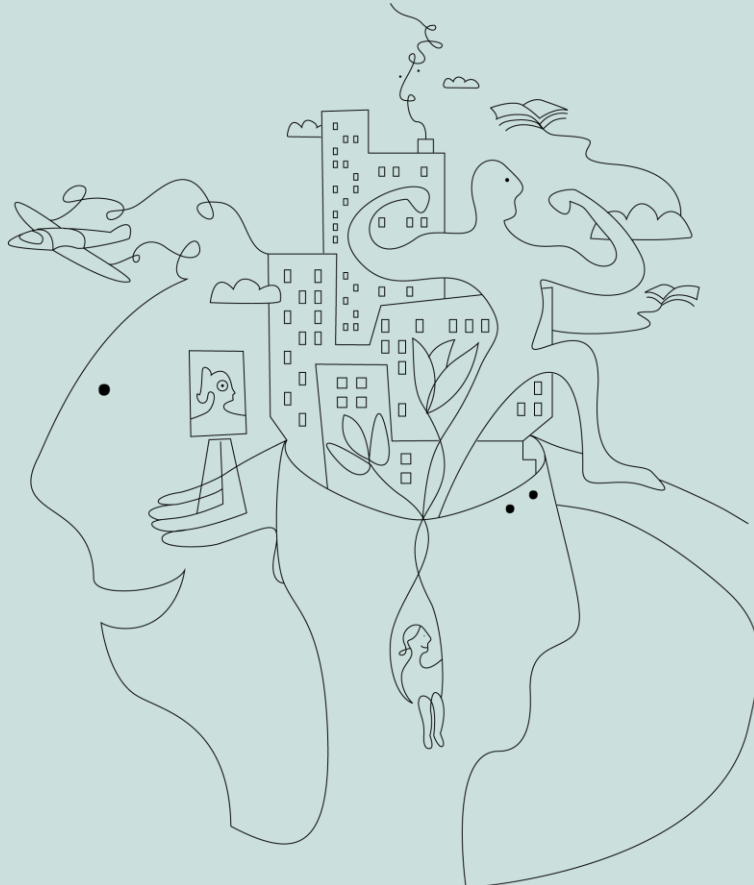


_RAPPORT AV FOU NORDVÄST PÅ UPPDRAG AV STORSTHLM

Placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård i Stockholms län

Baharan Kazemi
Sofi From



FoU Nordväst är en forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänstens individ- och familjeomsorg samt omsorg för personer med psykiska funktionsnedsättningar. FoU Nordväst ägs av åtta kommuner i nordvästra Stockholms län: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro, Upplands Väsby

För ytterligare information www.fou-nordvast.se

Innehåll

_Sammanfattning	4	Sammanfattande kommentarer	
_Inledning	7	intervjustudie	59
Bakgrund	8	_Förslag på åtgärder	61
Olika typer av undersökningar för placerade barn och unga	10	Etablera rutiner för hälsoundersökningar och genomföra uppföljning av placerade barn och unga hälsa	61
Exempel på stöd som finns att tillgå vid samverkan mellan socialtjänst och hälso-, sjuk- och tandvård	13	Uppmärksamma placerade barn och ungas munhälsa	62
Tidigare forskning	14	Samverkan mellan kommun och region	62
_Metod	17	Klargöra "vägen in" till BUP och arbeta med samsyn	63
Aktstudie: Genomgång av socialtjänstens akter för placerade barn	17	Diskussion om framtida forskning och långsiktigt utvecklingsarbete	64
Intervjustudie: Intervjuer med medarbetare i socialtjänsten	18	_Referenser	65
Resultatets tillförlitlighet	19	_Bilagor	68
Etiska aspekter och metoddiskussion	20	Bilaga 1. Informationsbrev Aktstudie	68
Resultatredovisningens disposition	20	Bilaga 2. Informationsbrev Intervjustudie	70
_Aktstudie	22	Bilaga 3. Intervjuguide	71
Om barnen och deras akter	22		
Placerade barns hälsa	24		
Hälsoundersökningens resultat och barnets behov	29		
Barn och unga med pågående vårdinsatser	31		
Dokumentation av samverkan mellan kommun och region	32		
Avslutande kommentarer aktstudie	36		
_Intervjustudie	37		
Deltagarna	37		
Placerade barn och deras fysiska hälsa	37		
Munhälsa	44		
Psykisk hälsa	45		
Organisation och vägar in till UP	47		
Samverkan med BUP	50		
Former för samverkan	53		

_Sammanfattning

Placerade barn och unga är en av samhällets mest utsatta grupper. Internationell såväl som nationell forskning har återkommande visat brister i hur placerade barns hälsa tillgodoses. Forskning har också visat att dessa barn som vuxna har sämre hälsa och förhöjd risk för psykisk ohälsa och suicid. 2017 kom en ny lag för att tillförsäkra alla barn som placeras utanför det egna hemmet en hälsoundersökning som innefattar fysisk, psykisk och munhälsa. Parallellt med att lagen om hälsoundersökningar började gälla infördes nya bestämmelser om att regioner och kommunerna ska ingå överenskommelser, som syftar till att klargöra ansvarsfördelning och formerna för samordnade insatser. FoU Nordväst fick i början av 2020 uppdraget att undersöka placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård på lokal nivå, i Stockholmsregionen. I den här rapporten undersöks i vilken omfattning barn i samhällets vård genomgår hälsoundersökningar, hur deras hälsa följs upp samt hur samarbetet mellan socialtjänst och hälso-, sjuk- och tandvård dokumenteras och beskrivs av socialsekreterare och chefer inom den sociala barnvården.

Bakgrund och syfte

Barn och unga har rätt till en trygg och säker uppväxt. När ett barn placeras utanför det egna hemmet sker ett omfattande ingrepp från samhällets sida. Forskning visar en samstämmig bild av att placerade barn som grupp har sämre hälsa än genomsnittet. Det är därför viktigt att barns behov av hälso- och sjukvård och tandvård uppmärksammas och tillgodoses under den tid som de befinner sig i samhällets vård. Sedan 2017 har socialnämnden en lagstadgad skyldighet att underrätta regionen när ett barn eller en ung person 0-20 år placeras för vård utanför det egna hemmet och behov av en hälsoundersökning finns. Regionen ska i sin tur erbjuda placerade barn och unga en hälsoundersökning. Hälsoundersökningen ska avse fysisk, psykisk och munhälsa. Hälsoundersökningar är en del i arbetet med placerade barn och unga hälsa. För att tillgodose placerade barn och unga en god hälsa krävs dock att deras hälsa kontinuerligt följs upp samt att tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser vid behov säkras. Samverkan mellan region och kommunerna blir centralt för att möjliggöra att placerade barn får rätt till hälso- och sjukvårdsinsatser. 2017 infördes därför nya bestämmelser som innebär att regioner och kommuner ska ingå samverkansöverenskommelser gällande barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Under våren 2020 fick FoU Nordväst i uppdrag av Storsthlm att genomföra denna studie för att bidra till ökad kunskap om placerade barn och ungas tillgång till hälsoundersökningar och organisatoriska förutsättningar för att tillgodose deras behov av och rätt till hälso-, sjuk- och tandvård i Stockholms län.

Metod

Studien genomfördes under perioden maj till november 2020 i samarbete med 6 kommuner/stadsdelar i Stockholmsregionen.

Studien består av två delar:

- Del 1. Aktstudie
- Del 2. Intervjustudie

I aktstudien undersöktes 123 placerade barn och ungas fysiska akter med syfte att kartlägga förekomsten av hälsoundersökningar, dokumentationen av hälsa, hälsoundersökningar och samverkan med hälso-, sjuk- samt tandvård. Intervjustudien består av tretton stycken

telefonintervjuer med socialsekreterare och chefer inom den sociala barn- och ungdomsvården. Intervjuerna genomfördes med syftet att få fördjupad kunskap om socialtjänstens arbete med placerade barn och ungas hälsa utifrån resultaten i aktstudien.

Huvudresultat

Resultatet av aktstudien visar på en variation av tillvägagångssätt för bedömning och uppföljning av placerade barns hälsa. I flertalet ärenden är det svårt att följa barnets hälsa under placering, på grund av att det saknas ett enhetligt och systematiskt sätt att dokumentera placerade barns hälsa och vårdinsatser. Hälsoundersökningar som utöver somatisk (fysisk) hälsa även innefattar munhälsa och psykisk hälsa är få vid nya placeringar. Det finns en stor variation i hur utlåtanden från hälso- och sjukvården är utformade. Studien bekräftar tidigare rapporter som visar att andelen läkarundersökningar enligt LVU är väsentligt högre än hälsoundersökningar vid placering enligt SoL. Resultatet visar tydliga indikationer på att det saknas kunskap om lagstiftningen inom området placerade barn och ungas hälsa, placerade barns hälsobehov och bedömning av eventuella vårdbehov. Otydligheter i socialtjänsten och regionens egen organisation om ansvar för placerade barns hälsa, arbetsbelastning på socialtjänsten under perioden när ett barn placeras och avsaknad av rutiner kring förfarandet vid en hälsoundersökning är faktorer som kan påverka placerade barns rätt till hälso- och sjukvård.

Barns hälsa och socialtjänstens samverkan med hälso-, sjuk och tandvården synliggörs i akterna genom olika typer av kommunikation och genom socialtjänstens inhämtande av utlåtanden och journalkopior under utredning. BBIC-stöddokument och SIP används i relativt låg grad. I intervjustudien bekräftas att hälso- och sjukvården och även tandvården är viktiga samarbetsparter för socialtjänsten i arbetet med placerade barn. Det finns erfarenheter både av fungerande samarbete och av komplicerande omständigheter i samverkan. Ärenden med barn och unga som placeras utanför den egna regionen tas upp som särskilt svåra. Placerade barn med psykisk ohälsa är en grupp där samverkan tycks särskilt komplext, där frågor om ekonomi, samsyn och organisatoriska hinder tas upp. Deltagarna i intervjustudien vittnar om långa väntetider, svårigheter att få till stånd en behandling och en oro för att målgruppen inte får den psykiatriska vård de har behov av. Vad gäller den somatiska vården och tandvården beskrivs samarbete mellan kommun och region som mer välfungerande och de socialsekreterare som har intervjuats beskriver att placerade barn i regel får tillgång till vård och behandling när behov finns.

Förslag på åtgärder

I följande stycke sammanfattas områden där vi ser behov av åtgärder utifrån resultaten. En åtgärd som bör prioriteras i första hand är att anordna kunskapshöjande insatser om lagstiftning gällande hälsoundersökningar för placerade barn och ungas hälsa samt hur de olika hälso- och läkarundersökningarna förhåller sig till varandra. Det finns även ett behov av en mer generell diskussion om placerade barns hälsobehov; de sårbarheter som identifierats genom forskning behöver vara väletablerad kunskap hos alla som arbetar med målgruppen, oavsett profession. Rutiner för hälsoundersökningar och systematisk dokumentation för uppföljning av placerade barn och ungas hälsa behöver etableras. Detta är särskilt viktigt för att hälsobehov inte ska missas vid omplaceringar när flera aktörer är involverade.

Vad gäller placerade barn och ungas behov av insatser för psykisk ohälsa ser vi ett behov av att uppnå samsyn hos inblandade aktörer. Intervjustudien visar på upplevda samverkanssvårigheter mellan socialtjänst och Barn- och ungdomspsykiatri som i förlängningen påverkar placerade barn och ungas tillgång till vård. Tydligare ansvarsfördelning, ekonomiska överenskommelser samt samsyn i behovsbedömningar kan öka förutsättningar för samarbete i enskilda ärenden.

För att hantera de otydligheter som finns kring ansvarsfördelning i samband med placeringar och hälsoundersökningar av barn och unga kan rutinbeskrivningar underlätta. Ett arbete med informationsspridning om riksavtalet som reglerar hur barn och unga som placeras utanför sin hemregion ska få vård kan underlätta samarbetet mellan organisationerna.

För ett långsiktigt arbete med att förbättra förutsättningarna för placerade barn och unga att få en god hälsa och tillgång till hälso- sjuk- och tandvård ser vi behov av fortsatt forskning och utvecklingsarbete. Fler studier med olika fokus bör genomföras, kunskap och erfarenheter hos vårdpersonal är viktiga att inkludera och inte minst barn och ungas egna röster.

_Inledning

Barn och unga som placeras i samhällets vård har sämre hälsa och behov av insatser från hälso- och sjukvården i högre utsträckning än sina jämnåriga. Detta visar både svensk och internationell forskning (Berlin mfl 2018; Vinnerljung mfl 2015; Kling 2010; Viner 2005). Den sociala barnvården i Sverige har genomgått en rad reformer som syftar till att stärka placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård.¹ Sedan april 2017 gäller lag om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (SFS 2017:209), som reglerar regionens skyldighet att erbjuda hälsoundersökningar när barn upp till 18 år och unga 18–20 år placeras för vård utanför det egna hemmet. Samma år infördes nya bestämmelser i Socialtjänstlagen/SoL (SFS 2001:453) och i Hälso- och sjukvårdslagen/HSL (SFS 2017:30) om att kommuner och regioner har en lagstadgad skyldighet att ingå samverkansöverenskommelser avseende placerade barn och unga. Sveriges kommuner och regioners (SKR) nationella kartläggning visar dock att det finns ett fortsatt behov av att stödja implementeringen av överenskommelser om det ska leda till en förbättring av placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård (SKR 2016, SKR 2020).

Våren 2020 gav Storsthlm² i uppdrag till FoU Nordväst i Stockholm att undersöka hur placerade barns tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård ser ut i Stockholms län. Uppdraget innefattar att skapa fördjupad kunskap om placerade barns tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård, med syfte att identifiera utmaningar och utvecklingsområden. Mer konkret innebär detta att:

-
- Identifiera utmaningar och hinder i arbetet med att tillgodose placerade barn och ungas behov av hälso-, sjuk och tandvård
 - Analysera socialtjänstens förutsättningar för samverkan med hälso-, sjuk- och tandvården
 - Genomföra en behovsanalys och förslag på fortsatt utvecklingsarbete
-

Den här rapporten är resultatet av det arbetet. Genom två delstudier har både deskriptiv data om dokumentation av placerade barn och ungas hälsa och kvalitativa intervjuer med socialtjänstens medarbetare inhämtats. Rapporten avslutas med en diskussion där en behovsanalys redovisas. Den första delstudien är en djupdykning i socialtjänstens akter, där dokumentation av placerade barn och ungas hälsa och frågor om samverkan analyseras. I den andra delstudien är det empiriska materialet tretton intervjuer med socialsekreterare och enhetschefer på socialtjänsten i Stockholmregionen. Studien tar på så sätt hjälp av professionellas erfarenheter för att tolka och analysera resultatet från aktstudien.

¹ SOU 2015:71, prop. 2016/17:59 samt BBIC:s stöddokument "Hälsoundersökning av barnet i samband med placering eller socialtjänstens utredning av ett barn"

² Storsthlm är ett förbund som ägs Stockholms läns kommuner

Samtidigt som den här rapporten sammanställs under senhösten 2020, redovisar SKR statistik på nationell nivå, avseende omfattningen av hälsoundersökningar i samband med nya placeringar av barn och ungdomar. Resultatet i vår rapport visar i linje med den studien, att hälsoundersökningar är ett eftersatt område i socialtjänstens arbete med placerade barn. Den samlade kunskapen om placerade barns hälsa kan förhoppningsvis utgöra en utgångspunkt för det fortsatta utvecklingsarbetet inom kommun och region.

BAKGRUND

När barn och unga riskerar att fara illa och utvecklas ogynnsamt har socialnämnden ett ansvar att säkerställa att de får skydd och stöd. Socialtjänstens mest omfattande ingrepp i en familjs liv är när ett barn placeras utanför det egna hemmet. När ett barn placeras kan det ske enligt SoL som en frivillig insats där vårdnadshavare har samtyckt till en placering. Om barnet är över 15 år krävs också ett samtycke från barnet själv. Om socialnämnden inte kan ge behövlig vård på frivillig väg och det föreligger missförhållande som antingen rör barnets hemmiljö (2§ LVU) och/eller barnets eget beteende (3§ LVU) kan en placering av ett barn även ske utan samtycke från vårdnadshavare eller barn över 15 år (Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, SFS 1990:52).

När socialnämnden fattat beslut att ett barn har behov av vård utanför det egna hemmet finns det olika typer av placeringsformer. Barnet kan exempelvis placeras i familjehem, jourhem, hem för vård eller boende (HVB), särskilda ungdomshem som Statens Institutionsstyrelse (SiS)³ ansvarar för eller stödboende. Ibland kallas det gemensamma ansvaret som socialtjänsten har tillsammans med vårdnadshavare och familjehemmet eller utföraren för det tredelade föräldraskapet. Det beskriver hur samtliga dessa aktörer har en del i att se till att barnet får sitt omsorgsbehov tillgodosett (Socialstyrelsen 2020a).

Under 2019 fick ca 31 000 barn och unga någon gång under året en heldygnsplacering beslutad av socialtjänsten (Socialstyrelsen 2020b). De vanligaste placeringsformerna var i familjehem (66%) och HVB (33%). 2018 var närmare en tredjedel av dem som placerats ensamkommande barn och unga – det vill säga barn som anlänt till Sverige som asylsökande utan sällskap av vårdnadshavare (Socialstyrelsen 2020a).

God hälsa och utbildning är bland de viktigaste skyddsfaktorerna för att barn och unga ska må bra och klara sig bra i livet. Det gäller alla barn och unga men det blir särskilt viktigt för de mer utsatta barnen. För barn och ungdomar med mer omfattande behov kan det vara nödvändigt att få flera insatser samtidigt för att till möjliggöra en god utveckling. Detta kräver att socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård ger insatser parallellt för att dessa barn ska få rätt stöd. Studier visar dock att det är vanlig att det uppstår problem att få till samordnade insatser mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola (Socialstyrelsen 2013).

SKR har vid tre olika tillfällen, 2015, 2017 och 2020, genomfört en nationell kartläggning av hälsoundersökningar av barn och unga inför placering. Rapporterna visar en långsam ökning av andelen placerade barn som har hälsoundersökts. Idag är det ungefär hälften av alla placerade barn som genomgår någon form av hälsoundersökning.

³ I texten framöver innefattar HVB även särskilda ungdomshem om inte annat anges.

Tabell 1. Andel hälsoundersökta barn nationellt, statistik från SKR

Placeringar (exkl. ensamkommande barn)				
År	2019	2016	2014	
SoL-placeringar	33%	27%	24%	
LVU-placeringar	70%	69%	64%	
Totalt	48%	42%	39%	

Data från SKR:s kartläggningar visar att barn som placeras enligt LVU blir dokumenterat hälsoundersökta i väsentligt högre grad än barn som placeras enligt SoL (exkluderat ensamkommande barn). Av de ensamkommande barnen hade 87% genomgått hälsoundersökning, varav de flesta inom ramen för asylprocessen. I båda fallen behöver det, enligt SKR, förtydligas hur de respektive undersökningarna förhåller sig till lagstiftningen om hälsoundersökning för placerade barn, som innefattar fler eller andra moment än vad som är aktuellt vid en läkarundersökning enligt 32§ LVU eller en hälsoundersökning för asylsökande enligt lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344). Sedan SKR:s kartläggning har Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019-19) kommit. Föreskrifterna förtydligar hur de olika typerna av hälsoundersökningar och läkarundersökningar förhåller sig till varandra.

I följande avsnitt redogörs för lagstiftningens olika delar gällande placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- samt tandvård och hur socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens och tandvårdens ansvar för genomförandet kan förstås.

Olika aktörers ansvar för placerade barns hälsa

I Sverige har alla barn rätt till hälso-, sjuk- samt tandvård utan kostnad. Rätten ska vara lika för alla och slås även fast i FN:s barnkonvention, där barn som placeras utanför det egna hemmet lyfts ut som särskild kategori att värna.

Barn har rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering

Artikel 24 Barnkonventionen

Varje stat ska regelbundet se till att ett barn som är omhändertaget av myndigheter behandlas väl

Artikel 25 Barnkonventionen

Socialtjänsten har ansvar för att barn som har placerats i ett annat hem än det egna får god vård (6 kap. 1§ 3 st SoL). Placerade barn och ungas behov av vård och stöd innefattar ofta behov av vård utanför socialtjänstens område, såsom psykiatrisk eller somatisk vård och tandvård (Socialstyrelsen 2020a). Socialtjänsten ska därför verka för att placerade barn och unga får den hälso- och sjukvård som de har behov av. Det innebär bland annat att det är socialtjänsten som ska initiera vårdinsatserna och medverka till att barn och unga i familjehem, jourhem, HVB och stödboende får hälso- och sjukvårdsinsatser (6 kap. 7§ SoL).

Vilka åtgärder som planeras för barnet och hur behov av hälso- och sjukvård tillgodoses ska framgå i barnet eller den unges genomförandeplan. Förutom insatser från socialtjänsten ska

vårdplan och genomförandeplan beskriva åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. I genomförandeplanen ska det beskrivas hur och när barnet ska kunna tillgodogöra sig åtgärder och insatser från andra huvudmän, vilken utförare som ansvarar för varje aktivitet och hur vården ska följas upp (SOSFS 2014:5). Om barnet eller den unge har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvård ska en samordnad individuell plan upprättas (2 kap. 7§ SoL och 16 kap. 4§ HSL).

Vikten av en samlad vård för placerade barn och unga handlar om att ge en likvärdig hälso- och sjukvård. Det handlar också om att möjliggöra att dessa barn och unga kan tillgodogöra sig socialtjänstens insatser, vilket det finns en risk att de inte kan om deras andra vårdbehov inte tillgodoses. Både socialtjänst och hälso- och sjukvård har ett ansvar att samverka kring barn som far illa (5 kap 1a§ SoL och 2f § HSL). Vidare ska socialtjänsten samverka med andra samhällsorgan för att placerade barn ska få sina behov av hälso-, sjuk- samt tandvård tillgodosedda (SOSFS 2012:11). Från 2017 har kommuner och regioner en lagstadgad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete avseende placerade barn och unga (5 kap. 1d§ SoL och 16 kap. 3§ tredje punkten HSL). I propositionen beskrivs att otydliga ansvarsförhållanden och brister i samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst riskerar att leda till att placerade barn och unga inte får nödvändiga eller samordnade insatser. Överenskommelserna syftar till att öka förutsättningarna för tidiga och samordnade insatser för placerade barn och unga. Innehållet i överenskommelserna bör inte enbart avse barnets vårdbehov under placering utan även avse samverkan och ansvarsfördelning inför placering såväl som när vården ska avslutas (Prop. 2016/17:59).⁴

Det kan, mot bakgrund av vad som angivits ovan, konstateras att socialtjänsten tillskrivs en aktiv roll för att se till att placerade barn och unga har en god hälsa. Socialtjänstens roll och ansvar innebär inte att andra aktörers ansvar lättar eller försvinner. Det är regionen (med vissa undantag⁵) som ansvarar för de hälso- och sjukvårdsinsatser som placerade barn och unga kan behöva (8 kap. 1§ HSL).⁶ När ett barn har placerats utanför sin hemregion enligt SoL eller LVU gäller riksavtalet för utomlänsvård. Riksavtalet innehåller bland annat bestämmelser om ansvarsfördelning när ett barn vistas i en region på grund av placering. Avtalet slår fast att barnet eller den unge ska erbjudas både omedelbar och icke omedelbar vård av den region där det vistas. Barnet ska därmed inte behöva åka tillbaka till sin hemregion. Vårdregionen i sin tur ersätts för kostnader av hemregionen (SKR 2015).

Förutom fysisk och psykisk hälsa är munhälsan en viktig hälsoaspekt för barn och unga. Socialstyrelsens rapport från 2020 *Munhälsa och tandvård för placerade barn* (Socialstyrelsen 2020c) visar att placerade barn har sämre munhälsa än barn som inte är placerade. Resultaten avser främst barn som är kortvarigt placerade. Enligt 7§ Tandvårdslagen (1985:125) är det folktandvården som ska svara för regelbunden och fullständig tandvård till och med att den unge fyller 23 år. Det är dock viktigt att socialtjänsten följer upp att placerade barn och unga får den tandvård de har rätt till (Prop. 2012/13:10).

