. BBIC håller på att införas på många håll och metoden verkar ha haft en positiv inverkan på arbetet. Men det finns också exempel på att inga större förändringar har skett. I dessa fall har Socialstyrelsen ställt ytterligare krav på åtgärd. En slutsats är att återkommande tillsyner i många fall behöver göras för att nå resultat.

Ny information riktar sig direkt till barn och unga

Enligt 3 kap. 20 § socialtjänstförordningen (2001:937) ska Socialstyrelsen ta fram relevant information till barn och unga som stadigvarande vistas utanför hemmet samt till deras vårdnadshavare. Där ska framgå vilka rättigheter barn och unga har, vilken uppgift tillsynsmyndigheten har och vem som ansvarar för tillsynen. Socialstyrelsen ska också informera om att samtal kan föras med barnet eller ungdomen utan föräldrars samtycke eller närvaro.

Under 2010 har Socialstyrelsen tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och ungdomar som är placerade i familjehem, HVB samt institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse (SIS-institutioner). Informationsmaterialet vänder sig även till barnens vårdnadshavare [26].

Materialet kan beställas kostnadsfritt från Socialstyrelsen och finns att hämta eller läsa på Socialstyrelsens webbplats. Information om materialet har även skickats till samtliga kommuner, som i sin tur har att förmedla materialet vidare till berörda barn och unga. Spridningen är god till HVB. När det gäller familjehemsverksamheterna är det svårare att få genomslag. Samtliga informationsbroschyrer för barn och unga ska översättas till ett tiotal språk, bland annat lättläst svenska och minoritetsspråken.

I materialet hänvisas till ett 020-nummer hos Socialstyrelsen dit barn och unga kan ringa när de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten eller vill veta vilka rättigheter de har. Två personer per vecka svarar på dessa samtal klockan 8–18 vardagar. I övrigt hänvisas till en röstbrevlåda eller e-post. Under perioden april–december 2010 hörde cirka 120 ungdomar av sig via e-post eller telefon. Flertalet är i åldern 15–17 år och är placerade på HVB. Lika många vuxna har ringt å barns vägnar eller för att få egen information.

De vanligaste frågorna eller önskemålen från ungdomar är att de:

- vill ha reda på sina rättigheter
- önskar komma i kontakt med socialtjänsten
- önskar en annan placering eller någon annan förändring

- vill få tydligare beskrivet varför han eller hon är placerad och vad som ska hända framöver.

Trots att tjänsten nyligen har införts kan effekterna redan skönjas. De vanligaste åtgärderna från Socialstyrelsens sida är att kontakta socialtjänsten eller behandlingshemmet för att försöka lösa de problem som har uppstått. Det är myndighetens uppfattning att detta arbete får genomslag hos socialtjänsten och att verksamheterna försöker leva upp till Socialstyrelsens förslag. I några fall har Socialstyrelsen övervägt att öppna ett tillsynsärende [27].

Utöver redan nämnda åtgärder kan tilläggas att Socialstyrelsen genomför en försöksverksamhet med tillsynsombud. Ungefär 60 barn som är placerade i familjehem kommer att erbjudas en ”särskild” person som ska vara deras ombud. Ombuden, anställda av Socialstyrelsen, är tio stycken.

Ombuden ska träffa barnen minst fyra gånger per år, eller flera gånger om barnet så önskar. Ombudet ska:

- se till att förutsättningarna för placeringen följs upp av kommunen
- se till att barnen tas om hand på ett tillfredsställande sätt
- vara en särskild person för barnet att tala med.

Ombudet ersätter inte kommunernas uppföljningsansvar. Barnets erfarenheter kommer att dokumenteras och vidareförmedlas till socialtjänsten.

Rutiner för anmälan av missförhållanden saknas ofta

Ett barn kan fara illa på många sätt. Det kan bland annat röra sig om våld, övergrepp och bristande omvårdnad (inkluderande försummelse av tandvård). Studier rörande våld mot barn visar att vart åttonde barn har utsatts för våld av någon vuxen i hemmet [28]. År 2009 anmäldes cirka 4500 fall av sexuella övergrepp mot barn under 15 år i Sverige. Många fall av våld och sexuella övergrepp blir dock aldrig kända för omvärlden. Misshandels-skador och övergrepp mot barn visar sig ofta i mun-, huvud- och halsregionen. Det är inte bara socialtjänsten som ansvarar för att uppmärksamma dessa barn. I 14 kap. 1§ SoL anges följande.

”Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter.”

Tandvården har genom sina regelbundna kontakter med barn och ungdomar goda förutsättningar att upptäcka barn som utsätts för våld eller som far illa på annat sätt. En undersökning publicerad av Barnombudsmannen visar dock att tandvården i liten utsträckning rapporterar misstankar om barn som far illa till socialtjänsten [28]. Barnombudsmannen lyfter i rapporten fram att lagstiftaren och de berörda myndigheterna behöver förtydliga tandvår-

dens viktiga roll i arbetet med att upptäcka barn som far illa. Vårdgivarna behöver upprätta tydliga rutiner för hur de ska agera vid misstanke om att ett barn far illa. Barnombudsmannen identifierar också att utbildning för tandvårdspersonal om hur de upptäcker att ett barn far illa är viktig, både på grund- och vidareutbildningsnivå [28].

Ytterligare verksamheter som har goda förutsättningar att uppmärksamma barn som far illa är barnavårdscentraler, skolhälsovården och ungdomsmottagningar. I Socialstyrelsens granskning av vårdkedjan som publicerades 2010 kring barn och unga med psykisk ohälsa konstateras att de inspekterade verksamheterna många gånger saknar skriftliga rutiner för att göra en anmälan till socialnämnden [14]. Av de inspekterade verksamheterna angav endast 77 procent av barnavårdscentralerna, 86 procent av skolhälsovården och 67 procent av ungdomsmottagningarna att de hade skriftliga rutiner för anmälan till socialnämnden.