OLIKA TYPER AV UNDERSÖKNINGAR FÖR PLACERADE BARN OCH UNGA

I lagstiftningen återfinns olika bestämmelser om att placerade barn och unga ska genomgå eller erbjudas läkar- och hälsoundersökningar. I följande stycke sammanfattas vad dessa bestämmelser innebär, när de ska användas och hur de skiljer sig.

⁵ Det finns en möjlighet att huvudman som bedriver ett HVB även kan vara vårdgivare, och både ge insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Det mest förekommande är dock att regionen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser.

11 kap. 3 a § SoL och lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

-
- Målgrupp: barn och unga 18-20 år som placeras utanför det egna hemmet
 - Om det inte är obehövt ska socialtjänsten underrätta regionen om att barnet eller den unge ska erbjudas en hälsoundersökning
 - Regionen är skyldig att erbjuda en hälsoundersökning
 - Regionen är ansvarig för att inhämta underlag inför hälsoundersökningen
 - Undersökningen ska innehålla bedömning av fysisk, psykisk och oral hälsa
 - Hälsoundersökningens syfte är upptäcka och åtgärda försummade hälso-, sjuk- och tandvårdsbehov
-

För att uppmärksamma och stärka placerade barn och ungas tillgång till hälso- och sjukvård trädde lagbestämmelser i kraft 15 april 2017. Socialtjänsten ska, om det inte är obehövt, underrätta regionen om att ett barn eller en ung person 18–20 år ska erbjudas en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds (11 kap. 3a§ SoL). Parallellt infördes en lag som reglerar regionens skyldighet att erbjuda hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (SFS 2019:19). Enligt lagen ska regionen efter initiativ av socialtjänsten erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård av barn och unga inleds utanför det egna hemmet. I och med lagändringen erhåller regionen ekonomisk ersättning i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Cirka två år efter att denna lag kom, trädde 2019 nya föreskrifter och allmänna råd i kraft om hälsoundersökningar av placerade barn och unga. Föreskrifterna syftar till att ge information om innebörden i den lagstiftningen, förtydliga kommunens respektive regionens ansvar och reda ut hur lagen förhåller sig till andra bestämmelser om hälsoundersökningar och läkarundersökningar. Enligt föreskriften ska hälsoundersökningen omfatta såväl fysisk som psykisk samt oral hälsa. Vårdgivaren ska dokumentera bedömningarna i ett utlåtande, vilket socialtjänsten ska få ta del av om det inte finns hinder utifrån sekretess (HSLF-FS 2019:19). Om en hälsoundersökning inte bedöms vara behövt bör det dokumenteras i barnets eller den unges utredning inom socialtjänsten (Prop. 2016/17:59).

Läkarundersökning enligt 32 § LVU

-
- Målgrupp: barn och unga som placeras med stöd av LVU
 - Ska i regel ske innan socialnämnden ansöker om vård enligt LVU vid förvaltningsrätten
 - Läkarundersökningens syfte är identifiera sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som kan ha betydelse för bedömningen av behovet av vård med stöd av LVU och planeringen av vården
-

Inför domstolsförhandling vid tvångsomhändertaganden enligt LVU ska barnet genomgå en läkarundersökning (32§ LVU). I Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpning av lagen

rekommenderas att läkarutlåtandet sedan bifogas ansökan till förvaltningsrätten. Omfattningen av läkarundersökningen får bedömas utifrån det enskilda barnet. Det innebär att både syftet och omfattningen skiljer sig från hälsoundersökning vid placering och ersätter således inte hälsoundersökningen (SOSFS 1997:15).

Hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Lag 2008:344 om hälso- och sjukvård åt asylsökande

-
- Målgrupp: alla asylsökande ska erbjudas en hälsoundersökning av regionen, om det inte är uppenbart obehövt
 - Hälsoundersökningen innehåller tre olika delar; individuellt hälsosamtal, provtagning och kroppsundersökning
 - Syftet är att tidigt upptäcka akuta sjukdomar, fastställa vårdbehovet i övrigt och tidigt upptäcka sjukdomar som faller under smittskyddslagstiftningen (Prop. 2007/08:105)
-

Ytterligare en form av hälsoundersökning som berör vissa placerade barn och unga sker inom ramen för asylansökan. Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en hälsoundersökning (SFS 2008:344). För ensamkommande barn, som utgör ungefär hälften av de placerade barnen över 15 år, innebär det att de erbjuds en screening i samband med ankomsten till Sverige (Socialstyrelsen 2020b). Denna undersökning syftar bland annat till smittskydd, då patienten testas för smittsamma sjukdomar som HIV och tuberkulos – något som inte sker i de andra typerna av hälsoundersökning. Hälsoundersökningen kan också identifiera andra vårdbehov samt psykiatriska problem, exempelvis PTSD (Delilovic mfl 2017).

Enligt föreskrifterna ska asylsökande barn och unga som placeras erbjudas två hälsoundersökningar, om det inte är säkerställt att de erbjuds en hälsoundersökning som uppfyller kraven i både regelverken för hälsoundersökningar för placerade barn och unga och hälsoundersökningar av asylsökande (HSLF-FS 2019:19).

Läkarundersökning vid misstanke om brott

En ytterligare form av undersökning som placerade barn och unga kan beröras av genomförs när kroppsliga skador behöver dokumenteras i rättsintyg. Undersökningen ingår i brottsutredningen och syftar till att styrka att barnet utsatts för brott (SKR 2017). Den här typen av läkarundersökning förutsätter ofta ett samarbete mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, åklagare och polis. Undersökningen kan genomföras på Barnahus: en samverkansplattform där flera aktörer finns tillgängliga i samma lokal (Polisen 2020)

Det finns således flera typer av olika av undersökningar som kan bli aktuella när ett barn placeras: läkarundersökning vid LVU, läkarundersökning vid misstanke om brott mot barn, hälsoundersökning av asylsökande och hälsoundersökning för alla placerade barn och unga. Som genomgången ovan visar är det ingen annan typ av undersökning som ersätter hälsoundersökningen för placerade barn och unga, om det inte kan säkerställas att den motsvarar innehållet enligt föreskrifterna.

EXEMPEL PÅ STÖD SOM FINNS ATT TILLGÅ VID SAMVERKAN MELLAN SOCIALTJÄNST OCH HÄLSO-, SJUK- OCH TANDVÅRD

Utöver de läkar- och hälsoundersökningar som beskrivits i föregående avsnitt finns det ett antal utarbetade former för samverkan mellan socialtjänst och aktörer inom hälso- och sjukvård samt tandvård, vilka syftar till att underlätta genomförandet av samordnade vårdinsatser för placerade barn och unga. I detta avsnitt redogörs för de centrala stöddokument som finns för socialtjänstens arbete med placerade barn och ungas hälsa.

Konsultation, utlåtanden och hälsoundersökning

I BBIC⁷ finns ett antal olika stöddokument som socialtjänsten kan använda i kontakten med hälso-, sjuk- och tandvården. Syftet med materialet beskrivs som att "underlätta tvärprofessionellt samarbete mellan socialtjänsten och hälso-, sjuk- och tandvård för att uppmärksamma hälsobehov hos de barn socialtjänsten möter." (Socialstyrelsens informationsblad: Samverkan för barnets bästa). I materialet finns tre olika stöd att tillgå. *Konsultationsdokument* innehåller frågor om barnets fysiska och psykiska hälsa och kan användas av socialsekreteraren i kontakt med BVC eller elevhälsan, tandvården samt barnets eventuella pågående vårdkontakter. Om socialtjänsten har behov av ett skriftligt utlåtande från hälso-, sjuk- och/eller tandvården kan de använda dokumentet *utlåtande*. Slutligen kan stöddokumentet *Hälsoundersökning av barnet i samband med placering eller socialtjänstens utredning av ett barn* skickas till hälso- och sjukvården och används som en typ av checklista av undersökande personal.

Samordnad Individuell Planering (SIP)

Om ett barn har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska regionen och kommunen upprätta en samordnad individuell plan (SIP). En förutsättning för att detta ska ske är att vårdnadshavare och barnet samtycker. Planen ska om det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och det ska ske utan dröjsmål (2kap. 7§ SoL och 3f§ HSL). Om det redan finns en planering och plan som motsvarar föreskrivna krav behöver inte någon ny plan upprättas. För att möjliggöra en samordnad planering kan socialtjänsten eller hälso- och sjukvården kalla till ett SIP-möte. På mötet ska aktuella aktörer, barnet och dess vårdnadshavare närvara för att gemensamt planera och fördela ansvar. Det finns en fastställd struktur om uppföljning av mötet och protokollföring (SKR 2014). Om ett barn har omfattande psykosociala behov bör kommunen och regionen utgå ifrån att det finns behov av en samordnad individuell plan (Prop. 2008/09:193).

Överenskommelse om samarbete om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet i Stockholms län

Kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm har en gemensam överenskommelse gällande samverkan kring barn i behov av särskilt stöd, BUS. 2017 fick Storsthlm och Region Stockholm uppdraget att ta fram en ny överenskommelse mellan kommunerna i i Stockholms län och Region Stockholm. Arbetet med överenskommelsen pågår när denna rapport skrivs. Syftet med överenskommelsen är att öka förutsättningar för tidiga och samordnade insatser.

⁷ Barns behov i centrum (BBIC) beskriver ett arbetssätt för socialtjänstens barn- och ungdomsvård och är anpassat efter rådande regelverk. BBIC innehåller en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av myndighetsutövningen för den sociala barn- och ungdomsvården. (Socialstyrelsen 2018).

Den ska innehålla gemensamma mål, ansvarsfördelning inför och under en placering samt inför att placeringen ska avslutas.

I Stockholms län finns även BUSSAM, som är ett beslutande forum med syfte att förvalta och utveckla samverkan kring barn i behov av särskilt stöd. I forumet ingår chefer från kommunerna och region Stockholm. I länet finns 33 lokala BUS-grupper (Storsthlm 2020).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att placerade barns hälsa är ett område där flera initiativ har tagits under de senaste åren för att bidra till ökad kunskap. Senast i oktober 2020 gav regeringen i uppdrag åt Socialstyrelsen att genomföra utvecklingsinsatser för att långsiktigt stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga ska få tillgång till en god hälso-, sjuk och tandvård och en obruten skolgång. Särskilt fokus ska läggas på psykiatrisk vård (Regeringen 2020).

TIDIGARE FORSKNING

Den kontextuella inramningen med lagar, föreskrifter och lokala samverkansavtal som presenterades i avsnittet ovan, kan till stor del förstås mot bakgrund av en kunskapsproduktion som entydigt pekar på placerade barns hälsa som ett eftersatt område. Här presenteras en översikt av befintlig forskning om vilka typer av hälsoproblem som kan uppstå för placerade barn och vad jämförelser med olika kontrollgrupper har visat. För studiens syfte har fokus framförallt lagts på svenska studier genomförda under 2000-talet.

Fysisk hälsa

Såväl rapporter som forskning visar att placerade barn och unga har sämre hälsa än genomsnittet och att hälsoundersökningar genomförs i relativt låg omfattning (Berlin mfl 2018; Viner 2005; SKR 2017). Barn som har placerats utanför det egna hemmet har hälsoproblem i högre grad än andra barn och hälsoproblemen kvarstår ofta i vuxen ålder (Berlin mfl 2018; Viner 2005). Studier från Sverige har kunnat påvisa att barn och unga som har placerats utanför det egna hemmet i lägre grad har följt de nationella vaccinationsprogrammen och genomgått hälsokontroller inom ramen för barnhälsovården (Kling 2010). I en rapport från Statens Institutionsstyrelse (Kling mfl 2016) uppgav 88% av de placerade barnen att de har hälsoproblem. Exempel på problem var ryggont, dålig syn, astma och allergi. Var tredje pojke (29%) och nästan två av tre flickor (63%) hade pågående medicinering mot någon form av fysisk ohälsa vid undersökningstillfället. Drygt två av tre ungdomar (69%) fick minst en form av psykofarmaka. Ungdomarna i rapporten efterfrågade hälsoundersökningar (a.a.) En rapport från Barnombudsmannen visar på skillnader mellan ungdomar placerade i familjehem respektive HVB. Ungdomar placerade i familjehem upplever generellt att de får sina vårdbehov tillgodosedda medan barn och unga på HVB i högre grad uppger att de nekas kontakt med hälso- och sjukvården när de själva anser sig ha behov (Barnombudsmannen 2019).

Det finns en avsaknad av forskning i Sverige som följer upp placerade barns fysiska hälsa över tid. Studier från andra länder har kunnat visa på skillnader mot befolkningen i övrigt, barn som placerats i samhällets vård har i högre grad fysiska hälsoproblem och behov av vårdinsatser (Jaudes mfl 2004). I en dansk registerstudie konstaterar forskare att unga vuxna (18-24år) som har varit placerade har en högre sannolikhet för fysiska sjukdomsdiagnoser än kontrollgruppen (Olsen RF mfl 2011).

Psykisk hälsa

I en rapport från Nordiskt välfärdscenter har författarna tittat på vad forskning säger om placerade barns psykiska hälsa (Vinnerljung mfl 2015). Den sammantagna bilden visar att placerade barn och unga har en hög förekomst av psykiska sjukdomar, ofta med en komplex symtombild och samsjuklighet. Ett exempel är en norsk studie där resultatet visar att 51% av placerade barn i skolålder uppnådde diagnoskriterier för en eller flera psykiatriska diagnoser (Lehmann mfl 2013). Ett annat exempel som nämns i rapporten är en dansk studie som innefattar 1072 placerade barn i elvaårsåldern. Med stöd av det danska Psykiatriregistret har forskarna undersökt förekomsten av psykiatriska diagnoser. I undersökningsgruppen har vart femte barn minst en psykiatrisk diagnos (Vinnerljung mfl 2015).

Förutom förekomst av psykiska ohälsa löper barn och unga som är placerade högre risk att vårdas inläggande för psykiatrisk vård, suicidförsök och suicid (Vinnerljung mfl 2014). Denna överrisk kan delvis förstås mot bakgrund att barnen befinner sig i samhällets vård och deras svårigheter därför uppmärksammas av familjehem, HVB-personal eller socialsekreterare – men tendensen att söka och få psykiatrisk vård i högre grad än befolkningen i övrigt kvarstår även i vuxen ålder när individerna själva söker hjälp (a.a.).

Både svensk och internationell forskning pekar på en överdödlighet och förhöjd suicidrisk bland individer som varit placerade utanför det egna hemmet som barn och unga (Barth & Blackwell 1998, Vinnerljung 2001 och 1995). Flera av dessa studier uppmärksammar att barn som placerats för vård utanför det egna hemmet generellt också hör till socioekonomiskt utsatta delar av befolkningen, vilket kan ha betydelse för hur resultat om överdödlighet ska tolkas. Almquist & Brännström (2019) visar genom en analys av befolkningsdata hur individer med erfarenhet av placering har mer än en tvåfaldig ökad risk för dödlighet, vilket omfattar av alla dödsorsaker. Cirka en tredjedel (31,1%) av fallen bland män och en fjärdedel (27,4%) av fallen bland kvinnor, förknippas med långsiktiga ekonomiska, arbets- och hälsorelaterade former av utsatthet. En kontrollgrupp med motsvarande socioekonomisk bakgrund, men som inte varit placerade utanför hemmet, visade liknande men svagare mönster (a.a.). Viss dödlighet kan således delvis förstås mot bakgrund av socioekonomiska omständigheter.

När det handlar om psykisk ohälsa och suicid är risken 4-5 gånger högre hos vuxna som varit placerade under sin uppväxt i jämförelse med normalbefolkningen (Vinnerljung mfl 2014). Även när hänsyn tas till socioekonomisk bakgrund och känd psykisk ohälsa hos föräldrar, kvarstår en tvåfaldig risk för de placerade barnen (a.a.). I annan svensk studie jämförs syskon i samma familj, där ett barn varit placerad utanför hemmet och det andra barnet kvar i familjen. En långvarig placering i samhällets vård tycks inte förbättra livschanserna (Brännström mfl 2020). Studiens resultat visar att syskonen som varit placerade löper större risk att begå brott, bli sjukpensionärer samt att begå självmord, jämfört med syskon som blivit kvar i föräldrahemmet (a.a.).

I rapporten från Nordiskt välfärdscenter finner vi även förslag på en rad åtgärder för att förbättra placerade barns hälsa. En åtgärd som avser placerade barns psykiska hälsa är att samtliga placerade barn och unga ska erbjudas en specialistutredning av deras psykiska hälsa vid placering och uppföljning. Ett alternativ som föreslås är åldersanpassad screening av psykisk ohälsa hos placerade barn med stöd av standardiserade skattningsinstrument. Ett förfarande som kan ge stöd att identifiera placerade barn och unga som har behov av specialiserad psykiatriskutredning och uppföljning. Detta förutsätter att det finns effektiva insatser för de barn som har behov av uppföljning och stöd (Vinnerljung mfl 2015).

Andra åtgärder som föreslås är att barnens hälsa bör systematiskt följas upp under placeringstiden. Det behöver finnas rutiner kring remisser till primärvård, barn-, skol- och tandhälsovård och specialistmottagningar. Barnet ska, om möjligt, kunna träffa samma läkare vid hälsoundersökning som vid uppföljning av hälsan under placeringens gång. För att höja kvalitén i arbetet med placerade barns hälsa rekommenderas socialtjänsten att använda sig av

ett personligt hälsokort vid placering av ett barn. Syftet med hälsokortet är att upptäcka ohälsa och säkerställa att barn får de hälso- och vårdinsatser som de behöver (a.a.)

Munhälsa

En svensk studie som analyserat tandvårdsregistret för ålderskategorin 20 till 29 år under perioden 2009–2014 konstaterar att det finns skillnader mellan befolkningen i stort och individer som varit placerade utanför det egna hemmet under lång eller kort tid när de var barn (Berlin mfl 2018). Bland vuxna som varit placerade gjordes oftare akuta tandvårdsbesök samt tandextraktioner. De hade i lägre grad besökt tandläkare för planerade kontroller. Studien visade att det finns behov av förbättrad förebyggande tandvård för placerade barn och unga utifrån att munhälsan i ung vuxen ålder återspeglar munhälsa och tandvård i barndomen (a.a.). Även SKR:s kartläggningar visar att munhälsa är ett underprioriterat område där t.ex. en av tio placerade barn och unga fick en tandvårdsundersökning i samband med placering 2017 (SKR 2017).

Det finns således en rad utmaningar i relation till placerade barn och ungas hälsa, vilket ställer höga krav på kommuner och regioner att möta den här kategorin barns behov. I en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU 2018) konstateras att färre än hälften av kommunerna som deltog i studien uppgav att de hade rutiner om undersökning av hälsa och munhälsa hos placerade barn och unga. Mot bakgrund av att det på nationell, såväl som internationell nivå, finns brister i hur placerade barns hälsa tillgodoses, föreligger ett behov av att även på lokal nivå och i dialog med praktiken öka kunskapen på området för att på sikt stärka placerade barns tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård.

_Metod

Den här rapporten består av två delstudier frågan om placerade barn och ungdomars hälsa i Stockholms län har undersökts genom aktanalys och intervjuer. Sammantaget ingick sex kommuner/stadsdelar i Stockholms län. Urvalet skedde med hjälp av uppdragsgivaren. Datainsamlingen pågick från april till november 2020.

AKTSTUDIE: GENOMGÅNG AV SOCIALTJÄNSTENS AKTER FÖR PLACERADE BARN

I den första delstudien undersöktes socialtjänstens akter för placerade barn med syfte att kvantitativt få en bild av bland annat frågeställningarna nedan.

-
- Hur dokumenteras placerade barn och ungas hälsa och kontakter med hälso- och sjukvården?
 - Hur stor andel placerade barn och unga har en dokumenterad hälsoundersökning?
 - Vilka delar (psykisk, fysisk och munhälsa) har ingått i hälsoundersökningen?
 - Vilka mönster kan identifieras kring när hälsoundersökningar genomförs och inte?
 - Hur dokumenteras samverkan, förekomsten av SIP och hur används BBIC:s stöddokument för samverkan?
-

Genomförandet av aktstudien ägde rum under våren 2020. Medarbetare på socialtjänsten ansvarade för att ta fram ett urval av akter enligt instruktioner och tillgängliggöra materialet vid avtalad tid. Socialtjänsten tillhandahöll även en arbetsplats under de dagar som akterna studerades. Kompletta akter med utskrift av journaler och övrig dokumentation samlades in. I de fall handlingar saknades, har det noterats.

Urvalet baserades på följande kriterier:

- Barn och ungdomar som har placerats under sista kvartalet av 2019
- Placeringen ska vara den första under den pågående vården
- Samtliga placeringsformer ingår (familjehem, jourhem, HVB, SiS och stödboende)

Urvalet gjordes brett för att inte utesluta några situationer och för att få en helhetsbild. Det breda urvalet innebär dock att nya placeringar i jourhem som varat under kort tid (några få dagar – mindre än en månad) också ingår i urvalet. Det innebär att slutresultatet, exempelvis hur stor andel av de placerade barnen som genomgått en hälsoundersökning, kan framstå som lägre än väntat. Vidare blev urvalet i praktiken inte enbart nya placeringar, då det visade sig svårt att dra en skiljelinje i vissa ärenden. Ett exempel är när LVU i hemmet följts av institutionsplacering, men även har föregåtts av placering. I och med att hela akter studerats och akterna innehållit dokumentation även bakåt, har det i vissa fall gått att notera att exempelvis en läkarundersökning enligt LVU genomförts tidigare i vården. Ärenden där det varit flertal sammanbrott i placeringar har generellt varit mer otydliga i dokumentationen av hälso- och sjukvårdskontakter. Oavsett dessa eventuella felkällor är granskningen baserad på ett rikt material med information om olika ärendetyper och socialtjänstens handläggning av dessa.

Urvalskriteriet att barnet placerats utanför hemmet under 2019 års sista kvartal syftar till att uppnå ett för studien relevant antal akter samt att placeringarna ska ha ägt rum efter den nya lagstiftningen från 2017. Med utgångspunkt i tidigare studier med liknande upplägg bedömdes att 100-150 akter kan vara ett relevant antal (Kling 2010, Kling 2015). Detta för att öka tillförlitligheten och resultatets överförbarhet. I den här typen av studier, där det empiriska underlaget är situationsbundet och består ett begränsat urval, är generaliserbarhet inte möjligt att nå i bemärkelsen att resultat kan göras giltigt för ett större sammanhang än det studerade (Larsson 2009). Däremot menar vi att de mönster som kan identifieras genom det befintliga underlaget har relevans för andra liknande situationer, såsom andra placeringar än de studerade i andra kommuner i regionen eller i landet. Urvalet har gjorts på ett sätt som fångar in variationer, både vad gäller val av kommuner/stadsdelar och val av akter, för att på så vis öka resultatets överförbarhet.

- 123 akter
- Fyra kommuner och två stadsdelar
- Placeringar enligt SoL och LVU, inklusive ensamkommande barn och unga

Det är totalt 123 akter som har granskats i fyra kommuner och två stadsdelar. I de flesta fall rör det sig om 20-30 akter per kommun, med undantag för en kommun där endast sju akter stämde in på urvalskriterierna. Kommunerna är samtliga belägna i Stockholms län, från norr till söder och med något olika demografi, vilket ger ett varierat underlag.

Granskningen är genomförd manuellt med fysiska akter. Insamlad data har fyllts i analysverktyget Proofx varifrån tabeller genererats. Data används i första hand deskriptivt, för att beskriva nuläget i Stockholms län utifrån studiens frågeställningar.

INTERVJUSTUDIE: INTERVJUER MED MEDARBETARE I SOCIALTJÄNSTEN

Som en fördjupning av resultatet i aktstudien genomfördes telefonintervjuer med medarbetare i samtliga sex kommuner/stadsdelar. Sammantaget gjordes tretton intervjuer, varav sju var med socialsekreterare och sex med enhetschefer eller biträdande enhetschefer på utrednings- eller placeringsenheter på socialtjänsten.

Syftet med telefonintervjuerna var att följa upp resultaten från aktstudien och fånga upp praktikens erfarenheter av arbete med placerade barn och ungas hälsa och samarbete mellan socialtjänsten och hälso-, sjuk- och tandvård. Denna del av studien tar avstamp i följande frågeställningar:

-
- Hur beskriver socialtjänstens medarbetare samarbetet mellan kommun och region vid placering av barn och unga?
 - Vilka hinder tas upp och hur förklaras dessa?
 - Vad beskrivs som avgörande faktorer för god samverkan – vilka exempel på fungerande samarbeten kan identifieras?
-

Samma sex kommuner/stadsdelar som ingick i aktstudien erbjöds deltagande i den efterföljande intervjustudien och samtliga tackade ja till att delta. Kommunerna/stadsdelarna fick ett informationsbrev om studien och uppmanades att tillfråga en enhetschef eller motsvarande samt en socialsekreterare. Intervjuerna genomfördes under perioden oktober-november 2020.

Kriterier för deltagande var följande:

- Att deltagaren arbetar med myndighetsövning som avser placerade barn och unga.
- Att samverkan med hälso-, sjuk- och tandvård ingår i arbetsuppgifterna.

Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes individuellt via telefon. Tonvikten har varit på öppna frågeformuleringar där deltagaren ges utrymme att reflektera och bidra med information som deltagaren anser är relevant (Kvale 1997). Följdfrågor har ställts vid behov. Vi har även inkluderat ja/nej-frågor som gör att delar av resultatet liknar enkätintervju (a.a.). Fördelen med kombinationen är att resultatet både genererar kvantifierbara data som att X antal av Y deltagare har en viss erfarenhet och kvalitativ data som kan användas för att ge en djupare förståelse för hur ett fenomen kan komma till uttryck och erfaras. Intervjuguiden har elva frågor och sex underfrågor (se bilaga 3). Varje intervju varade mellan 30-45 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades i sin helhet. En ambition fanns att även inkludera professionella från hälso-, sjuk- samt tandvård för att få en mer mångfacetterad bild av situationen. Region Stockholm fick en förfrågan om deltagande och tackade nej med anledning av Coronapandemin.

En tematisk analys av samtliga transkriptioner har genomförts. Materialet har lästs och kodats genom gemensam reflektion. Utkristalliseringen av teman kan ses som en process som pågår under hela analysarbetet. Både projektets syfte och tidigare forskning har varit vägledande genom att en inledande kodningsram upprättats utifrån dels typ av vård (somatisk, psykiatrisk och tandvård) och dels domänerna; hinder och möjligheter. Med denna grovindelning av materialet har sedan respektive intersektion analyserats utifrån teman såsom organisation, ekonomi, kunskap och ansvar.

Redan vid en initial genomläsning av transkriptionerna noterades en övervikt på utsagor om placerade barns psykiska hälsa och socialtjänstens samarbete med den barn- och ungdomspsykiatriska specialistvården (BUP). I presentationen av intervjustudien kommer därför större vikt att läggas vid den delen av samverkansfrågan. Exempelvis diskuteras SIP-möten inom ramen för samverkan mellan BUP och socialtjänsten, även om formatet i sig kan vara aktuellt även vid andra insatser.

RESULTATETS TILLFÖRLITLIGHET

I Stockholmsregionen, där 26 kommuner ingår, fick 5100 barn och unga någon gång under 2019 en insats från socialtjänsten i form av heldygnsplacering (Socialstyrelsen statistik). Ett urval om fyra kommuner och två stadsdelar samt 123 individuella ärenden ger utifrån studiens syfte och omfattning en rimlig datamängd. Dock finns olikheter på lokal nivå, exempelvis skillnader kommuner emellan vad gäller arbete med rutiner och implementering samt skillnader i erfarenheter beroende på medarbetarna och beroende på antalet placeringar som görs per år och per socialsekreterare. Variationerna kan bli svårare att identifiera ju mindre det empiriska materialet är. Ett urval riskerar alltid att utesluta vissa erfarenheter. Med en förståelse för hur lokala variationer kan forma det sociala arbetets praktik, finns det delar i materialet där samstämmigheten visar att det sannolikt handlar om mer generella erfarenheter.

En försvårande omständighet i aktstudien visade sig vara avsaknaden av systematik i dokumentationen av barns hälsa i allmänhet och hälsoundersökningar i synnerhet. I och med att det sker en begreppssammanblandning i akterna kring vad som är en hälsoundersökning, läkarundersökning eller en hälsoundersökning för asylsökande, har det i vissa fall varit oklart vilken typ av undersökning det rört sig om.

Ytterligare en osäkerhetskälla i aktstudien är de ärenden där det saknats dokumentation. Att dokumentation saknats är inte liktydigt med att en hälsoundersökning inte genomförts. Detta påpekas i resultatpresentationen och är viktigt att beakta.

Intervjustudien består av intervjuer med medarbetare i socialtjänsten. Som i all kvalitativ forskning är syftet inte generaliserbarhet, utan att skapa en förståelse för processer och fenomen – i det här fallet, att ge en bild av socialtjänstens arbete med placerade barn och ungas hälsa. I resultatredovisningen har vår ambition varit att ge plats åt citat, för att visa på den variation av erfarenheter som ryms i verksamheterna. Dessa utsagor är i sig inte rapportens slutsatser och ska inte ses som sådana, utan som de medverkande professionellas beskrivningar av sitt arbete.

ETISKA ASPEKTER OCH METODDISKUSSION

Under arbetet med rapporten har hänsyn tagits till vetenskapsrådets riktlinjer för etisk forskning (Vetenskapsrådet 2002). Det innebär bland annat att såväl aktstudie som intervjustudie har genomförts med vetenskaplig grund med hänsyn till de etiska aspekter som ett känsligt material kräver. Kommunerna har informerats om studiens syfte och metod, vid intervjuer har både skriftlig och muntlig information lämnats om studiens ramar, anonymitet och möjligheten att avbryta deltagandet (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460). Ansvarig forskare har på begäran undertecknat sekretessavtal med respektive kommun för att ta del av aktmaterialet. I de fall intervjupersoner lämnat exempel från ärendehandläggning, hanteras det med respekt för individer på så sätt att ingen detaljerad information om enskilda klienter redogörs för. Vid extern transkribering har ljudfiler döpts till siffror för att aidentifiera deltagarna. I presentationen refereras deltagaren till "socialsekreterare" eller "enhetschef" utan koppling till ort eller detaljer som arbetslivserfarenhet eller typ av tjänst. I redovisningen finns citat, i vissa fall modifierade för läsbarhet eller aidentifieringens skull. Endast yrkesroll, som "socialsekreterare" och "enhetschef" skrivs ut. Även familjehemssekreterare citeras som "socialsekreterare" i syfte att aidentifiera. Citaten som återges är personernas egen utsago, men för rapporten som helhet tar forskare och utredare ansvar.

Forskningsetik kan dock inte reduceras till en checklista som fokuserar på informationsbrev och aidentifiering, utan är mycket mer omfattande (Bilger & Van Liempt 2009). Forskare bär ansvar för kunskapen som produceras och vilka konsekvenser den kan få, eftersom varje rapport av det här slaget kan bidra till att bekräfta problemformuleringar, befästa föreställningar eller skapa nya perspektiv. I arbetet med rapporten har ambitionen således varit relationell etik, vilket handlar om att ingå i ett partnerskap med sina deltagare, att få information, ge tillbaka, lära sig och lära andra (Kaukko mfl 2017). Innan Coronapandemin var ett faktum fanns idén om att arbeta med fokusgrupper och analysseminarium tillsammans med de professionella. Istället har vi använt telefonintervjun som en möjlighet, inte bara för oss som forskare att ta del av praktikens erfarenheter, utan också att ge professionella en möjlighet att reflektera kring resultaten från aktstudien. På så sätt har intervjudeltagarna varit delaktiga i ett inledande analysarbete, vilket tillför ett mervärde genom att deras kunskap och erfarenheter tas till vara.

RESULTATREDOVISNINGENS DISPOSITION

Varje delstudie redovisas separat med en sammanfattande avslutning, följt av en gemensam behovsanalys i slutet av rapporten. Resultaten redovisas med utgångspunkt i följande teman: hälsoundersökningar och placerade barns hälsa, samarbete och samverkan mellan socialtjänst och hälso-, sjuk- och tandvård samt specifikt om samarbete med BUP med fokus på SIP.

Aktstudien presenteras genom löpande text med tabeller och diagram. Intervjustudien presenteras genom citat från telefonintervjuer under respektive rubrik samt en förklarande text. Efter resultatredovisningen följer en behovsanalys och förslag på åtgärder.

_Aktstudie

Resultatet av aktstudien visar på en variation av tillvägagångssätt för bedömning och uppföljning av placerade barns hälsa. I flera ärenden är det svårt att följa dokumentationen och det saknas ett enhetligt sätt att dokumentera. Barns hälsa synliggörs i akterna genom olika typer av kommunikation mellan socialtjänst och hälso-, sjuk- och tandvård samt genom socialtjänstens inhämtande av utlåtanden och journalkopior under utredning. Däremot kan det konstateras att hälsoundersökningar som utöver fysisk hälsa även omfattar munhälsa och psykisk hälsa är få vid nya placeringar. Studien bekräftar tidigare forskning som visar att andelen läkarundersökningar enligt LVU är väsentligt högre än hälsoundersökningar vid placering enligt SoL.

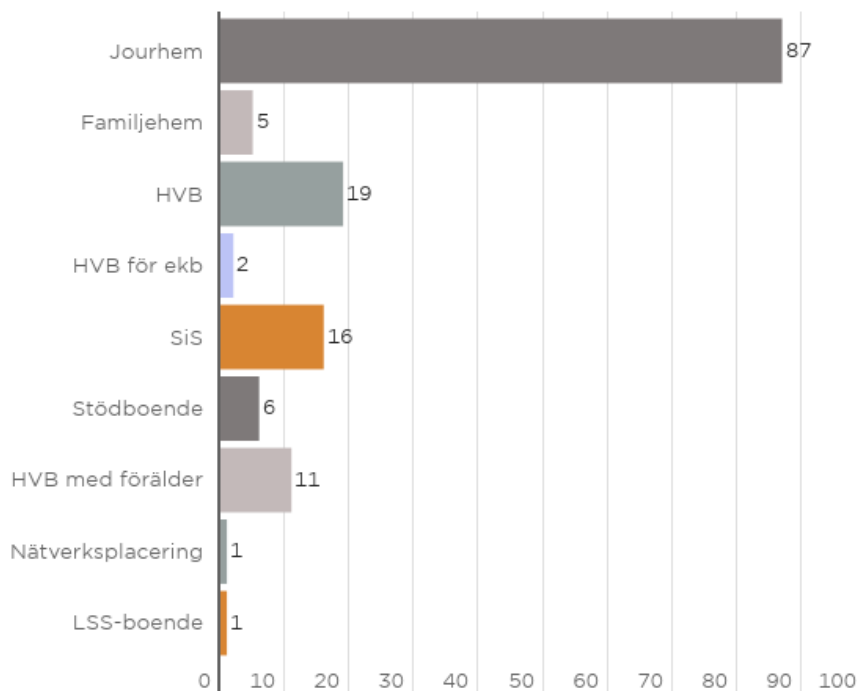
OM BARNEN OCH DERAS AKTER

De 123 akterna tillhörande barn födda mellan år 2001 och 2018 består till stor del av placeringar som varat längre än sex månader (39%). Den vanligaste placeringsformen är jourhem, som förekommer i 87 av 123 ärenden. Det är viktigt att notera att många jourhemsplaceringar övergår till en stadigvarande placeringsform. Det finns dock en variation vad gäller placeringstid och resultaten bör tolkas med beaktande av att 23% av placeringarna varade kortare tid än 3 månader och att avslutningsdatum inte framgår i 8% av ärendena. Könsfördelningen är förhållandevis jämn med 45% flickor, 54% pojkar och 0,8% annan könsidentitet.

Placeringsformer och grund för placering

Den mest förekommande grunden för placering är omsorgsbrist, och att barn utsätts för och/eller bevittnar våld i hemmet. Bland de svårigheter som har dokumenterats om barnets föräldrar nämns såväl fysisk som psykisk ohälsa, risk/missbruk samt att föräldern är häktad eller avtjänar fängelsestraff. I över en tredjedel av ärendena beskrivs inga specifika svårigheter hos föräldrarna och i ytterligare 17% saknas information om vårdnadshavarna. I de fall det handlar om barnets egna svårigheter är det psykiska-, neuropsykiatriska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar och/eller normbrytande och/eller kriminellt beteende de vanligaste skälen till placering. Även långvarig sjukdom, skolrelaterad problematik och andra riskbeteenden är dokumenterade. Ofta finns en samvariation mellan barnets svårigheter, föräldrarnas svårigheter och omsorgsbrist i hemmet. I ungefär hälften av alla ärenden har barnet inga egna svårigheter, utöver de omsorgsbrister som har dokumenterats.

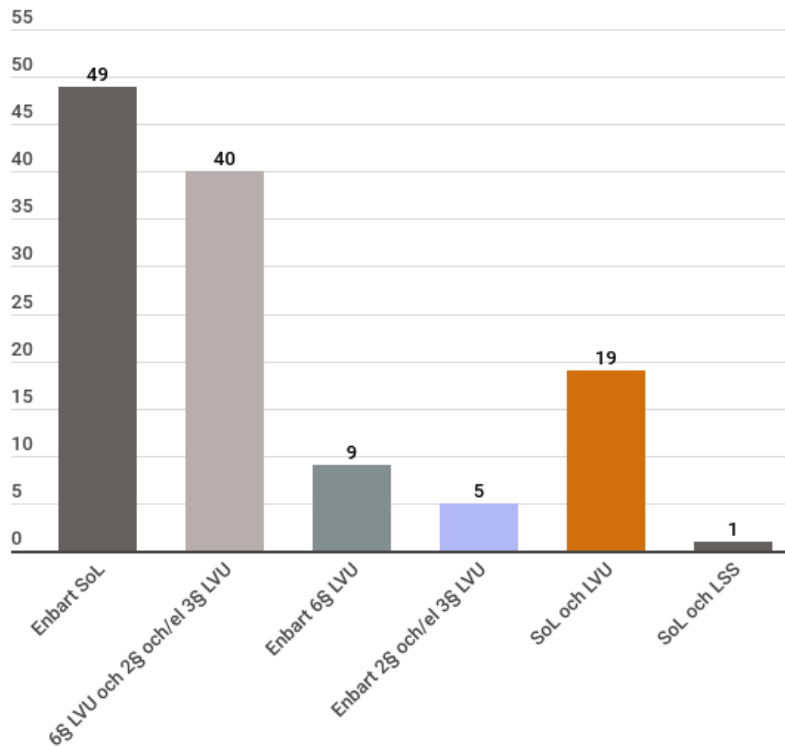
Tabell 2: Placeringsform



Som tabellen ovan indikerar, finns det en rad olika placeringsformer där barnen bereds vård. I 17 ärenden förekommer mer än en placeringsform för samma barn. Det kan exempelvis vara jourhemsplacering som övergår i familjehemsvård eller placering på HVB men också HVB som övergår till SiS eller tvärtom samt samplacering med föräldrar som övergår i en placering av endast barnet. Utifrån frågeställningen om placerade barns hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård generellt samt hälsoundersökningar i synnerhet, visas att det finns skillnader beroende på placeringsform. För de familjehemsplacerade barnen och unga saknas dokumentation om hälsoundersökning i 80% av akterna (4 av 5). Av de hvb-placerade barnen och unga är motsvarande siffra 42% (8 av 9). För barn och unga placerade på SiS finns dokumentation av någon form av hälsoundersökning samtliga ärenden, även om det i 31% inte framgår vad undersökningen innehållit. Här tror vi att både lagrum för placering och långsiktighet i vårdplaneringen spelar in – jourhemsplaceringar är tänkta som kortvariga placeringar även om de i praktiken kan bli förlängda.

En fördjupning i vilket lagrum som har använts för placeringen är således relevant för att förstå den dokumentation om barnets hälsa som återfinns i akten. Vid kartläggningen noteras att 56% av barnen placerats enligt SoL, alltså i en frivillig placering med samtycke från vårdnadshavare och barnet själv (om över 15 år). Det kan också konstateras att 57% av ärendena innefattar tvångsvård enligt LVU, antingen genom omedelbart omhändertagande enligt LVU 6§ eller en mer långvarig vård beslutad av förvaltningsrätten enligt LVU 2§ och/eller 3§.

Tabell 3. Lagrum för placeringen



Tabellen ovan visar att placeringar enligt SoL är mest förekommande, tätt följt av placeringar som sker inom ramen för LVU. Ett fåtal ärenden är enbart omedelbara omhändertaganden enligt 6§ LVU som inte övergår i mer långvarig vård, antingen enligt SoL (i den orangea kolumnen) eller genom fortsatt LVU (i den ljuslila kolumnen). Ännu mer sällan sker att barn som inte varit aktuella för placering tidigare placeras enligt 2§ och/eller 3§ LVU. Det kan även noteras att det i flera fall sker en överlappning mellan olika lagrum, exempelvis att barnet först placeras med samtycke enligt SoL, för att vården senare övergår till LVU, eller tvärtom, att det som initialt är tvångsvård övergår i en SoL-placering. I ett ärende har en placering enligt Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) (SFS 1993:387) samfinansierats av barn- och ungdomsenheten och LSS-enhet. Vad den här tabellen säger oss är att den relativt höga andel LVU-ärenden kan påverka resultatet utifrån att det möjligtvis finns mer väletablerade rutiner för läkarundersökningar i samband med framställan av LVU-ärenden till förvaltningsrätten. I följande stycke redogörs för sambandet mellan lagrum för placeringen och dokumentation av hälsoundersökning och läkarundersökning.

PLACERADE BARNES HÄLSA

Urvalet innefattar både barn som har placerats av socialtjänsten på grund av bristande omsorg i hemmet/egget beteende och barn som har anlänt till Sverige som asylsökande utan medföljande vårdnadshavare, s.k. ensamkommande barn. Av barnen i urvalet kategoriserades 8% som ensamkommande barn.

Läkarundersökning enligt 32 § LVU

Som tabell 3 på föregående sida illustrerar, finns det en variation av lagrum och kombination av dessa. Av 123 ärenden har det i 42 fall fattats beslut om vård enligt 2§ LVU, i 21 fall beslut om vård enligt 3§ samt 65 beslut om omedelbart omhändertagande enligt 6§ LVU. I flera ärenden inleds vården med ett omedelbart omhändertagande för att sedan övergå till vård enligt 2§ eller 3§ LVU. I vissa fall sker vården enligt både 2§ LVU och 3§ LVU. Komplexiteten i ärendena innebär att det är svårt att göra en renodlad presentation per beslutsgrund. Emellertid kan vissa mönster utrönas trots överlappningar. Ett exempel är läkarundersökningar i samband med att ett barn placeras enligt LVU; i datainsamlingen har förekomsten av läkarundersökningar studerats i samtliga ärenden där beslut om LVU fattats (samtliga tre paragrafer). I akterna finns dokumenterat att 60% av de barn som har placerats enligt LVU har genomgått en läkarundersökning (n: 42 av 70).

Dokumentation av läkarundersökning i LVU-ärenden.

I 11 LVU-ärenden saknas dokumentation om läkarundersökning har genomförts eller inte.

I 17 LVU-ärenden har det dokumenterats att läkarundersökning inte genomförts.

Långa väntetider hos vårdcentraler, korta placeringar och omständigheter vid placering anges som förklaring.

I 65 akter (52% av samtliga 123) förekom omedelbara omhändertaganden enligt LVU. Flera av dessa gick inte vidare till stadigvarande vård enligt LVU, men i 42 ärenden genomfördes placeringar enligt 2§ LVU respektive 21 ärenden enligt 3§ LVU – dock föregicks inte alla av omedelbara omhändertaganden (se tabell 3).

I elva av akterna som avser vård enligt LV saknas dokumentation om läkarundersökning av barnet. Det kan både handla om avsaknad av dokumentation och bristfällig sådan, exempelvis att det står i journalutskrift att en läkartid är bokad, men att resultatet eller utlåtandet inte återfinns i akten. I dessa akter går det inte att säga att en läkarundersökning är genomförd.

I 17 av 70 (24%) LVU-ärenden har läkarundersökning inte genomförts. Det innebär att det uttryckligen dokumenterats, exempelvis genom att förvaltningsrätten har underrättats om kommande komplettering eller att en journalanteckning innehåller dokumentation om att läkarundersökningen inte är genomförd. Ofta hänger orsaken ihop med omständigheterna för placeringen, exempelvis ungdomar som håller sig undan, läkartider som har missats eller krissituationer som inneburit att en läkarundersökning inte prioriterats.

I vissa fall är det dokumenterat att långa väntetider har gjort att beslut om LVU inte har kunnat avvakta att barnet ska genomgå en läkarundersökning. I vissa ärenden har placeringen varit under sådan kort tid att en läkarundersökning inte blivit aktuell.

Bland de ärenden som skett enligt LVU och är längre än sex månader, har de allra flesta barn genomgått en läkarundersökning enligt LVU (30 av 34). I fyra av dessa ärenden saknas dokumentation helt eller finns dokumenterat att en hälsundersökning inte har kunnat genomföras (exempelvis med motiveringar enligt ovan).

Hälsundersökningar av placerade barn och hälsundersökning av asylsökande

I ungefär hälften av akterna saknas dokumentation om barnet har fått den hälsundersökning som samtliga placerade barn och unga ska erbjudas. Det finns inget systematiskt sätt att dokumentera genomförandet av hälsundersökningar som är gemensamt för alla kommuner. Innehållet i akterna skiftar och genomgången har inneburit ett sökande i olika delar av utredningsdokument, journaler, inkomna handlingar och vård- och genomförandeplaner. Uppgifterna i det här stycket är baserade på ett manuellt sökande som gjorts i akterna. Trots tydliga instruktioner om vad akterna skulle innehålla, saknades exempelvis journalutskrift i flera fall, och i andra ärenden saknades andra dokument. Underlaget är den dokumentation som finns i barnets akt hos socialtjänsten och därmed endast en del av en större bild. Det kan inte med säkerhet sägas att hälsundersökningar inte har genomförts enbart baserat på avsaknad av dokumentation. Men utifrån det befintliga underlaget kan det konstateras att i 64 av 123 (52%) akter saknas det dokumentation om hälsundersökning av något slag – inklusive läkarundersökning enligt LVU och hälsundersökning av asylsökande. Det är sannolikt att de flesta av dessa barn inte har hälsundersökts.

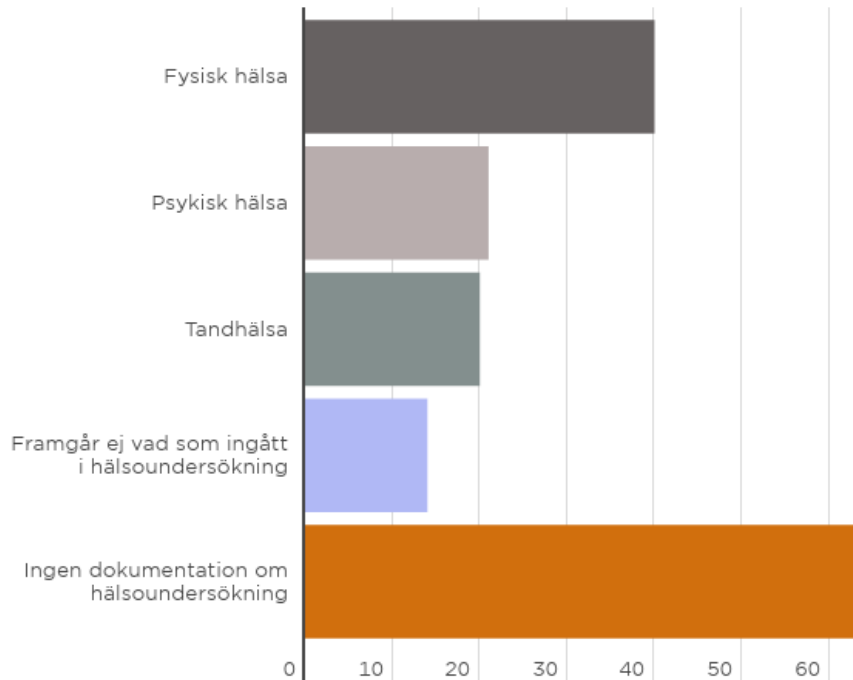
Av de tio ensamkommande barnen och ungdomarna finns det dokumenterat i fyra akter att de genomgått hälsundersökning för asylsökande. Det innebär att om läkarundersökning enligt LVU och hälsundersökning för asylsökande undantas, har ungefär en femtedel av barnen som har placerats enligt SoL fått en hälsundersökning. Samtliga siffror ska läsas med försiktighet och kan förstås som en indikation. Den senaste nationella statistiken visar dock på att andelen placerade barn och unga som hälsundersöks är 48% och då undantas ensamkommande barn, som generellt höjer resultatet (SKR 2020 kommande). Resultatet i vår studie ligger således i linje med SKR:s resultat. I 52% av aktern saknas dokumentation om någon form läkar- och hälsundersökning, således finner vi någon form av dokumentation om hälsundersökning i 48% av de undersökta akterna.

Hälsundersökningens tre delar

I samband med lagändringen 2017 tydliggjordes vad en hälsundersökning ska innehålla. En hälsundersökning ska numera innehålla tre delar, fysisk- och psykisk och oral hälsa. Tabellen nedan visar att det moment som är mest förekommande är fysisk hälsa. I ärenden där oral hälsa har undersökts har det i enstaka fall skett hos tandvården, oftast sker det genom att allmänläkare vid vårdcentral som gjort en övergripande kontroll. Den sista stapeln i tabellen visar andelen akter utan dokumentation om hälsundersökning och omfattar 64 barn.

Ytterligare en omständighet som kan påverka resultatet är att jourhemsplaceringar har inkluderats i undersökningen. I urvalet pågick 26 placeringar kortare tid än 3 månader.

Tabell 4: Hälsoundersökningens innehåll



Dokumentationen skiljer sig i akterna beroende på om det är en hälsoundersökning eller en läkarundersökning enligt LVU som har genomförts. I det senare fallet finns ofta läkarutlåtandet i akten, medan det varierar om och hur en hälsoundersökning har dokumenterats. Även i de ärenden där det framgår att en hälsoundersökning har genomförts saknas oftast skriftliga utlåtanden från hälso- och sjukvården. Att en hälsoundersökning har genomförts har istället dokumenterats på andra sätt, exempelvis genom en journalanteckning, mailkopior, journaler från vårdgivare eller annan dokumentation. Resultatet visar att den fysiska hälsan är den mest förekommande delen i hälsoundersökningen.

Begreppssammanblandning och svårigheter i samverkan

Vid genomgången av akter noteras att dokumentationen av läkarundersökningar enligt LVU och inom ramen för asylhälsa överlappar dokumentation av hälsoundersökningar och det sker en begreppssammanblandning som i vissa fall gör det svårt att utröna vilken typ av undersökning det rör sig om. I vissa fall är den enda dokumenterade undersökningen ett samtal/undersökning genomförd av en sjuksköterska på Barnahus, vilket beskrivs som en hälsoundersökning men utlåtandet beskriver enbart eventuellt våld mot barnet

I dokumentationen finner vi beskrivningar om varför en hälsoundersökning eller läkarundersökning inte har genomförts.

Exempel 1

Jourhemmet har försökt att boka tid för läkarundersökning enligt LVU, men vårdcentralen har begärt att socialsekreterare ska göra tidsbokningen istället. Det finns journalfört att tidsbokning är gjord, men det saknas information om läkarundersökningen har genomfört.

Exempel 2

Ensamkommande barn som har varit placerad i kommunen sedan 2015. Det finns ingen dokumentation om hälsoundersökning i samband med placeringen. Däremot framgår det att god man har fått uppdrag att boka en hälsoundersökning. Ungdomen har kontakt med elevhälsan utifrån sömnbesvär. Ärendet avslutas då ungdomen blir myndig.

Exempel 3

Begäran om läkarundersökning enligt LVU återsänds av läkare till socialsekreterare med anledning av att barnets personnummer har tillfälliga fyra sista siffror. Läkaren ”önskar veta vad som är syftet med undersökningen”. Ungdomen uteblir från ny läkartid. Jourhemmet bokar enligt journalutskrift både läkartid och tandläkartid. I förvaltningsrätten meddelar kommunen att utredningen kommer att kompletteras med läkarutlåtande.

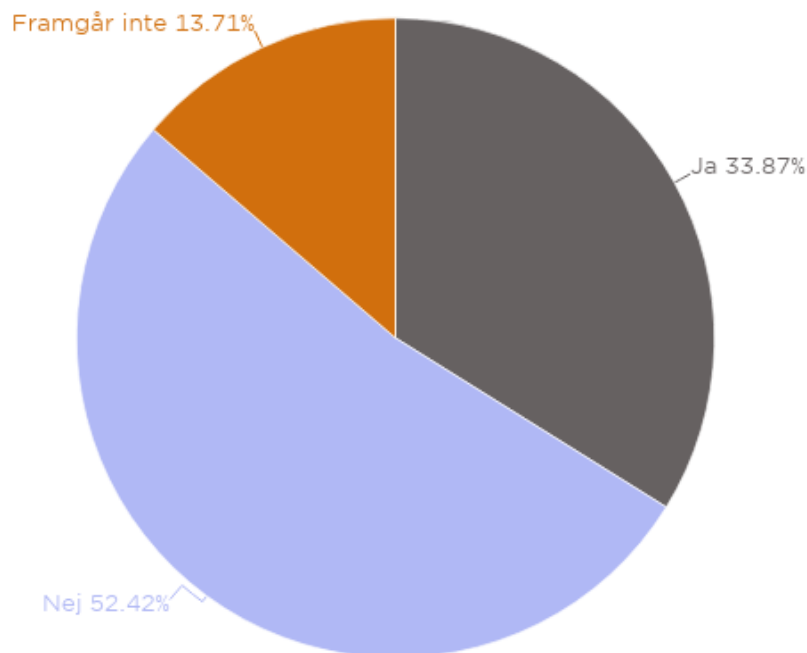
De tre situationer som beskrivs ovan har möjligtvis en hög igenkänning för yrkesverksamma, såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Steget från ett planerat läkarbesök till att det genomförs kan medföra flera hinder på vägen. Exempel ett och tre belyser att det ibland kan råda oklarheter om vem som har mandat att initiera en tidsbokning och kunskap om vad en läkarundersökning enligt LVU är. Av den variationen i utformandet av läkarutlåtanden går det också att dra slutsatsen att medarbetare i regionen hanterar uppdraget olika – från att endast konstatera att hinder för vård inte föreligger till flersidiga utlåtanden om olika aspekter av barnets hälsa.

För att genomföra hälsoundersökningar krävs att socialtjänstens samverkar med externa aktörer från regionen eller SiS, som har egna läkare. Vilken aktör som blir aktuell för samverkan beror på var barnet är placerat. Exempelvis är två läkarutlåtanden enligt LVU utfärdade av läkare på SiS när barnet placerats där, medan barn i jourhem/familjehem/HVB/stödboende undersöks av läkare på vårdcentral eller på en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM). 30 av barnen har placerats utanför Stockholms län, vilket har krävt samverkan med andra regioner.

HÄLSOUNDERSÖKNINGENS RESULTAT OCH BARNETS BEHOV

Hur hälsundersökningar dokumenteras är relevant utifrån möjligheten till systematisk uppföljning såväl som hur hälsundersökningens resultat kan användas i fortsatt planering av barnets vård. Dokumentationen av ett barns läkarundersökning enligt LVU följer i stort sett ett mönster, även om variationer finns. Utlåtandet är på en eller ett fåtal sidor, skrivet av läkare. Det varierar mer om och hur en hälsundersökning har dokumenterats. Här finns olika sätt att dokumentera resultatet, men också en starkare tendens till att dokumentationen brister.

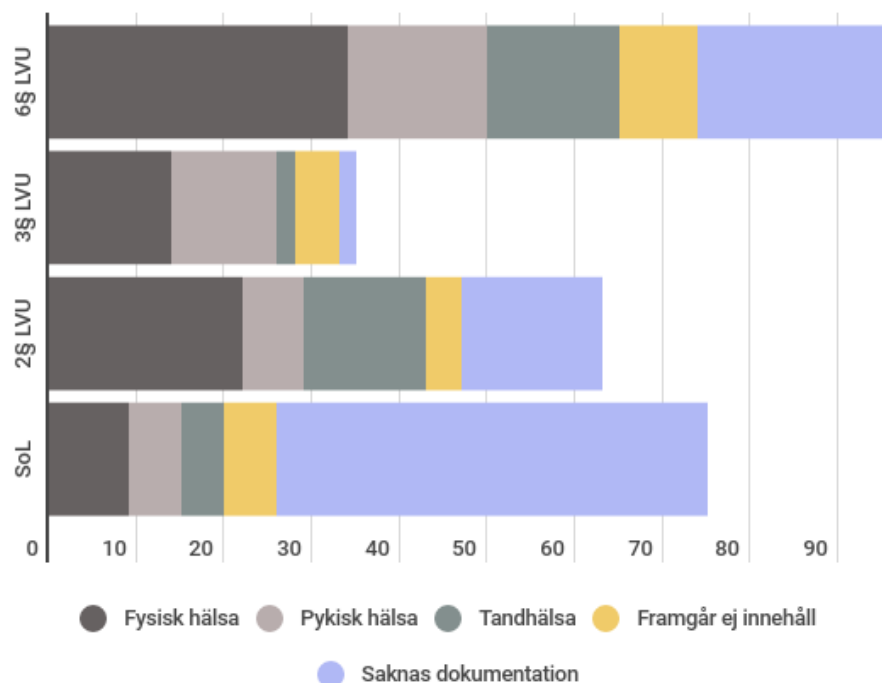
Tabell 5: Hälsundersökningens resultat (diagnos, vårdbehov etc.)



I cirkeldiagrammet flyter svaren i kategorierna "nej" (ljusblå) och "framgår inte" (orange) delvis ihop. Med nej menas att det saknas dokumentation om hälsundersökningens resultat. Det inkluderar alltså även ärenden där det sannolikt inte gjorts någon hälsundersökning. Med "framgår inte" menas att det är svårt att bedöma om det finns dokumentation eller inte, exempelvis om finns dokumenterat att barnet har genomgått en undersökning men själva utlåtandet saknas i akten. I praktiken kan de två tårtbitarna tolkas som liktydiga – att det inte finns dokumentation eller att den är så bristfällig att det inte går att tyda resultatet. I begreppet hälsundersökning inkluderas här både läkarundersökning enligt LVU, hälsundersökning för placerade barn och unga och hälsundersökning för asylsökande.

Det är i regel socialtjänsten som initierar hälsundersökningen och antingen bokar tid eller ger familjehemmet eller personal på HVB i uppdrag att boka tid för hälsundersökning. I dokumentation ser vi inte någon dokumentation om att socialtjänsten enbart har underrättat hälso- och sjukvården och informerat att ett barn har placerats varav hälso- och sjukvården har erbjudit barnet en hälsundersökning.

Tabell 6. Hälsoundersökningens innehåll (inkluderar läkarundersökningar och asykhälsa)



Som tabellen ovan illustrerar, skiljer sig dokumentationen och innehållet i hälsoundersökningarna åt beroende av om barnet har placerats enligt SoL eller LVU. Här ska det noteras att samma barn kan ha placerats inom ramen för olika lagar. Oavsett eventuella överlappningar, visar resultatet att de barn som har placerats enligt SoL i högre grad saknar dokumentation om hälsoundersökningar. Gemensamt, oavsett lagrum, är att fysisk hälsa är del som oftast ingår i en hälsoundersökning. Psykisk hälsa och munhälsa förekommer i olika grad. Några akter har dokumentation om att en hälsoundersökning genomförts utan att det finns ett utlåtande eller annat förtydligande av undersökningens innehåll.

Munhälsa

Hälso- och läkarundersökningar, oavsett lagrum, har övervägande genomförts på vårdcentraler och BUMM. I akterna lyser uppgifter om barns behov av tandvård och tandstatus med sin frånvaro. Som tabell 2 på sidan 23 visar, ingår munhälsa till viss mån i hälsoundersökningarna hos BUMM eller på vårdcentralen. Endast i enstaka fall har barnet varit på undersökning hos tandläkare inom ramen för en hälsoundersökning. Det mest förekommande är att allmänläkare eller barnläkare gjort en övergripande kontroll och eventuellt noterat behov av besök hos tandläkare.

Psykisk hälsa

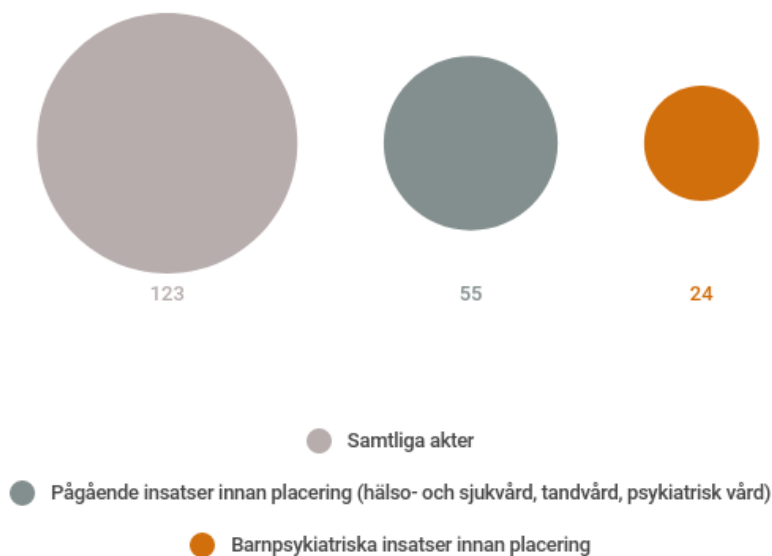
Psykisk hälsa undersöks i regel på samma sätt som munhälsa, med övergripande frågor/observationer hos allmänläkare. Barn som inte redan har en kontakt med BUP genomgår i regel inte någon mer omfattande undersökning av sin psykiska hälsa i samband med placering. Undantaget är barn och unga som placeras med syftet att genomgå en

psykiatrisk utredning, exempelvis gällande neuropsykiatriska diagnoser, psykiatriska tillstånd eller anknytning till föräldrar. Även i dessa placeringar saknas en bedömning av psykisk hälsa inför eller i samband med placeringen. Istället blir det två separata förfaranden där exempelvis en neuropsykiatrisk utredning snarare blir placeringens utfall än förutsättning.

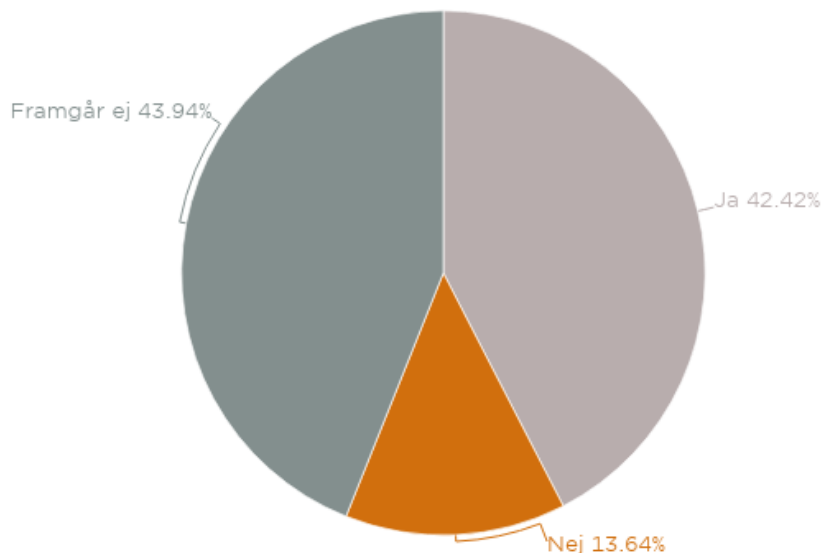
BARN OCH UNGA MED PÅGÅENDE VÅRDINSATSER

En frågeställning i aktstudien är om/hur vårdinsatser från hälso-, sjuk- och tandvården som har påbörjats före placeringen har fortlöpt. Som vårdinsats räknas behandling eller kontakt som är utöver den ordinarie barnhälsovård och tandvården som alla barn omfattas av. Det gäller således kontakter med sjukvården utifrån somatiska sjukdomar, sjukgymnastik, beroendevård, frågor om näring och tillväxt där barnet haft en pågående utredning/behandling, kontakter med tandregleringen utöver rutinkontroller för munhälsa och pågående behandling eller utredning inom barn- och ungdomspsykiatri. I de akter där kontakten med BVC beskrivits utifrån aktualiserad oro eller förtätad kontakt, har även det inkluderats. Det har då gällt barn under 5 år i situationer där det varit svårt med gränsdragning i frågan om vad som är att betrakta som en behandling eller insats utifrån dokumentationen i akterna.

Tabell 6. Har barnet en pågående vårdkontakt/behandling vid tiden för placeringen?



Tabell 7. Om pågående behandling finns innan placering, har den fortlöpt under placeringen eller finns sådan planering dokumenterad?

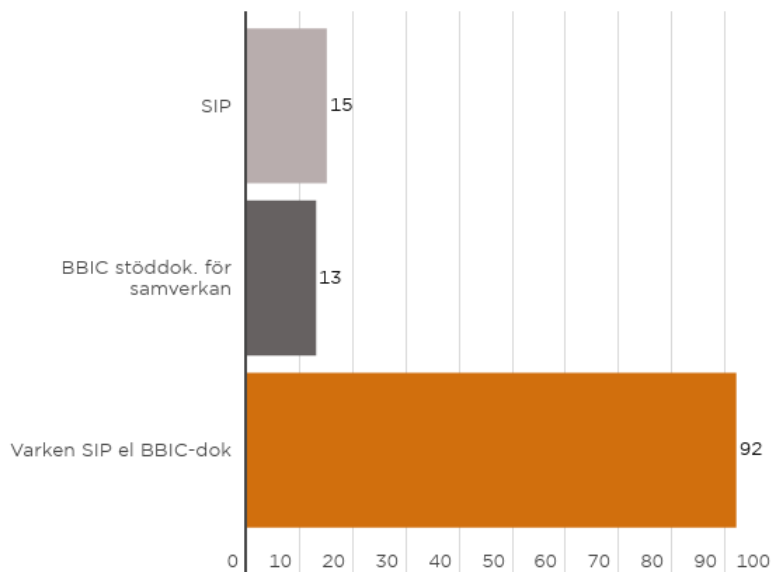


Materialet visar på en variation vad gäller insatsernas förlängning eller avbrott. I och med att ett stort antal barn har placerats i Stockholmsregionen har vårdinsatser fortlöpt i många av de placeringarna. I de fall där vården har övergått till annan aktör har det exempelvis handlat om placeringar på HVB där motsvarande insatser har ingått i behandlingen, men även överföring från en BUP-mottagning till en annan. I vissa fall har BUP bedömt att behandling inte kan ges med anledning av avsaknad av stabilitet och kontakten har avslutats av den anledningen. Överlag är dokumentationen mager vad gäller resonemang kring om och hur insatser ska fortlöpa eller övergå i annan aktörs regi.

DOKUMENTATION AV SAMVERKAN MELLAN KOMMUN OCH REGION

Att studera samverkan mellan olika verksamheter via akter kan vara vanskligt då delar av arbetet "bakom" dokumentationen inte syns. Som exempel på former för samverkan har vi därför valt att fokusera på BBIC:s stöddokument för samverkan och genomförandet av SIP-möten. Valet grundas i att det är två praktiker som förutsätter dokumentation och därmed är synliga även i akten. Utifrån vårt material ser vi att saknas dokumentation om samverkan med stöd av SIP eller BBIC i 73% av ärendena.

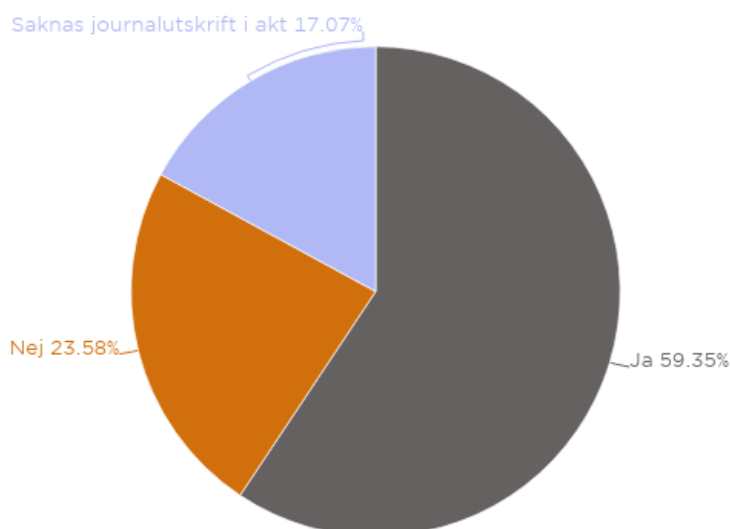
Tabell 8: BBIC stöddokument för samverkan och SIP



Tabellen ovan visar antalet ärenden där BBIC:s stöddokument använts samt antal ärenden där SIP-möten genomförts, planerats eller erbjudits. I 15 ärenden totalt förekommer SIP-möten. I något enstaka fall har familjen erbjudits SIP-möte men tackat nej, vilket har noterats som att SIP förekommit utifrån att det har erbjudits. I 13 ärenden har något av BBIC:s stöddokument för samverkan använts, varav enstaka gäller tandvården och övriga avser hälsoundersökning vid placeringen enligt SoL.

Ett annat sätt att angripa frågan om samverkan är att undersöka om och hur andra aktörer nämns i journalerna. Finns exempelvis dokumenterade telefonsamtal, referenser och/eller journalkopior? Här blir resultatet betydligt högre och det kan förstås som att samverkan äger rum, men genom andra plattformar/vägar än SIP och BBIC:s stöddokument.

Tabell 9. Annan dokumentation av samarbete med aktörer inom hälso-, sjuk- samt tandvård.



I orosanmälan och vårdplan förekommer det att barns pågående vårdkontakter dokumenteras. Särskilt omnämns samverkan med externa aktörer i journaler, både i socialtjänstens egen journalföring och i utskrifter av journaler samt veckobrev från HVB eller privat verksamhet med konsulentstöd till familjehem.

Exempel på hur barns hälsa dokumenterats i akterna:

Exempel 1

Barnet har varit placerat i omgångar sedan 2012. I akten finns flera journalutskrifter från primärvård och BUP, psykiatrisk utredning och utlåtande från läkarundersökning vid LVU från en tidigare barnavårdsutredning. Annan aktör nämns i en av vårdplanerna.

Exempel 2

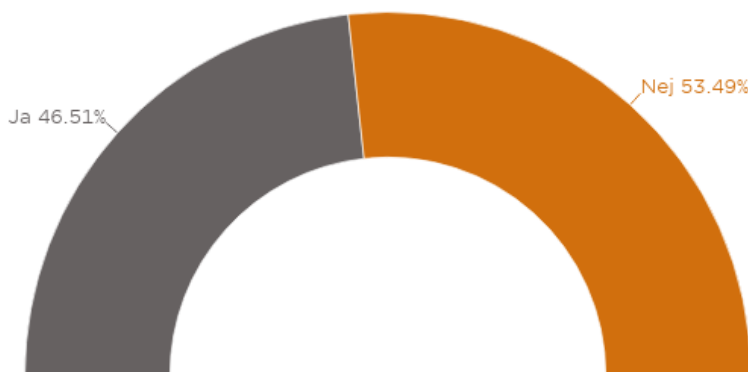
Ett barn omhändertas på BB kort efter förlossningen. I utredningen hänvisas till en läkarundersökning enligt LVU, men själva utlåtandet finns ej i akten. Däremot finns journalutskrifter från förlossningen och mammans journaler från mödravårdscentralen (MVC).

Exemplen visar vilken typ av information som finns i akterna om placerade barns hälsa och hur den dokumenteras, det illustrerar de olika förutsättningar som olika typer av ärenden kan innebära. I det första exemplet finns det gott om tidigare dokumentation och även om ingen hälsoundersökning har genomförts inför den aktuella placeringen, finns läkarundersökning vid LVU från en tidigare placering. Exemplet visar även utmaningen i att ringa in en viss typ av "ärende" som "nya placeringar" eftersom verkligheten alltid innebär gråzoner. Det andra exemplet visar på sårbarheten när en aktstudie görs i fysiska akter. Det står i utredningen att läkarutlåtande finns och detta har passerat förvaltningsrätten, men utlåtandet saknas i akten. Om journaler från regionen hade inkluderats i urvalet kan det tänkas att resultatet delvis sett annorlunda ut.

Samverkan med BUP

Som framgår av tabellen nedan, finns dokumentation av samverkan och gemensam planering med BUP i flertalet av ärendena där det förekommer psykisk ohälsa hos barnet. Här ska noteras att det endast är 19 barn som har pågående insatser hos BUP när placeringen görs. Övriga har en identifierad problematik, exempelvis en diagnos eller dokumenterad psykisk ohälsa, men ingen pågående vårdinsats från BUP eller annan aktör inom hälso- och sjukvården.

Tabell 10. I ärenden där det finns dokumenterad psykiatrisk problematik, finns det dokumenterat samverkan och/eller gemensam planering med BUP?



Illustrationen ovan besvarar frågan om det finns dokumenterad samverkan med BUP i de fall där barnet har en psykiatrisk problematik. Det kan konstateras att det är ungefär lika vanligt som ovanligt förekommande att BUP är involverad i socialtjänstens vårdplanering inför placeringen av ett barn med identifierad psykiatrisk problematik.

Några exempel som visar situationer där samverkan funnits inför att barnet placerats

Exempel 1

Barnet har haft en pågående insats hos BUP. BUP har gjort orosanmälningar till socialtjänsten och vid två tillfällen tidigare avbrutit pågående behandling med hänvisning till "psykosociala skäl". BUP avvaktar neuropsykiatrisk utredning tills hemsituationen är mer stabil.

Exempel 2

BUP avslutar ärendet och hänvisar till Mini Maria med anledning av droganvändning och lågbegåvning. BUP bedömer att barnet har behov av ett familjehem med psykiatrisk kompetens. Bedömning görs att barnet ej behöver inläggning inom psykiatrisk vård då suicidrisk inte föreligger

I båda exemplen har det funnits en dokumenterad kommunikation mellan BUP och socialtjänst kring barnets situation. Informationen från BUP har inkluderats i barnets utredning och beslutsunderlag inför placering. I exempel 1 avslutar BUP insatsen i samband med placering och avvaktar tills barnets hemsituation är mer stabil. I exempel 2 avslutar BUP ärendet i samband med att barnet placeras. Vad som avses med ett familjehem som har psykiatrisk kompetens utvecklas inte vidare.

AVSLUTANDE KOMMENTARER AKTSTUDIE

Resultatet av aktstudien visar i linje med tidigare forskning att hälsoundersökningar av placerade barn och unga inte genomförs i den omfattning som lagen föreskriver. Detta drabbar

-
- Hälsoundersökningar genomförs i låg grad vid SoL-placeringar
 - Barns hälsa dokumenteras på olika sätt i akter och journaler, vilket gör det svårt att följa barnets hälsostatus under placering
 - Otydlighet om vem som har ansvar för att barnet erbjuds en hälsoundersökning
 - Stor variation i utformande av utlåtande vid läkarundersökning enligt LVU och hälsoundersökning
 - En femtedel av barnen har dokumenterade barnpsykiatriska insatser innan placering
 - SIP-möten används inte i samtliga ärenden där det finns dokumenterad psykisk ohälsa
 - BBIC:s stöddokument för samverkan används i låg grad
-

framförallt barn som placeras inom ramen för SoL, men också barn i tvångsvård, vilket ska ses i relation till att läkarundersökning enligt LVU har ett annat syfte och omfattning. Läkarundersökningen ersätter därmed inte den uteblivna hälsoundersökningen. Andelen barn som genomgår en hälsoundersökning, om läkarundersökning enligt LVU och hälsoundersökning för asylsökande räknas bort, är ungefär en femtedel.

Vad den här aktstudien har kunnat påvisa är att hälso-, sjuk- och tandvård utgör en relevant del i socialtjänstens arbete vid utredning och placering av barn, men det är ett eftersatt område både vad gäller dokumentation, vårdinsatser och samverkan.

Det finns en otydlighet både vad gäller vem som kan boka en hälsoundersökning/läkarundersökning, vad undersökningarna ska innehålla, hur det ska dokumenteras och hur dokumentationen sen ska användas i ärendehandläggningen. Inhämtande av information och konsultation med andra professionella, som kan ses som en del i en större relation av samverkan, sker i flera olika former, exempelvis per telefon, genom inhämtande av journaler och personliga möten i och utanför ramen för SIP. Detta kan delvis ses som en spegling av de många olika ärendesituationerna som kan uppstå och kravet på flexibilitet och professionellt handlingsutrymme. Men det kan också vara en fråga om brist på rutiner i och med att det saknas systematik i om och hur placerade barns hälsa och vårdkontakter dokumenteras, har det varit en utmaning att genomföra studien. Vi ser stora variationer i dokumentationen, inte bara mellan olika kommuner och enheter, utan också mellan enskilda handläggare.

Avslutningsvis kan det konstateras att barns fysiska och orala hälsa inte är det centrala i dokumentationen i socialtjänstens akter, utan finns som ett tema något i skymundan för den sociala problematik som ofta utgör skälet till barnets placering. Det är anmärkningsvärt att så många som hälften av alla placerade barn saknar dokumentation om sin hälsa, även i de fall som rör sig om korta placeringar och/eller placering i jourhem.

_Intervjustudie

I det här avsnittet redogör vi för resultatet av intervjuerna med medarbetare från socialtjänstens barn- och ungdomsvård i sex olika kommuner/stadsdelar inom Stockholmsregionen. Fokus i den här studien har varit att samla erfarenheter från socialtjänsten gällande arbetet med placerade barn och ungas hälsa. Med betoning på den psykiatriska vården beskriver deltagarna hinder och utmaningar men även positiva exempel om samverkan kring placerade barn och unga.

DELTAGARNA

I delstudien har sju socialsekreterare och sex enhetschefer/biträdande enhetschefer medverkat. Deras arbetslivserfarenhet skiftar. Den nyaste tillträdde samma år som studien genomfördes och andra har jobbat i många år. Kommunerna/stadsdelarna varierar i storlek, politisk styrning, demografisk sammansättning och är belägna på olika platser geografiskt i Stockholms län. Även hur socialtjänsten är organiserad varierar kommunerna emellan.

PLACERADE BARN OCH DERAS FYSISKA HÄLSA

Ett genomgående drag i de flesta intervjuer är att placerade barns fysiska hälsa och kontakt med primärvården beskrivs som välfungerande eller mer välfungerande i jämförelse med barnens psykiska hälsa och samverkan med BUP. En gängse uppfattning är: om har barnet behov av sjukvård för fysiska besvär så får barnet vård på samma villkor som andra barn. I det här stycket fördjupas dels frågan om hur arbetsprocessen kring hälso- och läkarundersökningar beskrivs och dels mer generella erfarenheter av samverkan med primärvården.

Hälsoundersökningar

Av samtliga tretton deltagare i studien är det tre personer som med säkerhet uppger att de känner till den lagändring om hälsoundersökningar som trädde i kraft 2017. Sex personer säger att de inte känner till lagen och fyra är osäkra. Vilka delar som ska ingå i en hälsoundersökning är däremot inte kända av deltagarna. Det framkommer att det är svårt att skilja mellan de olika typerna av hälsoundersökning, läkarundersökning vid LVU och hälsoundersökning för asylsökande. Ingen av intervjupersonerna kan redogöra för om det har genomförts en specifik kunskapshöjande insats i samband med att lagändringen trädde i kraft.

Deltagarna fick frågan varför de tror att läkarundersökning enligt LVU sker i högre utsträckning än hälsoundersökningar vid placering. En majoritet uttrycker att det beror på lagregleringen av läkarundersökning till skillnad från hälsoundersökningar, vilket speglar bristande kännedomen om lagen från 2017. Ett annat skäl är att läkarundersökningar görs för att förvaltningsrätten kräver det, samt att det finns utarbetade rutiner för hur det ska göras vid placeringar enligt LVU. En person beskriver att de jobbar med att hälsoundersöka alla placerade barn.

Jag tänker nog att det är väldigt mycket en fråga om tid och också att det kanske inte heller har diskuterats så mycket utan att det ofta är good enough med dom, jamen på något vis att det inte, det skulle ju vara om liksom det fanns en oro från start i hälsan, då ser man verkligen till att det blir undersökt men ofta har det känts som att, ja det blir mer att det görs för det finns ett tvingande dokument vid LVU medan vid SoL-placering så har det inte.

socialsekreterare

I citatet ovan uttrycks dels bristande kunskap om lagen från 2017, men också att socialsekreteraren gör egna bedömningar om barns behov av hälsoundersökning. Det vill säga att när socialsekreteraren anser att hälsotillståndet hos det placerade barnet är "good enough", kan det hända att hälsoundersökningen inte prioriteras. En annan deltagare säger:

Jag tänker att jag inte sett någon som inte fått det behovet tillgodosett hittills.

socialsekreterare

Också detta uttalande är ett exempel på hur socialsekreterare gör bedömningar om barns hälsa och behov. Här har socialsekreteraren dels identifierat behovet och dels konstaterat huruvida det blivit tillgodosett eller inte.

Socialtjänstens organisation och arbetssätt

Samtliga deltagare anser att hälsoundersökningar är ett relevant underlag för att få kännedom om och följa upp placerade barns hälsa. Det beskrivs som en viktig del av barnets rättigheter och en nödvändig utgångspunkt för att kartlägga barnets behov.

Ett tema som återkommer i både intervjuer med socialsekreterare och chefer rör hur organisering av hälso- och sjukvårdsinsatser för placerade barn varierar beroende på vilken kommun som barnet blir placerat i och därmed vilken region som blir ansvarig. Det påverkar arbetssättet och upparbetade samverkansrutiner eller avsaknad därav. Deltagarna i intervjustudien uttrycker i många fall en osäkerhet om vem som har ansvar för att initiera/erbjuda en hälsoundersökning. Både i relationen mellan kommun och region, men också i socialtjänstens egen organisation. Det finns mer eller mindre tydliga rutiner kring huruvida det är utredande socialsekreterare eller barnhandläggare på placeringsenhetens som har ansvar att underrätta regionen om att ett barn placerats utanför det egna hemmet. Värt att nämna är att samtliga deltagare verkar vara av uppfattningen att det är socialtjänstens ansvar att både underrätta regionen och erbjuda barnet hälsoundersökningen.

En deltagare beskriver något som kan beskrivas som gränsdragningsproblem men också ett pågående arbete med rutiner för att klargöra ansvarsfördelningen mellan enheter:

Vi håller på att utforma litet rutiner bland annat för det här också, den delen. Och med tanke på hur svårt det är att få till tider och hur mycket ska barnet vara med på den här korta tiden då dom är hos oss utifrån ansökan och förhandlingar och allting som sker med umgänge. Så lutar vi åt att vi i alla fall ska skicka iväg remissen för hälsoundersökning. Att vi ska dra igång, kanske inte genomföra för det kan bli väldigt svårt. (...) det är så många delar i den här faser i en placering som handläggarna måste hantera och gå in i och stötta och parera och så. Och då det som hörs mest tar man tag i liksom och en hälsoundersökning är kanske, jo om barnet har uppenbara behov av det är det absolut aktuellt, inte det som kanske prioriterar sig självt. Det jag känner är att det vi brottas med hela tiden är tiden.

biträdande enhetschef

I citatet vittnas det om en belastning på barn och unga i samband med placeringen sker, att det är "mycket de ska vara med på", vilket syftar på möten, eventuella domstolsförhandlingar, att flytta och att lära känna familjehem/utförare och eventuellt börja i ny skola. Det är även en period som innebär en stor arbetsbelastning för den enskilda socialsekreteraren som ansvarar för slutförande av utredning, eventuella domstolsförhandlingar, samordning av flytt, umgänge med föräldrar, byte av skola med mera. Lösningen som föreslås i citatet är att avvakta med själva genomförandet av hälsoundersökningen, men att boka en tid eller aktualisera barnet hos regionen för att frågan inte ska hamna mellan stolar vid flytt av ärendet mellan enheter. Att just domstolsförhandlingar nämns i sammanhanget indikerar att personen har läkarundersökningar enligt LVU i åtanke.

Jag tycker att hälsoundersökningar är bra och att det fungerar bra. jag tycker att det snarare ligger på socialtjänsten, alltså på oss, att få iväg barnen.

socialsekreterare

De flesta deltagare ger en bild av att när socialtjänsten initierar och bokar en hälsoundersökning får barnet också en hälsoundersökning. Men det kan däremot vara svårt att navigera i var hälsoundersökningen ska bokas, vem som har rätt att boka tiden, vem som följer med barnet och hur utlåtandet från hälso- och sjukvården ska utformas och sedan användas. I flera fall kan det även dröja innan barnet får en tid. En viktig del som påverkar är barnet eller den unges vilja att delta i hälsoundersökning. En socialsekreterare berättar om en situation där barnet inte velat medverka

Men sedan kan det vara så att, vid ett tillfälle till exempel, ett barn som sannolikt varit utsatt för sexuellt övergrepp, det barnet vill ju inte alls vara med i läkarundersökningen så den gick inte att genomföra. Då skulle egentligen en annan typ av undersökning ha gjorts.

socialsekreterare

Citatet aktualiserar frågan om undantag vid läkarundersökning enligt LVU. Enligt lagstiftningen bör samtliga barn som placeras med stöd av LVU genomgå en läkarundersökning om det inte är uppenbart obehövt. Vad som är uppenbart obehövt är en bedömningsfråga, det kan exempelvis vara att barnet redan har genomgått en läkarundersökning (SOSFS 1997:15). I fallet som beskrivs i citatet handlar det inte om att undersökningen inte behövs, utan att den inte var anpassad för att möta barnets behov.

En annan fråga handlar om det finns det uttalade rutinbeskrivningar arbetsplatsen för att säkerställa att samtliga barn erbjuds en hälsoundersökning. I de flesta fall är deltagarna osäkra om det finns rutiner på deras arbetsplatser, i de fall där rutiner finns verkar innehållet i rutiner inte vara kända för deltagarna. Det saknas även strukturerade former för att följa upp att hälsoundersökningar genomförs i enlighet med eventuella rutiner. De kommuner/stadsdelar som saknar rutiner eller andra specifika arbetssätt hänvisar till barnets individuella genomförandeplan.

BBiC:s stöddokument används inte i någon större utsträckning av deltagarna, med undantag för en deltagare som uppger att det används vid hälsoundersökningar. De andra deltagarna uppger olika skäl för att dokumentet inte används, exempelvis att de inte känner till stöddokumentet, att det inte är krav på att använda dem, att dokumenten för omfattande eller upplevs som för krävande av regionens medarbetare.

Samverkan med hälso- och sjukvård vid hälsoundersökning

Svårigheter som kan uppstå i samverkan med primärvården vid hälsoundersökningar kan delas in i två olika underteman. Första temat handlar om att initiera hälsoundersökningen och andra temat om att tolka och använda utlåtanden om resultatet från hälsoundersökningen.

Deltagarna berättar att en svårighet som kan uppstå är att veta vem som ska kontaktas och var barnet ska genomgå hälsoundersökningen. Flera socialsekreterare beskriver hur de har fått ringa runt för att hitta en vårdcentral eller en BUMM som tar emot barnet. Det händer att kontaktad vårdinstans inte känner till vad en hälsoundersökning är. Ett annat hinder kan vara att det inte finns lediga tider att tillgå.

Jaa. Det är blandat. Ibland ställer de frågan att vad är det här för någonting? Vi vet inte vad det här är. Vi har aldrig mött det här. Det har varit att de inte har tid. (...)I alla fall BUMM tog inte emot och man ringer runt till flera, jaha är barnet placerat i [ortsnamn] jamen då kan det inte åka hit. Dom bollar runt mycket. Så har det sett ut många gånger. Och så andra gånger helt lätt och friktionsfritt.”

biträdande enhetschef

Citatet berör flera aspekter som kan upplevas som hinder i samverkan. En återkommande svårighet är när ett barn placeras utanför sin hemregion. När en hälsoundersökning ska genomföras där barnet är placerat kan vårdregionen neka att ta emot barnet med hänvisning till hemregionen. Det medför en ökad arbetsbörda för socialtjänstens medarbetare, som måste ta ytterligare kontakter. För barnet innebär det ytterligare väntan och eventuella vårdbehov som inte upptäcks:

Men då har det varit att ibland placerar vi ju utanför Stockholm och då blir det genast mycket marigt. Har det varit emellanåt och det krävs att jourhemmet har någon specialingång och kan hjälpa till i dom vårdkontaktarna. Andra gånger har det gått bättre men jag tycker då att det är ett jobb då utanför. Ibland har det faktiskt till och med varit svårt att få tag i tider även inom Stockholm. Man tar alltid litet sats känner jag och samlar sig litet och samlar erfarenheter med handläggarna. Tänk på det här nu inför det så att man ska vara så tydlig och skapa något samarbete. Så det är inte helt lätt alla gånger.

socialsekreterare

Erfarenheten av att behöva ”ta sats” beskrivs i skilda ordalag i flera av intervjuerna. Samtidigt som flera deltagare, ofta samma personer, beskriver att samverkan kring hälsoundersökningar generellt fungerar bra, uttrycker de också något motsägelsefullt att det är omständligt och tidskrävande. Motsägelsefullheten är återkommande i beskrivningen av samarbetet mellan kommun och region.

Det andra temat, hälso- och sjukvårdens återkoppling av resultatet efter en genomförd hälsoundersökning, handlar framförallt om syftet med undersökningen. Medan läkarundersökning enligt LVU återkommande beskrivs som förvaltningsrättens underlag, talar flera deltagare om barnets rättigheter och vikten med hälsoundersökningar för att identifiera eventuella vårdbehov och se till att barnet får vård vid behov. Flera säger att det kan vara svårt att använda resultatet från en hälsoundersökning för fortsatt planering av vårdinsatser, baserat på de ibland kortfattade eller svårtolkade utlåtanden som återkopplas från hälso- och sjukvården. Det är både det medicinska språket som kan vara svårt att tolka, men framförallt en otydlighet om vad som har undersökts och hur det ska följas upp. Detta är något som vi kommer att återkomma till i det avslutande avsnittet, där vi diskuterar behovet av kunskapshöjande insatser.

Förväntningar och antaganden

Samverkan mellan socialtjänsten och häls- och sjukvården (primärvården) framkommer som centralt för genomförandet av hälsoundersökningar och läkarundersökningar enligt LVU. En annan aspekt som tycks påverka genomförandet är vilken antaganden som socialtjänsten gör om placerade barns hälsa utifrån gruppstillhörighet. I intervjuerna som vi har gjort beskriver flera deltagare att placerade barn generellt inte har några fysiska hälsoproblem. I följande citat görs ett särskiljande mellan ensamkommande barn och ”andra” placerade barn, där den första gruppen anses vara i större behov av hälso- och sjukvårdsinsatser:

Ja, jag tänker mig att de barn som kommer som ensamkommande har ofta hälsoproblem. Vi omhändertar ju inte andra barn eller placerar ju inte barn för hälsoproblem utan bristande omsorg. Ja det touchar väl det men det är inte en vanlig orsak till att vi placerar utan det är psykiska och psykosociala orsaker. Därför så hamnar inte det i förgrunden för de placeringarna. Också med all rätt för det är en massa andra saker, utan då ska vi följa upp eftersom vi placerat dom att de också får en bra hälsoutveckling. Det finns en viss skillnad där i fokuset. Har man flytt över medelhavet har man med större sannolikhet massor av mer problem.

enhetschef

Citatet ovan är ett exempel på hur de föreställningar som skapas och används på arbetsplatser, om klientkategorier och deras behov, kan bidra till förväntningar och antagande som i sin tur leder till olika förhållningssätt. Om det antas att ensamkommande barn och unga i högre grad än andra barn har hälsoproblem, kan det motivera att just dessa barn mer systematiskt får genomgå en hälsoundersökning, medan andra barn som generellt anses friska, får oftare individuella bedömningar och vård utifrån uppvisade symptom. Dock finns det bland deltagarna en medvetenhet att omsorgsbrister kan påverka hälsan hos placerade barn och att fysiska konsekvenser av försummelse inte alltid är synliga:

Viktigast tänker jag att om barn är placerade så är de försummade på ett eller annat sätt och att försummelse kan gå under radarn väldigt mycket. Att vi måste hjälpas åt att se de barnen och se och komma in i tid och hjälpa och stötta och se om det finns behov som behöver täckas. Att det inte gör större skada för barnen om de har olika problem eller har haft olika besvär som inte har lyfts fram innan. Det är absolut det, barnen kan gå med långvariga besvär eller osynliga besvär som vuxna eller myndigheter inte ser

enhetschef

På olika sätt beskriver flera deltagare att omsorgsbrister kan innebära att placerade barns hälsoproblem inte har upptäckts tidigare, vilket medför att det är viktigt att barns hälsa undersöks för att på så sätt identifiera eventuella vårdbehov.

Ansvarsfördelning när ett placerat barn har behov av somatisk vård

När ett barn har fysiska besvär, exempelvis om barnet uppger det eller familjehemmet uppmärksammar symptom, beskriver deltagarna att samverkan med hälso- och sjukvård fungerar väl. Vid frågor om samarbete med primärvården beskrivs den som god. Det framstår som att socialsekreterarna har mindre direktkontakt med primärvården, jämfört med BUP. Det är i regel jourhemmet/familjehemmet eller personal på HVB som hjälper till med vårdkontakter när ett barn har behov av vårdinsatser för fysiska besvär. En socialsekreterare beskriver att det finns en hög tilltro till att familjehemmen tar hand om barnens fysiska hälsa.

Jag har mest haft kontakt med psykiatri och BUP så jag måste tänka lite. Oftast så har det nog varit familjehemmen själva som kanske har haft kontakt med tandvård och sjukvård om det varit någonting.

socialsekreterare

När ansvaret för barnets fysiska hälsa och kontakt med primärvården tilldelas familjehemmets eller personal på HVB, blir socialtjänstens ansvar att följa upp och säkerställa att barnets behov har blivit tillgodosett viktigt. I samtliga kommuner/stadsdelar sker uppföljningen av barnets fysiska hälsa genom den vårdplan och genomförandeplan som följer barnet under placeringen. I genomförandeplanen finns en separat rubrik för hälsa, där allt som rör barnets hälsa, kontakter med hälso-, sjuk- och tandvård samt eventuell vårdplanering med hälso- och sjukvården bör redogöras för.

Nej, alltså det är ju, det finns inte som jag vet något enskilt dokument med det där man liksom checkar av det som gäller sjukvården utan det är ju som en del i vår uppföljning. Det är någonting man gör automatiskt. Dels vid placeringar där man går igenom då hur behovet ser ut just nu och vid uppföljningen så checkar vi av område för område då. Hur ser behovet ut här och hur har det tillgodosetts liksom. Men vi har inget enskilt dokument för det tror jag. Det är inbakat i övriga BBIC.

socialsekreterare

I citatet ovan beskriver socialsekreteraren att barnets hälsa är en integrerad del av uppföljningen av barnets vård. Enligt både SoL och LVU ska vården övervägas/omprövas minst var sjätte månad. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) rekommenderas att socialtjänsten träffar barnet minst fyra gånger per år för att inhämta information om hur barnet har det. I aktstudien kunde vi se att barnets hälsa ofta dokumenteras med korta, generella utlåtanden om hur barnet mår. I genomförplanen framgår det att familjehemmet är ansvariga för att söka vård för barnet vid behov. Som socialsekreteraren beskriver i citatet ovan, hanteras frågan om hälsa ”automatiskt” och integrerat i uppföljningen av barnets vård, där barnets situation, skolgång, umgänge med föräldrar och annat avhandlas. Ingen av deltagarna i intervjustudien beskriver ett förfarande där exempelvis elevhälsan eller annan hälso- och sjukvårdsreferens kontaktas i samband med uppföljning av barnets hälsa. Att placerade barns hälsa ska följas upp framstår som förankrat, men hur uppföljningen ska genomföras på bästa sätt tycks vara mindre utarbetat.

En socialsekreterare beskriver att på dennes arbetsplats finns *hälsokort* att använda som stöd i uppföljning av barnets hälsa. Samma enhet som använder hälsokort har påbörjat ett arbete med kollegial granskning av ärenden där hälsoundersökningar ingår. Utöver det här exemplet är det ingen av deltagarna som beskriver ett systematiskt och strukturerat sätt för att följa upp barns hälsa – exempelvis vilka aspekter av hälsan som ska följas, vilka kontakter som ska tas och hur detta ska dokumenteras.

MUNHÄLSA

Munhälsa är den del av barns hälsa som förekommer minst frekvent både i aktstudien och i intervjuerna. Det här avsnittet är därför väsentligt kortare än de övriga två. Vi har genomgående fått ställa direkta frågor om hur det fungerar i kontakt med tandvården eller om barnens munhälsa – det är inte ett tema som kommer på tal när deltagarna själva styr samtalet om placerade barns hälsa. Samverkan med tandvården beskrivs genomgående som god och placerade barns munhälsa uppfattas inte som ett problemområde.

Munhälsa i samband med hälsoundersökningar

Munhälsan är den del av hälsoundersökningen som generellt sett beskrivs som minst bekymmersam. Som en del i hälsoundersökningar betraktas munhälsa ofta som något vid sidan av, men i andra fall beskrivs som en aspekt av vården, och tandvårdsinsatser genomförs utan hinder:

Jag kan också säga det att när utredningsenheten inte hinner utreda, alltså göra en hälsokontroll enligt BBIC-strukturen så har det kommit ner till oss och då har ju vi lagt ut det till våra familjehem att kontakta vårdcentralerna till exempel. Och dom är ju inte bekanta med BBIC-systemet över huvud taget så det blir inte den genomgripande hälsokontrollen som man egentligen vill ha. Sedan tar dom ju barnet till tandläkaren och så men när det gäller den fysiska och psykiska hälsan så är det inte så lätt.

enhetschef

Deltagaren som citeras ovan beskriver tandläkarbesöket nästan som en självklarhet. Det är den psykiska- och fysiska hälsan som inte är ”så lätt” – underförstått att munhälsan är lättare att tillgodose. Citatet är dock inte representativt för alla deltagare. I och med att de flesta i vår studie inte är införstådda med att lagstiftning föreskriver att även munhälsan ska undersökas, har de svårt att besvara frågan om hur hälsoundersökningens olika delar (fysisk, oral och psykisk) genomförs. En handläggare beskriver det så här:

Nej, men jo jag blev ju litet tagen på sängen av att det fanns en lagreglering om hälsoundersökningar. Där känner jag absolut at vi måste förbättra oss. Sedan så tror jag, jag skulle önska att det blev bättre i utredningsskedet. Att man verkligen inhämtar all den här, jag tror till exempel att BBIC är det nog ganska vedertaget att man gör men folktandvården inhämtas det sällan information ifrån. Jag tycker bara i [ortsnamn] så vet vi att många har dålig munhälsa utifrån ... ja så. Folktandvården har också fått nya riktlinjer kring när de ska göra orosanmälan.

socialsekreterare

I citatet ryms både självkritik över att inte känna till lagstiftning och att barn inte i tillräckligt hög utsträckning erbjuds tandvårdskontroller i samband med placering, trots att deltagaren anser sig veta att barns munhälsa på gruppnivå är eftersatt i området.

Placerade barns munhälsa framstår som en fråga i periferin. Det är ett behovsområde som framstår som inte särskilt prioriterat och det tycks sällan uppstå problem eller svårigheter i samarbetet med tandvården. Tvärtom är det något deltagarna beskriver kortfattat.

Ja men precis, och tandvården känns ju aldrig att det är något problem. Man går till säg folktandvård, så det är ju inte, däremot eftersom inför placeringar så ska dom alltid vara läkarundersökta och så är det ju inte alltid att barnen är läkarundersökta.

socialsekreterare

Socialsekreteraren som citeras ovan hastar förbi ämnet tandvård med en mening för att återkomma till andra utmaningar i arbetet med placerade barns hälsa.

Placerade barn och ungas tillgång till tandvård beskrivs generellt som att barn går på bokade tider hos tandvården och får de tandvårdsinsatser som de har behov av. Det innebär dock inte att det alltid är lätt när socialtjänsten ska ta kontakt med tandvården. Det kan hända att väntetiden är lång eller att barnet inte tas emot i vårdregionen utan hänvisas till hemregionen.

När det gäller tandvård till exempel har vi hamnat i en diskussion om en kille som skulle ha tandställning och så vidare och då menade tandvården att dom tillhör en annan kommun och dom kommer inte att gå in och bevilja det och så vidare. Jag tänker att det som skulle underlätta det är om sjukvården inte skulle lägga så stor vikt, eller rättare sagt, vid placerade barn att dom, inte vet jag, skulle få ett dokument om att det här barnet är placerat i den här kommunen nyligen och behöver ha dom här kontakterna och att man då utan svårigheter kunna boka in ett barn på till exempel en tandkoll, till VC och till BUP och att detta behöver göras ganska snabbt och man skulle ju önska att dom skulle prioriteras.

biträdande enhetschef

Citatet ovan är illustrativt för en företeelse som är återkommande i intervjuerna, och inte enbart i relation till munhälsa. För barn som placeras utanför det egna hemmet och framförallt om barnet placeras i en annan kommun händer det ofta att barnet nekas vård på grund av folkbokföring och oklarheter om vilken region som ansvarar för hälso-, sjuk- och tandvårdsinsatser.

PSYKISK HÄLSA

I samtliga intervjuer har deltagarna med något undantag beskrivit att det svåraste momentet i att planera och tillgodose placerade barn och ungas vårdbehov sker i mötet med BUP. Här lyfts svårigheter i samarbete, upplevelser av att professionella inte är tillgängliga, att det saknas kanaler för att kommunikation och "remissförfarande" samt att det kan ta lång tid för

placerade barn att få en bedömning och behandling för hälsoproblem relaterade till psykisk hälsa. I föreliggande avsnitt återges socialtjänstens medarbetares erfarenheter av placerade barns psykiska hälsa som en del av i hälsoundersökningen, vilka organisatoriska faktorer som underlättar respektive försvårar tillgänglighet av psykiatrisk vård för placerade barn, hur deltagarna upplever samarbetet med BUP och slutligen, vilka förutsättningar för samverkan som finns. I sista delen presenteras erfarenheter av SIP, samt andra exempel med fokus på positiva erfarenheter av samverkan.

Psykisk hälsa och hälsoundersökningar

Som tidigare har nämnts ska hälsoundersökningar av placerade barn innefatta tre moment: fysisk, psykisk och munhälsa. I föregående avsnitt redovisades att munhälsan tenderar att hamna vid sidan av hälsoundersökningen. Det finns liknande erfarenhet av placerade barns psykiska hälsa i samband med hälsoundersökning.

När det gäller den fysiska hälsan så har ju redan socialtjänsten vid omhändertagandet och jourplacering redan gjort en ordentlig hälsokontroll på barnet. Så den grunden har jag. Men sedan behöver jag ju då tillsammans med familjehemmet prata om det specifika barnets individuella behov och om det finns några eventuella sjukdomar. Så det behöver jag följa upp helt enkelt och dom ska ju vaccineras, gå till BVC eller läkare precis som alla andra barn. Så jag tar ju upp det här. Var tredje månad gör jag ett hembesök och pratar både enskilt med barnet eller ungdomen men även med familjehemmet vid det tillfället. Och då pratar vi om fysisk och psykisk hälsa. Väldigt vanligt är att de har psykisk belastning med sig eftersom de upplevt traumatiska saker i bakgrunden. Det är väldigt många av mina klienter så då kontaktar jag BUP och aktualiserar dom hos BUP. Men det är viktigt att de först blir stabila och trygga i familjehemmet innan BUP kan göra sitt.

socialsekreterare

Citatet ovan exemplifierar är att den psykiska hälsan inte tycks ingå i hälsoundersökningen, utan är något som fångas upp senare, i samband med uppföljningar av placeringen. I de flesta intervjuer behövdes det en påminnelse om de tre momenten för att få ett svar om psykisk hälsa och munhälsa som del i hälsoundersökningen:

Forskare: Jag förstår, nu får vi se om du kan svara på den här, men hur upplever du att hälsoundersökningar, alltså de olika delarna i hälsoundersökningarna, fysisk, psykisk och oral fungerar?

Biträdande enhetschef: Jag får utgå ifrån att jag inte hör några klagomål från mina handläggare. Jag hör inga klagomål och utifrån det så antar jag att det fungerar. Som jag sa. Jag får ju veta när det inte fungerar och då är det alltid psykiatrisk problematik.

Här antas de olika delarna i hälsoundersökningen fungera. Deltagaren är snabb att betona att om något inte fungerar, tenderar det att gälla barnets psykiska hälsa, vilket knyter an till det

genomgripande bild som vi fått. Som en del i hälsoundersökningen är psykisk hälsa snarare något som inte berörs, än något som beskrivs som ett problem. Att hälsoundersökningar ska innehålla en bedömning av barnets psykiska hälsostatus framstår inte som en förankrad kunskap vare sig hos socialtjänsten eller hos den vårdpersonal som genomför hälsoundersökningen. Att uteblivna bedömningar av barnets psykiska hälsa inte nämns som ett problem, kan ses mot bakgrunden att de flesta deltagare inte känner till hälsoundersökningens olika moment.

ORGANISATION OCH VÄGAR IN TILL BUP

Att hitta rätt i organisationen

Utöver hur psykisk hälsa behandlas inom ramen för hälsoundersökningar är placerade barn och ungas tillgång till psykiatrisk vård centralt i studiens resultat. Det är flera aspekter av barns psykiska hälsa och den psykiatriska vården som lyfts av deltagarna. I det här stycket redogörs för processen aktualisering, bedömning och behandling när socialtjänsten uppmärksammar att ett placerat barn eventuellt har behov av barnpsykiatriska vårdinsatser.

Min upplevelse är /.../ de är ganska så svåra att få tag på, dom har bristande resurser, ganska stor personalomsättning ofta, det kan vara svårt att få tag på rätt person och veta vem man ska prata med. Det är inte så bra informationsutbyte skulle jag säga mellan socialtjänsten och vården på det sättet. Det kan vara litet svårt att veta hur deras rutiner fungerar. Man kan bollas runt mellan olika personer, ja så det har varit ganska rörigt skulle jag säga och ibland också väldigt långa väntetider för de barnen som jag har jobbat med. Tyvärr. Det blir en risk då för dom tänker jag att de inte får den vård som dom har rätt till och det kan vara svårt också för oss att veta vad vi ska trycka på liksom för att dom ska vård, samma rätt eller vad man ska säga.

socialsekreterare

Att hitta rätt BUP-enhet och rätt person att prata med beskrivs som tidskrävande och stundvis svårt. Tillgänglighet är ett tema som knyter an till vad som har tagits upp om samarbetet kring placerade barns fysiska hälsa samt munhälsan, men som framstår än mer påtagligt i relation till placerade barns psykiska hälsa. Samma socialsekreterare som citeras ovan beskriver samtidigt att samarbetet fungerar bra med BUP i ärenden som innebär kortare kontakter/behandling och medicinering. Ett annat återkommande tema är om och hur placerade barn och unga kan bli aktuella för bedömning och behandling på BUP.

Men sedan har jag också erfarenhet av att det ska mycket till för att bli insläppt liksom. Att det, ja vi hade ett barn som varit med om en väldigt traumatisk sak /../ Jag hade kontakt med tre olika BUP-enheter och traumaenhet och så men vi kom inte ens in utan det dom möjligtvis kunde göra var att om jourföräldrarna, då fick dom ringa och ha telefonsamtal. Det hade varit så hjälpsamt för släkten och den här familjen och barnet om de hade kunnat släppa in dom och de kunnat haft samtal och gjort någon bedömning på pojken.

biträdande enhetschef

Svårigheterna att ”bli insläppt” som det uttrycks i citatet, är något som både socialsekreterare och enhetschefer beskriver. Det framstår som svårt och att ”det ska mycket till” för att placerade barn ska kvalificera in till den bedömning eller behandling som socialtjänsten anser barnet kan behöva. Det ska noteras att dessa utsagor endast är de här individernas erfarenheter – hade medarbetare från regionen varit med i studien hade sannolikt andra perspektiv kommit fram. Med det sagt är dessa utsagor ändå allvarliga då de implicit beskriver en risk att barns behov inte blir tillgodosedda.

Psykiatrisk kompetens

I några ärenden där BUP har konstaterat att det finns behov av barnpsykiatriska insatser beskrivs väntetiden för behandling som lång. Fyra deltagare ger exempel på att väntetiden varit cirka ett år. I ett exempel som nämns fick ett ensamkommande barn vänta i ett och ett halvt år på traumabehandling. I ett annat fall beskrivs att det gått 8-9 månader sedan BUP fått remiss från Barnahus, och har fortfarande inte kommit igång någon insats. I dessa ärenden uttrycker socialsekreterarna en frustration över att ansvaret för barnens psykiska hälsa hamnar på socialtjänsten och dess utförare. En socialsekreterare uttrycker det så här:

Jag känner att det är utanför min makt. Jag behöver bara att ni tittar på behoven hos min klient och att ni gör en bedömning. Jag är jätteberoende av psykologers bedömningar, till exempel om jag ska utreda på något sätt, ibland utreder jag ju, till exempel utreda en omplacering av en ungdom så blir det ju en helt annan tyngd med en psykologs ord om den psykiska hälsan istället för bara mina egna ord. Eller jag gör vårdnadsöverflyttansökningar och skriver utredningar på det då tar jag ju med psykologens ord om vad det är barnet behöver rent psykologiskt och vad som skulle vara förödande rent psykiskt för barnet. Så det är jätteviktigt det här.

socialsekreterare

I citatet ovan illustreras en situation som flera deltagare återkommer till: socialsekreteraren upplever ett behov hos barnet men får inte gehör hos barn- och ungdomspsykiatrin. En fråga som aktualiseras i relation till bedömningar om behov är vem som har kapacitet att göra sådana bedömningar. När socialtjänstens medarbetare menar på att placerade barn med behov av psykiatrisk vård inte aktualiseras på BUP, innebär det i praktiken att en bedömning om psykiatrisk hälsa har gjorts på Socialtjänsten. Detta trots att deltagarna i den här studien inte gör anspråk på att inneha psykiatrisk kompetens. Däremot uttrycker de, likt

socialsekreteraren i citatet ovan, att de är beroende av BUP och den kunskap som finns där, för att bedöma eller behandla psykisk ohälsa hos placerade barn. Vid en jämförelse med fysisk hälsa och munhälsa, är detta ett tema som väcker starkare känslor, som deltagarna återkommer till under intervjun och uttrycker mer frustration kring. Exempelvis när vi ställer generella frågor om hälsa, handlar svaret om BUP och placerade barns psykiska hälsa.

Forskare: Är det till exempel några situationer eller ärenden där det är svårare med samverkan.

Socialsekreterare: Inte ärenden precis så men det är klart att vi stöter på hinder och då är det främst det psykiatriska. Det är ju där vi känner att vi vill ha hjälp av BUP. Det är ju den övervägande delen att få hjälp eller det ska göras andra utredningar via BUMM. För det är inte heller lika självklart och lika enkelt och då blir det ju min roll som familjehemshandläggare om ett familjehem ser att barnet behöver stöd och hjälp. Det är ju barnhandläggare som skriver remisser men även familjehemmen kan själva söka hjälp. Och där kan vi ju se, det är inte bara här i [ortsnamn] utan även eftersom vi jobbar i hela, utanför länet också, så är det svårigheter ibland och ibland inte. Så absolut!

Forskare: Kan du ge exempel? Var kan de här svårigheterna ligga?

Socialsekreterare: Att man hamnar i kö och att man inte får rätt insats. Det tror jag nog är det främsta skälet.

Socialsekreteraren i samtalet som återges ovan lyfter dels att socialtjänsten har behov av den psykiatriska kompetens som finns inom BUP och dels att det kan uppstå olika typer av svårigheter när ett barn ska aktualiseras vid BUP. Att socialtjänsten saknar den kompetens som behövs för att bedöma placerade barn och ungas psykiatriska mående är det flera som återkommer till. I intervjuerna upprepas det att socialtjänsten behöver BUPs kompetens, såväl för att planera egna insatser som för att tillgodose barnets behov av psykiatriska vårdinsatser.

Olikheter beroende på enhet och region

Hittills har teman om kontaktvägar och kompetens behandlats. Ett annat tema som återkommer är utsagor om att barn får olika bedömningar och behandling beroende av vilken BUP-enhet de tillhör. Det beskrivs oklarheter om vilken region som har ansvar för barnet när placeringen sker utanför hemregionen. Vidare framstår det som att det finns otydligheter i mandat att definiera behovet och ansvar att ge vårdinsatser, jämfört med fysisk- och munhälsa. Att reda ut vilken region eller enhet som har ansvaret och få till stånd en behandling innebär ytterligare arbetsuppgifter för socialsekreteraren.

det var en pojke med stor psykiatrisk ohälsa som befann sig just då på ett HVB i en annan region då. Då skulle man göra en akut bedömning och då ville inte den regionen ta emot först. Man menade på att den pojken är skriven i den här regionen. Och så vart det en massa, det blir inget flöde i det här, till slut så får han komma till den andra regionen för en akut bedömning men dom bedömer ganska snabbt att han ska till den här regionen för han är folkbokförd här. Men hur som helst så är det jobbigt. Det är mer det här att

det går via socialtjänsten då. Inte så där att dom, till exempel att den andra regionen tar kontakt med den här regionen och så kommer man överens om hur man ska göra. Förstår du, det är socialtjänsten som behöver jobba i frågan och fråga den och den och hur ska det bli nu, vad ska vi göra nu osv. man tar inte frågan.

enhetschef

Citatet illustrerar hur organisatoriska faktorer såsom frågan om vem som har ansvar för ett placerat barns vård, trots ny lagstiftning och samverkansrutiner, fortfarande kan präglas av otydlighet. Att placerade barn inte får psykiatriska vårdinsatser eller, som exemplet ovan visar, en akut bedömning på grund av att olika BUP-enheter inte vet eller saknar samsyn om vilka region som ska ge vård, framträder som en grogrund för frustration inom socialtjänsten. Även om det finns olika erfarenheter, ser vi att det återkommer utsagor om svårigheter att aktualisera ett ärende och att tiden från förfrågan till att barnet får behandling upplevs som lång. När vi frågar vad skälet kan vara, säger en av deltagarna följande:

Jag skulle definitivt säga och som socialsekreterare, alla våra samarbetspartners gör så gott dom kan. Jag tror att det handlar om att dom har så mycket att göra helt enkelt. Det är min inställning alltid. Det är inga ondskefulla personer utan definitivt att dom har alldeles för mycket att göra. Och BUP har kanske inte resurserna ekonomiskt eller personalmässigt.

biträdande enhetschef

Här finns en förståelse för att vårdpersonalen på BUP kan göra andra bedömningar eller neka placerade barn och unga de insatser som socialtjänsten anser behövs. Det finns även positiva erfarenheter av ärenden där placerade barn och unga snabbt har fått en bedömning samt stöd från BUP.

Jag tycker att det är väldigt olika beroende på vilken BUP det till exempel är. Jag hade nu en flicka som vi skickade remiss på tisdagen och på fredagen fick hon komma.

socialsekreterare

Flera uppger att mottagandet är olika beroende på vilken region och vilken BUP-enhet som kontaktas. Exempel som det ovan lyfts dock fram som ett undantag snarare än regel.

SAMVERKAN MED BUP

Samtliga intervjupersoner beskriver att placerade barn och unga ofta har behov av psykiatrisk vård/insatser eller uppvisar tecken på att må psykiskt dåligt. Det finns även en samstämmighet om att socialtjänsten har behov av BUPs kompetens i ärenden med placerade barn och unga. Svårigheter i samverkan beskrivs omfatta flera aspekter, vilket på

övergripande nivå kan förstås som bristande samsyn, otydlig ansvarsfördelning och bristfälliga former för kommunikation.

Samsyn

Med bristande samsyn menas situationer där socialtjänsten och BUP gör olika bedömningar om barnets behov av vårdinsatser. De exempel som upprepas i intervjuerna avser ärenden där socialtjänsten anser att barnet är i behov av psykiatrisk behandling, medans BUP gör en annan bedömning eller avstår från att göra en bedömning.

Det här är inget nytt utan det har varit så här ganska länge att vi inte riktigt förstår våra områden och ansvarsområden och kompetenser. Vi har ju inte den psykiatriska kompetensen på det viset. Och jag tänker också att våra barn kan hamna då till exempel på HVB eller i ett jourhem och får inte den andra delen.

enhetschef

I de citatet ges en bild av att placerade barn inte får den psykiatriska vård som socialtjänstens medarbetare anser det finns behov av. Enhetschefen adresserar konsekvenserna som kan bli, att barnen placeras i ett boende där de inte kan få alla sina behov tillgodosedda. En fråga som uppstår är hur det motiveras att placerade barn och unga inte får den vård som socialtjänstens medarbetare ser ett behov av. Anser BUP:s medarbetare att barnet inte har de behoven, eller råder samsyn kring behovsbedömningen, men att konflikten ligger i ansvar för utförandet? Vi ställde följdfrågor till våra deltagare om detta.

Ansvarsfördelning

När deltagarna i intervjustudien får frågor om varför placerade barn inte får tillgång till den psykiatriska vård som socialtjänstens medarbetare anser dem vara i behov av, ser svaren olika ut. Ett vanligt skäl som nämns är att placerade barn nekas behandling med anledning av att placeringen sker utanför hemmet. Placeringen i sig anses medföra att situationen för barnet inte är stabil nog för att påbörja en utredning eller behandling.

Det är lätt att säga nej till de placerade ungdomarna. Till exempel att de inte har det stabilt nog, att en jourhemsplacering är tillfällig och därför startar vi ingen långsiktig behandling. Men det måste finnas något mellan ingenting och långsiktig behandling.

enhetschef

Utsagor om att behandling inte inleds eller att pågående behandling avbryts på grund av bedömningar om avsaknad av stabilitet i hemsituationen, återfinns i flera intervjuer. Det finns förståelse för att barn behöver landa i ett nytt hem och känna trygghet för att kunna påbörja exempelvis en traumabehandling. Däremot efterlyser många vårdinsatser under tiden, ett "hållande" eller som i citatet ovan "något mellan ingenting och långsiktig behandling". För många placerade barn och unga kan det dröja tills deras situation är stabil, avsaknaden av

psykiatriska vårdinsatser kan istället kan leda till att barnets mående försämras, vilket försvårar barnets möjlighet att tillgodogöra sig socialtjänstens insatser. I värsta fall kan det hända att familjehemmet eller HVB-boendet inte kan fortsätta sitt uppdrag och det blir ett sammanbrott i placeringen. Vilket i sin tur förstärker den instabila situationen kring barnet och ytterligare fördröjer möjligheten att påbörja behandling. Resonemang av det här slaget framstår som tämligen etablerad bland socialtjänstens medarbetare.

En annan omständighet som kan försvåra att psykiatriska insatser inleds eller fortlöper, avser placerade ungdomar som har ett pågående risk/missbruk och psykisk ohälsa:

Det är snarare dom fallen där det är övervägande psykiatrisk problematik och som gör att dom skulle tillhöra psykiatrin. Nej men den här personen har missbruk och då kan inte vi TA i personen. Och där vi har utrett och vet att den här personen klart övervägande psykiatrisk problematik vilket gör att den ibland missbrukar. Där kan jag tycka att det finns någon slags, om det är kunskaper i sådana fall eller få klienten att även jobba med missbruket. Det är klart. Då blir det så här, stuprör som inte gagnar individen utan det ärbara organisatoriska förutsättningar liksom.

enhetschef

Enhetschefen i citatet ovan resonerar om hur det blir när barn med psykisk ohälsa utesluts från BUP på grund av risk/missbruk. I en annan kommun beskrivs vården för ungdomar med missbruksproblem som det som fungerar bäst, men inte genom BUP, utan för att ungdomen får vårdinsatser för psykisk ohälsa via MiniMaria.⁸

Jag kan säga att landstingsdelen när det gäller beroendevård, då tänker jag på EKB-ungdomar, just nu så har vi inte så mycket missbruk bland de andra för det är ganska mycket småbarnsplaceringar och psykiatri. Men där tycker jag att vi haft ett väldigt gott samarbete både med beroendemottagningen men även på MiniMaria. Att där kliver de in och tittar, vad behöver du för vård och stöd eftersom det också handlar om mycket trauma för de här killarna, dödande och ja med droger då. Så där tycker jag att det har nästa varit litet enklare.

enhetschef

Citatet ovan visar på en positiv erfarenhet av att placerade barn får vårdinsatser som socialtjänsten har bedömt att barnet har behov av. Men sättet som det specifika ärendet beskrivs på, framstår delvis som ett undantag: att "kliva in" beskrivs implicit i kontrast mot andra ärenden där upplevelsen är att hälso- och sjukvården inte har agerat enligt socialtjänstens förväntningar. Det är således en jämförelse mellan en positiv erfarenhet och andra erfarenheter, men också en jämförelse mellan kontakten med BUP och andra aktörer.

⁸ MiniMaria är en verksamhet som vänder sig till ungdomar som har frågor eller problem med alkohol eller droger. Verksamheten är ett samarbete mellan kommun och region.

Andra försvårande omständigheter som tas upp i intervjuerna avser organisatoriska förutsättningar. Flera återkommer till resursbrister inom BUP och några tar upp att socialtjänstens kunskap om barnet och dess familj generellt sett inte tas till vara av BUP.

Jag vet inte om det i grund och botten handlar om pengar eller vad det nu är. Jag vet inte. Det är ju mer det här att man blir mer ödmjuk inför att de här barnen kostar och man ska bidra med den delen man behöver göra för att det här ska bli så bra som möjligt för barnen. Ett gemensamt åtagande.

enhetschef

Citatet illustrerar två centrala poänger som många intervjudeltagare, såväl chefer som socialsekreterare, upprepar. Det ena åsyftar upplevelsen av att samarbetssvårigheterna med BUP delvis handlar om resurser. Det andra gäller att placerade barn är en särskilt utsatt grupp, som på grund av sin sårbarhet bör prioriteras i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Deltagarna framhåller barns rättigheter och menar på att socialtjänsten prioriterar gruppen placerade barn och unga i högre utsträckning än vad som görs inom BUP.

FORMER FÖR SAMVERKAN

Den samverkansform som vi framförallt har fokuserat på i den här studien är SIP. I det här avsnittet redogörs för deltagarnas erfarenheter av SIP, men också förslag på utvecklingsarbeten som lyfts fram under intervjuerna. Bland deltagarna som har flerårig arbetslivserfarenhet var det två teman som kom upp spontant vid upprepande tillfällen i intervjuerna. Det ena är socialtjänstens möjlighet att remittera/aktualisera ett barn till BUP och det andra avser mötesformer för samverkan mellan socialtjänst och BUP.

SIP-möten för barn med psykisk ohälsa

Att använda SIP-möten för att planera vården för placerade barn och unga är ett tillvägagångssätt som samtliga deltagare i studien känner till och har erfarenhet av. SIP beskrivs generellt i positiva ordalag. Vi ställer därför frågan om hur resultatet från aktstudien ska förstås, där SIP används i relativt liten utsträckning. Några svarar att andra former för samverkan, exempelvis telefonsamtal, andra typer av möten och kontakt med hälso- och sjukvården ersätter behovet av SIP. Socialsekreteraren samordnar själv insatserna och tar kontakt med berörda aktörer. Att planera och genomföra ett SIP-möte beskrivs både resurs- och tidskrävande.

Oj, jag tycker att vi, numera, är ganska duktiga på att använda SIP-möte. Nätverksledare drar igång och sammankallar till SIP och allting. Förut har det legat på oss själva. Men nu kan vi ta hjälp av öppenvården. Så jag tycker det har blivit bättre. Men sedan så tror jag också att det har att göra med att vi, jag tycker att vi har så många engagerade handläggare så vi räddade i allting väldigt mycket själva tidigare.

Vi jobbar så mycket i våra ärenden att det liksom blir en extra arbetsuppgift att göra det. Vi jobbar heller på egen hand. Men det har blivit bättre nu med öppenvården. Vi skickar en remiss så sammankallar agerar dom i stället.

socialsekreterare

Det bör noteras att akterna från aktstudien var från hösten 2019 och intervjuerna genomfördes hösten 2020. Ett implementeringsarbete kan ha ägt rum under den perioden, så att förekomsten av SIP ökat. Det kan också vara så att vissa kommuner eller enskilda socialsekreterare använder formen mer aktivt än andra.

Även om de flesta är positiva till formatet i sig, framkommer en viss oro att SIP-mötena inte uppfyller syftet. En del deltagare beskriver hur SIP-möten istället blir ett forum där olika samverkansaktörer ställer krav på insatser och där ansvars- och finansieringsfrågor tas upp för diskussion framför barnet och familjen.

/.../när det är en äldre kanske 15-åring, att man inte har förberett sig i att man ska kunna prata på ett sätt som barnet tycker känns okey och att. Ibland kan det tendera att bli en ekonomisk fråga, att man liksom bollas runt. Och det kan man ju diskutera hur det blir för den här personen att sitta och lyssna på.

Citatet ovan pekar på ett dilemma som flera deltagare tar upp på olika sätt, nämligen balansen mellan att möjliggöra delaktighet för barn och samtidigt att skydda dem från diskussioner om ekonomi och annat som professionella bör behandla separat. En annan svårighet som beskrivs är när en samarbetspart inte medverkar på möten.

Ibland fastnar man ju i det att en aktör säger nej vi kan inte, typ BUP. Det är vanligt att dom säger att vi har inte resurser och vi kan inte vara med. Och där verkar det ju vara någon brist på information, att dom inte har förstått det.

Socialsekreterare

Det finns således både positiva erfarenheter av SIP-möten och erfarenheter av att det är svårt att få BUP att medverka. Att som socialsekreterare själv vara den som leder SIP-mötet beskrivs som utmanande. Socialsekreteraren är en aktör i barnets vårdplanering och behöver framhålla socialtjänstens perspektiv, vilket kan bli svårt att kombinera med mötesledarrollen. En uppskattad lösning är att använda sig nätverksledare, den möjligheten finns dock inte att tillgå i alla kommuner.

De vinster som lyfts fram med SIP-formatet är bland annat att föräldrarna "aktiveras" och blir mer delaktiga i sina barns situation. De flesta tar upp att det skapas en samsyn mellan professionella om barnets behov, vad respektive aktör kan bidra med för att barnets behov ska bli tillgodosedda. En socialsekreterare menar att SIP kan leda till att ärendet går framåt snabbare i och med att "alla gör det de ska". SIP-möten verkar både fungera som ett forum för

att förtydliga ansvarsfördelningen, och samtidigt fungera som en kontrollfunktion som säkerställer att barnet tillgodoses vårdinsatser från samtliga aktörer.

Avsaknaden av möjlighet att remittera

Remissförfarandet knyter an till det tidigare temat om hur ett barn aktualiseras för bedömning och insatser på BUP. Här framstår det som att det skiljer sig mellan regioner. Minst en socialsekreterare och två chefer lyfter möjligheten för socialtjänsten att skriva remisser till BUP. Vid vissa BUP-enheter kan socialtjänsten inte remittera utan behöver gå via primärvården eller elevhälsan. Att inte kunna remittera själv beskrivs med irritation, deltagarna menar att det kan få konsekvensen att placerade barn får vänta längre än nödvändigt på en bedömning och eventuella insatser.

Vi har haft en placering uppe i [ortsnamn] där dom klev in och tog ansvar till exempel för att ge flickan traumabehandling. Men inom Stockholmsregionen tycker inte jag att det varit lätt över huvud taget. Om det handlar om att de är överbelastade eller vad dom gör. Men vi får ju heller inte skicka några remisser längre som vi fick göra förut utan det får ju bara skolhälsovården göra eller någon annan men vi får inte göra det.

enhetschef

Ja alltså svårigheter kan väl absolut vara i form av att vi inte kan till exempel, vi kan inte längre remittera till till exempel BUP. Så det är en svårighet tänker jag. När vi ser kanske att barn har behov av sådan kontakt så kan vi inte tillgodose det på något sätt. (...) Förut kunde vi remittera till BUP om att dom skulle träffa barnet och göra en förhandsbedömning och det kan vi inte göra längre.

biträdande enhetschef

Att socialtjänstens medarbetare inte kan remittera till BUP beskrivs som en komplicerande omständighet. Det ökar arbetsbördan, innebär att fler aktörer måste involveras och att det tar längre tid för placerade barn att få rätt vårdinsatser. En annan deltagare i studien lyfter också att remissförfarandet är komplicerat, men anser att det fungerar bättre i Region Stockholm än i övriga delar av landet:

Jag skulle önska att remitteringsförfarandet skulle vara betydligt enklare. Att det inte blir ett massa bollande just när det kommer liksom. Ja exempelvis här i Stockholm vet jag att det finns så kallad "BUP- en väg in" och det underlättar om man har ett nytt ärende som man behöver aktualisera, att man kan ringa in dit, man kan bolla med dom, man kan få guidning och rådgivning. Men motsvarande finns liksom inte överallt. Som jag sa innan, det är litet organisationsmässigt, i de stora städerna och i större samhällen där finns mer etablerade och där är vägen in betydligt enklare men går man till mindre städer och mindre orter där är det litet mer krångligt.

socialsekreterare

Att olika deltagare ger olika bild av situationen visar på den stora variation som finns av arbetssätt och erfarenheter. Modellen "BUP- en väg in" som nämns, har kommit till för att underlätta just vägen in. Det är dock enbart en av deltagarna som omnämner detta förfarande i intervjuerna.

Ramar för samverkan och samfinansiering

Som beskrivits i bakgrundsavsnittet, finns det ett forum för samverkan mellan kommunerna och regionen gällande barn i särskilt behov av stöd i Stockholmsregionen. BUSSAM-nätverket består av chefer från socialtjänsten, skola, BUP och habilitering. I vår studie efterfrågas mötesformer för samverkan på lägre tjänstemannanivå.

Fick man önska så, ja definitivt mer bättre samarbete där man gemensamt kan sortera, nu vet ju jag att högsta cheferna sitter väl i BUS men jag kan känna att då har det gått ganska långt för då är man mer eller mindre på krigsstigen med varandra. Det hade ju varit bättre om man kunnat ha ett forum på lägre nivå, kanske gruppledaren går in och pratar med psykiatrifolk då. Att sortera där än på hög nivå då det är prestige som sagt.

enhetschef

Avsaknad av ett forum där socialtjänstens och BUP:s personal regelbundet träffas för att diskutera ärenden, lyfts av några deltagare som ett utvecklingsområde. Det är framförallt i intervjuerna med personer som har jobbat länge i den sociala barnvården som detta nämns, och några tar upp att ett sådant forum har existerat för ett tiotal år sedan. Att kunna föra samtal om aidentifierade ärenden och använda varandras kunskap beskrivs som viktigt, delvis går detta förlorat i nuvarande organisation. Deltagarna beskriver att frågor som rör ekonomi, samfinansiering av placeringar och ansvarsfördelning, behöver diskuteras i professionella forum.

Ja precis. Och sedan så i det här fallet då så blir det omfattande psykiatrisk problematik har man konstaterat men. Och då ska man ju tänka att vart ska han placeras? Då behöver ju vi hjälp från regioner för att se vad är en lämplig placering? Men dom lämnar det helt åt oss att försöka hitta någon annan form där det finns mer psykiatrisk kompetens. Vi får ingen hjälp i det. Sedan när vi placerar det här barnet till slut så blir det ett problem kring, för då väcker ju vi frågan om samfinansiering. Kan ni tänka er det här? Och det här har alltså hållit på sedan i december förra året. Vi har fortfarande inte fått svar.

enhetschef

I citatet ovan beskrivs något som flera diskuterar under intervjuerna, nämligen svårigheter att få till en gemensam placering där behovsbedömning och finansiering sker i samarbete mellan socialtjänst och BUP. Det är inte enbart en fråga om avsaknad av forum för professionella samtal, utan beskrivs i termer av en ekonomisk intressekonflikt mellan socialtjänst och BUP. Framförallt kommer konflikten till uttryck i samband med frågan om samfinansiering av placeringar. Sådana placeringar framstår som ovanliga. En socialsekreterare beskriver det som en dragkamp:

Men vi utforskade ett sådant behandlingshem med BUP. Det är inte så villigt att de är med och delar på det där. Om man tänker så. Det ska mycket till. Jag kan inte nu komma på något ärende som varit så men det är väl den diskussionen som kommer upp då. Nej ni kommer aldrig att få med er BUP i det (skratt). Ja det är en liten dragkamp! Det ska väldigt mycket till för att det ska bli sådana placeringar.

socialsekreterare

I intervjuerna har vi aktivt ställt följdfrågor för att få så detaljrika beskrivningar som möjligt och på temat samfinansiering är följande citat ett av få som behandlar att det genomförts en gemensam placering.

Enhetschef: Nej det är just det här, alltså vi hade också en flicka som vi placerade i samverkan med, alltså ihop med barnpsykiatri. Det konstaterades då att det behövdes en placering då och, men sedan när vi väl placerade så klev man av.

Forskare: Vad innebar det då att man klev av?

Enhetschef: Det innebar att den psykiatriska delen försvann. Man skulle inte vara kvar. Det är just den här otydligheten så är när vi placerar. Ansvaret, det blir som att dom, inom psykiatri har man en föreställning om att då är det vi som tar hela ansvaret. Istället för att tänka hur ska vi fortsätta att samverka?

Även om det kanske blir att man byter region, vilket händer ganska ofta, att man då inom regionen här hjälper till att föra över. Då kanske man har en fortsatt kontakt med barnet och föräldrarna utifrån att man redan tidigare hade en kontakt och fortsatte med den psykiatriska vården.

Utsagan att BUP ”klivit av” och ”försvunnit” kommer från en chef med mångårig erfarenhet i socialtjänsten. Det är besvikelse, nästan övergivenhet, som ges uttryck för. Den upplevda oviljan att medverka i gemensamma placeringar illustrerar hur svårigheter i samverkan kan forma barnets tillgång till vård. Här blir det relevant att fråga huruvida en planerad samfinansierad placering kan fortgå om den ena aktören drar sig tillbaka. I det specifika ärendet framgår det att socialtjänsten i den aktuella kommunen bedömt att placeringen skulle fortlöpa.

SAMMANFATTANDE KOMMENTARER INTERVJUSTUDIE

-
- Det finns både en bristande kännedom om lagstiftning såväl som bristande kunskap om placerade barn och ungas hälsobehov
 - Det saknas rutiner för genomförandet av en hälsoundersökning och strukturerade arbetssätt för uppföljning av ett barns hälsa
 - Samverkan kring barns fysiska hälsa samt munhälsa beskrivs som välfungerande.
 - Intervjupersonerna beskriver utmaningar i samarbetet med BUP avseende samsyn kring barns behov av psykiatriska vårdinsatser, integrerade insatser, ansvarsfördelning och former för samverkan
-

Det finns rutiner som används vid läkarundersökning enligt LVU. Socialsekreterare och enhetschefer har intervjuats om sina erfarenheter av placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård.

Resultatet visar en brist på kunskap om lagen gällande hälsoundersökningar och socialtjänstens ansvar för placerade barns hälsa. Det finns en föreställning grundad i tidigare rutiner att läkarundersökning vid LVU är lagstadgad, och när barnet placeras enligt SoL är det en fråga om bedömning. Vidare är det inte känt av intervjupersonerna vilket ansvar som åligger regionen vid genomförandet av hälsoundersökningar.

Oavsett kunskapen om aktuell lagstiftning, vittnar många om att det är otydligt var och hur placerade barn ska få sina hälsobehov tillgodosedda. Det aktualiseras inte bara i samband med hälsoundersökningar, utan beskrivs i relation till all hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.

Ett tema som deltagarna i intervjustudien återkommer till och där det finns en samstämmighet i materialet oavsett yrkesroll eller kommun, rör samarbetet med BUP. Här beskrivs svårigheter att få kontakt, att aktualisera ett ärende, att placerade barn får psykiatriska vårdinsatser, att få till stånd samarbete i enskilda ärenden och samfinansiering av placeringar. Konsekvensen kan bli att placerade barn och unga med psykiatrisk problematik blir utan bedömning och behandling av BUP.

När deltagarna tillfrågas om vad som fungerar bra i samverkan med hälso- och sjukvården, är det flera som lyfter den fysiska hälsan, att begära ut journaler under utredning och att genomföra en läkarundersökning enligt LVU. Det finns en generell erfarenhet av att barn som behöver sjukvård på grund av fysiska symptom som uppmärksammas under placeringstiden också får vårdinsatser. Flera deltagare lyfter att det kan kompliceras om barnet är placerat utanför sin hemregion, något som ofta medför ökad arbetsbelastning för socialtjänsten. Avslutningsvis lyfts SIP-mötet som en uppskattad strategi för att skapa tydlighet i komplexa ärenden med många aktörer. Som förklaring till att SIP inte används i högre utsträckning kan vara att andra former av samverkansmöten ersätter SIP. En annan förklaring är att upplägget är resurskrävande och tycks fungera bäst när en extern person håller i mötet. För att ytterligare utveckla förutsättningarna för samarbete efterfrågar några deltagare att socialtjänsten kan remittera/aktualisera direkt till BUP och andra efterfrågar forum för samverkan på lägre tjänstemannanivå, där individuella ärenden kan diskuteras oidentifierat. Flera chefer återkommer till en upplevelse av att BUP saknar resurser för att ge vårdinsatser och önskar ett gemensamt åtagande att prioritera placerade barn och unga.

_Förslag på åtgärder

Uppdraget från Storstockholm var att ge ökad kunskap om placerade barn och ungas tillgång till hälsoundersökningar och organisatoriska förutsättningar för att tillgodose deras behov av och rätt till hälso-, sjuk- och tandvård i Stockholms län.

Med utgångspunkt från det empiriska underlaget har vi identifierat sex förslag på utvecklingsområden som vi diskuterar i detta avsnitt.

- Anordna kunskapshöjande insatser om lagstiftningen och om placerade barn och ungas särskilda utsatthet
- Etablera rutiner för hälsoundersökningar och uppföljning av placerade barn och ungas hälsa
- Uppmärksamma placerade barn och ungas munhälsa
- Samverkan mellan kommun och region
- Att klargöra ”vägen in” till BUP och arbeta med samsyn
- Framtida forskning och utvecklingsarbete

De tre första punkterna är kopplade till hälsoundersökningar och uppföljning av barnens hälsa medan de senare behandlar placerade barn och ungas förutsättningar och hinder till hälso-, sjuk- och tandvård i bredare bemärkelse. Avslutningsvis resonerar vi behovet av framtida forskning och utvecklingsarbeten.

ANORDNA KUNSKAPSHÖJANDE INSATSER OM LAGSTIFTNINGEN OCH OM PLACERADE BARN OCH UNGAS SÄRSKILDA UTSATTHET

En åtgärd som bör prioriteras i första hand är att anordna kunskapshöjande insatser om lagstiftning om hälsoundersökningar för placerade barn som trädde i kraft 2017. I det empiriska underlaget har det inte framkommit att kommunerna/stadsdelarna har genomfört några specifika kunskapshöjande insatser eller implementeringsarbete kopplat till den nya lagstiftningen. Intervjustudien visar på låg kännedom bland professionella om när en hälsoundersökning ska göras, vad den ska innehålla och hur de olika typerna av hälsoundersökning förhåller sig till varandra. Aktstudien visar att hälsoundersökningar sällan innehåller samtliga delar som föreskrivs, särskilt saknas information om placerade barns psykiska hälsa och munhälsa. När studiens empiri samlades in hade lagen funnits i tre år. Föreskrifter med förtydligande om hur lagen ska tolkas publicerades så sent som i september 2019. Att föreskrifterna har dröjt kan förstås som en försvårande faktor. Det finns även ett behov av en mer generell diskussion om placerade barns hälsobehov; de sårbarheter som identifierats genom forskning behöver vara väletablerad kunskap hos alla som arbetar med målgruppen, oavsett profession. Åtgärder i form av utbildning och kunskapshöjande insatser bör prioriteras i samtliga yrkesgrupper som har ansvar för placerade barn och ungas hälsa.

ETABLERA RUTINER FÖR HÄLSOUNDERSÖKNINGAR OCH GENOMFÖRA UPPFÖLJNING AV PLACERADE BARN OCH UNGA HÄLSA

Rutiner för hälsoundersökningar och uppföljning av barnets hälsa inför, under och efter placering behöver etableras. Det är viktigt att tydliggöra hur socialtjänsten ska gå tillväga för att aktualisera barnet hos regionen, vem som ansvarar och hur socialtjänsten följer upp

barnets hälsa. Idag är socialtjänstens ansvar inte lika omfattande som i tidigare regelverk utan det handlar i första skedet om att underrätta regionen om att ett barn har placerats. De hinder som beskrivs i intervjuerna kan vara kopplade till tidigare rutiner och regelverk om hälsoundersökning, exempelvis att socialsekreteraren var ansvarig för att boka tider och inhämta underlag till hälsoundersökningen. Ett arbete för att etablera nya rutiner i linje med aktuell lagstiftning förestår.

Hittills har vi diskuterat det initiala skedet av placeringen och hälsoundersökningar. Det framgår av aktstudiens resultat att det saknas en systematik i dokumentationen av barnets hälsa i bred mening i samband med uppföljning av barnets placering. I dagsläget finns rubriken "Hälsa" i vårdplan och genomförandeplanen. Under denna rubrik dokumenteras barnets hälsa i generella termer av socialsekreteraren och ofta utan hänvisning till hälso-, sjuk- eller tandvårdens bedömning. Det medför svårigheter att säkerställa att nödvändiga vårdkontakter tas, att insatser genomförs och följs upp. Inte minst är det relevant i förhållande till placerade barn och ungas egna utsagor om nekad sjukvård (Barnombudsmannen 2019). Att finna ett strukturerat arbetssätt att följa upp placerade barn och ungas hälsa kan göras på olika sätt. Ett exempel från studien är så kallade *hälsokort* som en kommun/stadsdel använder som stöd vid uppföljning av barnets hälsa. Ett annat exempel som kan inspirera utvecklingsarbetet är det hälsokort för placerade barn och ungas hälsa som är framtagen av Nordiskt Välfärdscenter (Kling 2015).

Att hälsa bedöms av hälso- och sjukvårdspersonal bör vara en huvudregel. Det behöver framgå vilka hälso-, sjuk- och tandvårdskontakter barnet haft eller har inplanerade. För att minska risken att placeringen medför ett avbrott i den barnhälsovårdens program kan uppföljningen innehålla ett referenssamtal med elevhälsan eller barnhälsovården inom ett visst intervall, exempelvis en gång per år.

UPPMÄRKSAMMA PLACERADE BARN OCH UNGAS MUNHÄLSA

Placerade barns munhälsa är den del av hälsan som i både aktstudien såväl som i intervjuerna sällan uppmärksammas. Det kan vara en konsekvens av att det saknas kännedom om den nya lagstiftningen och hälsoundersökningens alla delar. Den generella beskrivningen som ges är; när barn har behov av tandvård, får barnet den tandvård barnet behöver. Mot bakgrund av tidigare forskning som visat att unga vuxna som varit placerade utanför hemmet som barn har sämre munhälsa som vuxna, finns det all anledning att uppmärksamma munhälsan i bredare bemärkelse än huruvida barnet har en pågående kontakt på Folktandvården. Det handlar om barnet får stöd att upprätta goda rutiner för munhälsa, går på regelbundna kontroller, att bedömningar av munhälsan görs av tandvårdspersonal och att socialtjänsten regelbundet följer upp munhälsan.

SAMVERKAN MELLAN KOMMUN OCH REGION

Vi ser ett behov av tydliga rutiner för samverkan såväl inom socialtjänstens egen organisation som mellan kommun och region. Exempel på konkreta åtgärder kan vara information och implementering av samverkanöverenskommelsers innehåll och arbetssätt med samtliga medarbetare. Utsagor om svårigheterna att få till en första kontakt eller att vårdpersonal inte känner till vad en hälsoundersökning för placerade barn och unga innebär, indikerar att kunskaphöjning bör genomföras såväl inom kommun som i region.

En återkommande svårighet som beskrivs i intervjuerna om samverkan med hälso-, sjuk- och tandvården är när barnet är fortsatt folkbokförd i sin hemregion och blir placerad i en annan region. Att problemet är återkommande, tyder på brister i både kunskap och rutiner.

Riksavtalet om vård utanför hemregionen innebär att det är regionen där barnet vistas vid en placering ska erbjuda både omedelbar och icke omedelbar vård. Ansvarsfrågan om vilken region som ska ta emot barn i dessa lägen är i första hand regionernas, men en ökad kännedom om riksavtalet i kommunerna kan underlätta socialtjänstens kommunikation med hälso- och sjukvårdsaktörer som nekar barn vård på dessa grunder. Om problemet med att regioner inte följer riksavtalet kvarstår behöver frågan adresseras till SKR.

KLARGÖRA "VÄGEN IN" TILL BUP OCH ARBETA MED SAMSYN

Placerade barn och ungas tillgång till insatser via BUP och samordning mellan socialtjänstens och BUP:s vårdinsatser är ett område som nästan samtliga intervjupersoner beskriver svårigheter kring. Ett exempel är "hitta vägen in" till BUP, vilket medför en lång väntetid för placerade barn att få ett första bedömningssamtal. Hälso- och sjukvården, där BUP ingår, verkar inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Då endast aktörer inom samma lagstiftning har möjlighet att aktualisera patienter, och eftersom socialtjänsten inte verkar inom HSL, finns ingen rättslig grund för en socialsekreterare att remittera ett barn till BUP. Det framstår som att det finns behov av att tydliggöra hur placerade barn kan aktualiseras, genomgå en bedömning och vid behov få behandling inom BUP.

Förutom problem att få till stånd ett initialt bedömningssamtal beskrivs andra svårigheter såsom samsyn om barns behov av insatser, ekonomiska gränsdragningar och principer om när och hur behandling kan ges. Särskilt bekymrande är utsagor om att placerade barn nekas behandling med motiveringen att det saknas stabilitet i hemsituationen. Flera deltagare i intervjustudien vittnar om att stabilitet i hemsituationen är något som kan dröja för en del barn i samhällets vård. Att inte få till stånd vård kan medföra en risk för försämrad hälsa och i vissa fall, sammanbrott i barnets placering. Det blir således en negativ spiral där uppbrott förstärker avsaknaden av stabilitet som ytterligare fördröjer vården.

SIP och SIP-möten lyfts fram av många som ett format som kan skapa tydlighet i ansvarsfördelningen och samordning av vårdinsatser. Det beskrivs också som ett forum för kunskapsutbyte om de olika aktörernas område. Det påtalas dock att det är ett resurskrävande arbete och flera socialsekreterare väljer andra strategier för att planera och samordna insatser. En annan viktig aspekt är att rutiner, SIP-möten och olika stöddokumentet sällan ger vägledning för hur verksamheterna bör hantera oenigheter som uppstår i ett ärende om finansiering, ansvarsfördelning eller hur behandlingskriterier tillämpas på individnivå. Enskilda professionella kan inte heller förväntas hantera dessa frågor i varje ärende inom ramen för SIP. För det krävs en annan typ av samverkan på ledningsnivå.

Gränserna för vem som har ansvar för barn med både social och psykiatrisk problematik framstår som mindre tydliga jämfört med vid somatiska sjukdomar eller munhälsa. Denna flytande gräns mellan det sociala och det psykiatriska kan påverka förväntningarna från respektive organisation och därmed skapa otydlighet i hela vårdkedjan. Från att samsyn saknas om barnets behov till samarbetssvårigheter som grundar sig i vem som ansvarar för vad i planering och genomförande och samordning av insatser. Hur en tvärprofessionell samsyn ska uppnås är en utmaning som både socialtjänst och BUP behöver anta gemensamt. I några av intervjuerna efterfrågas forum för samverkan på lägre tjänstemannanivå som en möjlig strategi. Här är det svårt att göra ett ställningstagande utifrån studiens uppdrag och resultat. Redan idag finns BUSSAM och individ-BUS som kanaler för samverkan. Därutöver kan socialtjänstens medarbetare kontakta BUP för att rådgöra om enskilda ärenden utan att uppge namn eller röja sekretess (Region Stockholms informationsmaterial INF-22167-v.2.0). Det framstår således inte vara bristen på forum i sig, utan möjligtvis hur väl dessa fungerar i relation till enskilda ärenden som kan vara ett hinder för samarbetet.

Vår bedömning är att ett fungerande samarbete förutsätter ett gemensamt och långsiktigt arbete på flera olika nivåer. Det handlar både om synen på placerade barns behov, vilken verksamhet som har ansvar för vilken typ av insatser, vilka resurser som finns att tillgå och finansiering av insatser. Här behövs en diskussion om varje verksamhets syfte i relation till målgruppen, vilka insatser som ska ingå och vad som ska åstadkommas, samt vilka åtgärder som gemensamt kan genomföras för att nå den önskade förändringen (Funnel 2011).

DISKUSSION OM FRAMTIDA FORSKNING OCH LÅNGSIKTIGT UTVECKLINGSARBETE

Den gemensamma målsättningen måste vara att alla placerade barn och unga ska tillgodoses den vård som de har rätt till. I rapporten har en rad omständigheter identifierats, från svårigheter i samverkan till låg grad av användning av hälsoundersökningar, SIP och brister i dokumentation. Med utgångspunkt i dessa omständigheter, är det vår bedömning att endast en ökning av andelen placerade barn och unga som hälsoundersöks eller får SIP-möten inte är tillräckligt. Om målet med ett utvecklingsarbete är att förbättra hälsan för placerade barn och unga, bör ansvar- och samverkansfrågan adresseras. Socialtjänsten har det övergripande ansvaret för placerade barn och unga, men hälso- och sjukvården samt folktandvården har ansvar för placerade barns hälso-, sjuk- och tandvårdsinsatser. Hur gränsdragningar mellan dessa kompetensområden ska ske, hur lagstiftningen ska omsättas till praktik och hur samtliga involverade aktörer kan nå en samsyn kring de klienter/patienter som de ömsesidigt bär ansvar för, är en utmaning för den nära förestående framtiden.

Att arbeta med rutiner och arbetssätt är en nödvändighet, och med tydliga rutiner och kunskap om aktuell lagstiftning kan förutsättningarna för samverkan mellan kommun och region förbättras. Men vi ser också att det på lång sikt behövs ett utvecklingsarbete förankrat i forskning om placerade barn och ungas hälsa. Kunskapsproduktionen behöver även utvecklas för att besvara frågeställningar som är centrala för praktiken. För framtida studier eller utvecklingsarbeten av liknande karaktär ser vi det som särskilt viktigt att inkludera hälso-, sjuk- och tandvården. Den kunskap och erfarenhet som finns hos vårdpersonal är viktiga pusselbitar för att bättre förstå de utmaningar som finns och hitta vägar fram till arbetssätt som på bästa möjliga sätt möter placerade barn och ungas behov av hälso-, sjuk- och tandvårdsinsatser.

Placerade barn och ungas egna röster är viktiga att inkludera i forskning. Att fråga barnen, deras nätverk och att fortsatt genomföra forskning med vuxna som varit placerade utanför det egna hemmet i sin barndom är centralt för att synliggöra de placerade barnens perspektiv. I rapporten har varken sexuell hälsa eller funktionsnedsättning adresserats specifikt. Inom den idéburna sektorn pågår just nu ett arbete från RFSU rörande utbildning om sexuell och reproduktiv hälsa för familjehem. Riksförbundet Attention arbetar med projektet "ung dialog" för att öka kunskapen om neuropsykiatriska diagnoser hos familjehem.

Avslutningsvis kan vi konstatera att även om det finns en rad utmaningar i arbetet med placerade barn och ungas hälsa, väcker frågan också ett stort engagemang. Det är positivt att det finns lagstöd för att alla placerade barn och unga ska hälsoundersökas och andra satsningar för placerade barn och unga. Framåt behövs dock åtgärder vidtas som tydliggör att den här gruppen barn och unga ska prioriteras, inte bara inom socialtjänsten, utan även inom hälso- och sjukvården: och att det är ett gemensamt åtagande att se till att placerade barn får den hälso-, sjuk- och tandvård som de har rätt till.

_Referenser

Barnombudsmannen (2019), Vem bryr sig när samhället blir förälder. Barns röster om att växa upp i den sociala barnvården.

Barth, R. P., & Blackwell, D. L. (1998). Death rates among California's foster care and former foster care populations. *Children and Youth Services Review*, 20(7), 577-604.

Brännström, L., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2020). Outcomes in Adulthood After Long-Term Foster Care: A Sibling Approach. *Child Maltreatment*, 1077559519898755.

Berlin, M., Mensah, T., Lundgren, F., Klingberg, G., Hjern, A., Vinnerljung, B., & Cederlund, A. (2018). Dental healthcare utilisation among young adults who were in societal out-of-home care as children: A Swedish National Cohort Study. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 325-336.

Danermark, B. (2000). *Samverkan: himmel eller helvete*. Stockholm: Gothia.

Delilovic S, Åsbring N, Hergens M-P, Kulane A, Marttila A, Nederby-Öhd J, Shedrawy J, Magnusson C, Lönnroth K. (2017). *Hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända-Vägen fram. Aktörers, vårdgivares och migranternas perspektiv på hälsoundersökningar i Stockholms län*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017. Rapport 2017:4.

Funnel S, P Rogers. (2011). *Purposeful program theory: effective use of theories of change and logic models*. San Fransisco: Jossey-Bass.

Olsen RF, Egelund T, Lausten M (2011). Tidligere anbragte som unge voksne. Köpenhamn: SFI.

Jaudes, P. K., Bilaver, L. A., Goerge, R. M., Masterson, J., & Catania, C. (2004). Improving Access to Health Care for Foster Children: The Illinois Model. *Child Welfare*, 83(3).

Kling, S. (2010), *Fosterbarns hälsa: det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö*. Malmö stad.

Kling, S. (2015), Hälsoundersökningar av fosterbarn. Checklista framtagen av Nordens Välfärdcenter. I projektet Nordens barn – fokus på barn i fosterhem.

Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Hälsokontroll för SiS-ungdomar: en studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem. *Institutionsvård i Fokus*. Rapportnummer, 4.

Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 7:39.

Larsson S. A pluralist view of generalization in qualitative research. *International Journal of Research & Method in Education* 2009;32:25-38.

Polisen (2020). *Barnahus för barn utsatta för våld och övergrepp*
<https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/brott-mot-barn/barnahus/> [hämtat 2020-01-10].

Prop. 2007/2008:105. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*
<https://www.regeringen.se/49bb61/contentassets/2a361e19585146288f596711db02b203/lag-om-halso--och-sjukvard-at-asylsokande-m.fl.-prop.-200708105>

Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
<https://www.regeringen.se/49bbda/contentassets/237041462a5541efb8a7553dabd257ca/vissa-psykiatrifragor-m.m.-prop.-200809193>

Prop. 2012/13:10. *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*
<https://www.regeringen.se/contentassets/f7e82abb03ed47489a5d2541a436fa2e/starkt-stod-och-skydd-for-barn-och-unga-prop.-20121310>

Prop. 2016/17:59. *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför hemmet.*
<https://www.regeringen.se/4afd20/contentassets/3985c65a867f48a78a04aef728727b86/trygg-och-saker-var-d-for-barn-och-unga-som-var-das-utanfor-det-egna-hemmet-prop-2016-17-59.pdf>

SBU. (2018). *Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU-rapport nr 289. ISBN 978-91-88437-31-0.

SKR. (2014). *Riksavtalet för utomlänsvård och kommentarer: med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015.*
<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-176-1.pdf> [hämtat 2020-12-10].

SKR. (2017). *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering: barn- och unga satsningen.*

SKR. (2020). *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering (kommande), resultatredovisning i webbsänt seminarium 2020-11-16.*

Storsthlm. (2020). *Barn i behov av särskilt stöd (BUS)*
<https://www.storsthlm.se/social-valfard-och-halsa/barn-i-behov-av-sarskilt-stod-bus.html>. [hämtat 2020-12-12].

Socialstyrelsen. (2020c). *Munhälsa och tandvård för placerade barn*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-11-7024.pdf>
[hämtat 2020-01-04].

Socialstyrelsen. (2020b). *Placerade barn och unga: handbok för socialtjänsten*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2020-3-6640.pdf> [hämtat 2020-12-10].

Socialstyrelsen. (2020a). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2019.* Meddelandeblad nr 2020-8-6871.

Socialstyrelsen. (2019). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet m.m.* Meddelandeblad nr 2020-1-6546.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Samverkan kring barnets hälsa: tvärprofessionellt samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård inkl. tandvård*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/bbic-informationsblad-samverkan-kring-barnets-halsa.pdf> [hämtat 2020-12-10].

- Socialstyrelsen. (2018). Barns behov i Centrum. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/> [hämtat: 2020-12-08].
- Socialstyrelsen. (2013). *Samverka för barns bästa: en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-8-1.pdf> [hämtat 2020-12-10].
- SOSFS 1997:15. *Tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. Socialstyrelsen.
- SOSFS 2012:11 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende*. Socialstyrelsen.
- SOSFS 2014:5. *Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*. Socialstyrelsen
- SOU 2015:71 Barn och ungas rätt till tvångsvård. Förslag till ny LVU.
- Storsthlm (2020). Barn i behov av särskilt stöd (BUS), <https://www.storsthlm.se/social-valfard-och-halsa/barn-i-behov-av-sarskilt-stod-bus.html> [hämtat 2020-12-10]
- Sveriges Regering (u.å.). *Stärkt hälsa för placerade barn*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/10/starkt-halsa-for-placerade-barn/> [hämtat 2020-12-10].
- Sveriges Regering. (2020). *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* Diarienummer: S2020/07505, publicerat: 2020-10-12. <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2020/10/regeringen-uppdrar-at-socialstyrelsen-att-utveckla-forutsattningarna-for-att-placerade-barn-ska-fa-en-god-halso-och-sjukvard-tandvard-och-en-obruten-skolgang/> [hämtat 2020-12-10].
- UNICEF Sverige. (2018). Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#hela-texten> [hämtat 2020-12-10].
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk, samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Viner, R. M., & Taylor, B. (2005). Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics*, 115(4), 894-899.
- Vinnerljung, B. (1995). Mortalitet bland fosterbarn som placerats före tonåren. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1, 60-72.
- Vinnerljung, B. (2014). Fosterbarn som unga vuxna – en översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedicinsk tidskrift*, 83(1), 23-35.
- Vinnerljung, B., Brännström, L., & Hjern, A. (2015). Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review*, 56, 169-176.
- Vinnerljung, B., Forsman, H., Jacobsen, H., Kling, S., Kornør, H., & Lehman, S. (2015). Barn kan inte vänta: Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar.

_Bilagor

BILAGA 1. INFORMATIONSBREV AKTSTUDIE

Till de kommuner/stadsdelar i Stockholms Län som är utvalda att delta i denna studie,

Nu genomför FoU Nordväst Sthlm, på uppdrag av Storsthlm, en undersökning om tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga som placeras utanför det egna hemmet inom Stockholms Län.

Mellan tre och fyra procent av alla barn i Sverige placeras någon gång i ett familjehem eller på en institution. Det är väl känt genom tidigare forskning att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet har en sämre fysisk, psykisk och munhälsa än genomsnittet. Under sitt liv har dessa barn som grupp även en förhöjd risk för bl. a. suicid, psykisk och fysisk ohälsa och missbruk. Därför är det viktigt att deras hälsa uppmärksammas i högre grad än den gör idag. Sedan den 15 april 2017 gäller en ny lag som reglerar regionens skyldighet att erbjuda hälsoundersökningar när barn och unga personer 18–20 år placeras för vård utanför det egna hemmet. I hälsoundersökningar ingår fysisk-, psykisk- och munhälsa.

Syftet med undersökningen är ökad kunskap om barn och ungas tillgång till hälso- sjukvård och tandvård och organisatoriska förutsättningar för att tillgodose placerade barn och ungas behov av vård i Stockholms län. Resultaten från studien kommer att användas lokalt och regionalt i det fortsatta arbetet med att säkerställa att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet får samma möjlighet till hälso- och sjukvård samt tandvård som andra barn och unga. Studien består av två delar:

Aktstudie

- Aktstudie av samtliga nya placeringar under en bestämd tidsperiod. Delstudien beräknas pågå från april till juni 2020. Arbetsinsatsen från er sida blir att tillgängliggöra akterna och anvisa en plats i era lokaler där forskare kan genomföra aktstudien.

Syftet med aktstudien är att undersöka i vilken mån barn och unga hälsoundersöks inför en placering, vilka delar som ingår i hälsoundersökningen, hur samverkan har skett och användande av SIP och/eller BBIC stöddokument m.m

Intervjustudie

- Fokusgruppsintervjuer med placeringsansvariga socialsekreterare (ca 4-6 deltagare).⁹ Tidsåtgång ca 1h. Vi har erfarenhet av att genomföra sådana intervjuer i anslutning till arbetsgrupps befintliga veckomöten eller APT för att underlätta deltagandet.
- Telefonintervjuer med enhetschefer i valda kommuner/stadsdelar. Tidsåtgång ca 30-45 min.

Syftet med fokusgruppsintervjuerna och telefonintervjuerna är följa upp resultatet från första delstudien med fokus på organisatoriska förutsättningar, hinder samt exempel på lösningar för samarbete med andra aktörer. Samtliga deltagare garanteras anonymitet. I den mån det förekommer utlåtanden som kan vara identifierbara kommer dessa inte att inkluderas i den slutgiltiga skriftliga rapporten. Baserat på resultatet från aktstudien, intervjuerna och i dialog med praktiker kommer en framåtsyftande behovsanalys presenteras.

⁹ Inledningsvis planerades fokusgrupper, men med anledning av corona-pandemin och rekommendationer om social distansering ändrades detta senare till telefonintervjuer.

Studien genomförs under perioden mars-december 2020 av forskning- och utvecklingsledare Baharan Kazemi och utredare Sofi Hedman. Vi ser fram emot ett gott samarbete och kommer inom kort att kontakta er för att boka tider.

För mer information om studien kontakta :

Epost: baharan.kazemi@sollentuna.se.

Epost: sofi.hedman@sollentuna.se. Telefon: 08-579 211 03

BILAGA 2. INFORMATIONSBREV INTERVJUSTUDIE

Information till intervjupersoner

FoU Nordväst Sthlm genomför, på uppdrag av Storsthlm, en studie om tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga som placeras utanför det egna hemmet.

Vi som arbetar med studien heter Baharan Kazemi, forsknings- och utvecklingsledare och Sofi Hedman, utredare på FoU Nordväst.

Under våren 2020 har vi gjort en aktstudie där vi har tittat på socialtjänstens akter i barn- och ungdomsärenden där placering varit aktuellt. Som uppföljning kommer vi under hösten genomföra telefonintervjuer med personal inom både kommun och region. Syftet med intervjuerna är att få ökad förståelse för vilka förutsättningar som finns för att tillgodose placerade barn och ungas behov av vård i Stockholms län.

Målgrupp:

- Socialsekreterare med ansvar för placeringar
- Hälso-och sjukvårdspersonal med erfarenhet av hälsoundersökning av placerade barn- och unga.
- BUP-personal (behandlande och/el i ledningsfunktion)
- Enhetschef på socialtjänsten med ansvar för placerade barn och unga

Varje intervju beräknas ta 30-45 minuter och planeras utifrån deltagarnas möjligheter att delta. I intervjuerna läggs fokus på organisatoriska förutsättningar, hinder samt exempel på lösningar för samarbete med andra aktörer. Deltagare har även möjlighet att lyfta andra perspektiv baserat på sin kunskap och erfarenhet.

Resultatet från studien kommer att publiceras i en skriftlig rapport. Deltagare garanteras anonymitet. I den mån det förekommer uttalanden som skulle kunna vara identifierbara kommer dessa inte att inkluderas i den slutgiltiga skriftliga rapporten. Intervjuerna kommer att spelas in, transkriberas och därefter raderas. Deltagare har alltid möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien.

För mer information och för att anmäla ditt deltagande i studien, hör av dig till oss.

Baharan Kazemi baharan.kazemi@sollentuna.se Telefon: 08-579 224 29
Sofi Hedman sofi.hedman@sollentuna.se Telefon: 08-579 211 03

BILAGA 3. INTERVJUGUIDE

Informera om:

- Anonymitet, (inget ska kopplas till intervjupersonen - arbetsplats, orter osv.).
- Sammanställning av intervjun till intervjupersonen?
- Är det ok att spela in intervjun?
- Informanten får hoppa över frågor eller avsluta intervjun när denne önskar.

1. Yrkesroll
2. Kan du berätta på vilket sätt du i din tjänst kommer i kontakt med placerade barn och unga?¹⁰
3. Ser du några hinder i samverkan som påverkar att barn får insatser från sjukvård, tandvård och psykiatrisk vård under placering. Är det t.ex. några situationer eller ärenden där det är svårare att samverka med aktörer inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård?
4. När fungerar samverkan bra? Är det t.ex. några situationer eller ärenden där det är lättare att samverka med aktörer inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård.

(Organisatoriska hinder, juridiska och informella regler som hinder, kunskaps- och förklaringsmässiga hinder)

5. I aktstudien som vi har gjort tittade vi på hur det såg ut för placerade barn och unga med insatser inom hälso- och sjukvården, inklusive BUP. I vissa fall fortlöpte insatsen efter placering. Ibland verkade behandling komma igång efter placeringen, och ibland avbröts insatsen före eller i samband med placeringen. Hur ser din erfarenhet ut av samverkan kring barn och unga med psykiatrisk problematik?
6. Vad tror du behövs för att placerade barn och unga ska få bättre tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård? (förbättringsförslag?)
7. Hur ni brukar gå tillväga med hälsoundersökningar i samband med att barn/ungdom placeras enligt SoL/LVU?
8. Sedan år 2017 finns en lagreglerad skyldighet (5 kap. 1 d § SoL) att tillse att hälsoundersökningar sker för alla placerade barn och unga.
 - Har ni informerats om lagändringen på din arbetsplats? Om ja, på vilket sätt?
 - Finns det uttalade strategier, riktlinjer eller rutiner om placerade barn och ungas rätt till hälso- och sjukvård och tandvård på arbetsplatsen? Om ja, vilka?
 - Om ja, följer ni upp att arbetet sker enligt fastställda riktlinjer och rutiner?
9. Hur upplever du att hälsoundersökningar och dess olika delar (fysisk, psykisk och oral) fungerar?
 - Positivt/Negativt
 - Beskriv eventuella problem som kan uppstå
10. Vi har gjort en aktstudie där resultatet visar vissa mönster i placerade barn och ungas tillgång till hälso- och sjukvård i Stockholms län. Vad är dina tankar om resultatet nedan?

¹⁰ Om deltagaren inte är involverade eller saknar erfarenhet av placerade barn och ungas läkarundersökning el. hälsoundersökningar justeras frågor 7,8,9, 10a, 10b.

En sak som vi har sett är att det i högre utsträckning görs läkarundersökningar vid LVU än hälsoundersökningar vid SoL-placeringar.

- a. Vad tror du att det beror på?

När det kommer till hur resultaten av hälso- och läkarundersökningar dokumenteras och används skiljer det sig mellan ärenden.

- b. Vad tänker du är det viktigaste syftet med hälsoundersökningar? Hur kan resultatet från en hälsoundersökning användas?

Det finns BBIC-stöd att använda vid samverkan med hälso- och sjukvård, det används dock i låg grad.

- c. Använder ni er av stödet? Om inte, hur kommer det sig?

Även SIP-möten används i låg grad. Exempelvis saknas SIP i flertalet ärenden där det finns en tidigare kännedom om psykiatrisk problematik eller pågående behandling.

- d. Vad tänker du är skälet till att SIP inte används i större utsträckning?
- e. Framgångsfaktorer i arbetet med SIP? Vad uppnås med SIP när det fungerar bra?
- f. Ge exempel på tillfällen när SIP inte fungerar?

11. Finns det något du vill lägga till?