

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 11 maj 1995 bemyndigade regeringen dåvarande statsrådet Ingela Thalén att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utreda vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem (S 1995:06). Utredningen skall bl.a. definiera gruppen barn och ungdomar med psykiska problem, redogöra för samhällets kostnader för vård och stöd, redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem samt föreslå åtgärder som bl.a. syftar till att tydliggöra ansvarsområden och förbättra samarbetet. Utredningen skall vidare överväga och föreslå insatser för att förebygga att psykiska problem uppkommer. Kommitténs arbete skall vara slutfört senast den 15 februari 1998 enligt beslut i regeringen den 20 november 1997.

Kommittén har antagit namnet Barnpsykiatrikommittén. En kortfattad redogörelse för utredningsuppdraget och arbetet med detta betänkande lämnas i inledningen till betänkandet. Direktiven till utredningen (dir. 1995:75) redovisas i bilaga 1.

Den 23 oktober 1995 förordnades barnhälsovårdsöverläkaren Claes Sundelin som ordförande i kommittén. Som ledamöter i kommittén förordnades den 15 december 1995 habiliteringsöverläkaren Sven-Olov Edvinsson (c), professorn Lars Jacobsson (fp), riksdagsledamoten Margareta Nordenvall-Eckersten (m), kuratorn Mona-Lisa Norrman (v), riksdagsledamoten Christina Pettersson (s), samt landstingsrådet Hans Toll (s). Den 22 september 1997 entledigades Margareta Nordenvall-Eckersten och förordnades riksdagsledamoten Marietta de Pourbaix-Lundin (m).

Den 15 december 1995 förordnades som sakkunniga i kommittén ämnessakkunniga Lena Holmqvist, Justitiedepartementet, ämnessakkunniga Ingela Håkansson, Inrikesdepartementet, föreningsmedlemmen Anette Larsson, RSMH/RUS, hälso- och sjukvårdssamordnaren Svante Pettersson, Landstingsförbundet, förbundssekreteraren Anita Sundin, Svenska Kommunförbundet samt medicinalrådet Per Swartling, Socialstyrelsen. Den 6 mars 1996 förordnades departementssekreteraren

Agneta Björklund, Socialdepartementet. Den 1 februari 1997 förordnades departementssekreteraren Anders Andersson, Socialdepartementet, Ingela Håkansson entledigades och utredningssekreteraren Ulla Bystedt, Inrikesdepartementet, förordnades. Den 16 augusti 1997 entledigades Anette Larsson och förordnades intressepolitiska handläggaren Anna Milstig, RSMH/RUS. Den 1 mars 1997 entledigades Anna Milstig och förordnades som biträde till sakkunnig, samtidigt förordnades utredaren Helena Jacobsson, RUS/RSMH, som sakkunnig. Den 14 maj 1997 entledigades Anna Milstig och intressepolitiska handläggaren Eva Rogström, RUS/RSMH, förordnades som biträde till sakkunnig. Den 4 augusti 1997 entledigades Anders Andersson och förordnades departementssekreteraren Per Erik Rinsell, Socialdepartementet.

Som experter förordnades den 15 december 1995 kuratorn Maud Ajax, Sveriges Socionomers Riksförbund, chefsöverläkaren Olav Bengtsson, Sveriges Läkarförbund, utredningschefen Martin Börjesson, Ungdomsstyrelsen, psykologen/psykoterapeuten Christina Eriksson, Sveriges Psykologförbund, undervisningsrådet Lisbeth Rudemo, Skolverket. Den 1 juli 1996 entledigades Lisbeth Rudemo och förordnades undervisningsrådet Eivor Carlson, Skolverket. Socialdirektören Göran Johansson, Föreningen Sveriges Socialchefer, förordnades den 3 oktober 1996 och den 18 november 1996 förordnades revisionsdirektören Bo Hillman, Riksrevisionsverket.

Som huvudsekreterare i kommittén anställdes den 1 mars 1996 avdelningsdirektören Gun-Marie Pettersson och som sekreterare docenten Ann-Charlotte Smedler, fr.o.m. den 15 april 1996 på halvtid och sedan den 1 september 1996 på heltid.

Den 1 november 1996 anställdes byrådirektören Maria Enggren, som sekreterare på halvtid och sedan den 15 september 1997 på heltid. Hon har ansvarat för kommitténs projekt om samhällets kostnader för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem.

Underlaget till avsnittet om misshandel och sexuella övergrepp mot barn och ungdomar har tagits fram av IFO-chefen Inger Widén Cederberg, som tjänstgjorde som sekreterare i kommittén under tiden 1 mars 1997-30 juni 1997.

Sekretariatet har även haft två akademikerpraktikanter, juristen Tarja Saarinen och fil. mag. Magnus Danielsson. Dessa anställdes senare som biträdande sekreterare, Tarja Saarinen från den 11 augusti och Magnus Danielsson från den 6 oktober 1997. Magnus Danielsson har varit knuten till projektet om samhällets kostnader. Kommitténs assistent på halvtid från den 15 september 1996 och sedan heltid från den 1 september 1997 har varit Anita Arnimo. Docenten Dagmar Lagerberg har sammanställt visst underlag till kommittén.

Kommittén lämnade den 4 februari 1997 sitt delbetänkande Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa (SOU 1997:8).

Kommittén får härmed överlämna sitt huvudbetänkande Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem (SOU 1998:31).

Till betänkandet fogas som separat bilaga, Samhällets kostnader för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem, en utförlig redovisning av våra enkätundersökningar till kommuner och landsting.

Reservation har lämnats av ledamoten Marietta de Pourbaix-Lundin.

Särskilda yttranden har lämnats av sakkunniga Olav Bengtsson, Svante Pettersson och Anita Sundin.

Kommittén har härmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm februari 1998

Claes Sundelin

Sven-Olov Edvinsson

Lars Jacobsson

Mona-Lisa Norrman

Marietta de Pourbaix-Lundin

Christina Pettersson

Hans Toll

/Gun-Marie Pettersson

Ann-Charlotte Smedler

Maria Enggren

Innehåll

Förkortningar	17
Sammanfattning.....	21
Författningsförslag	35
1 Inledning.....	45
1.1 Kommitténs uppdrag.....	45
1.2 Kommitténs arbete	45
2 Psykiska problem hos barn och ungdomar i ett samhällsperspektiv	49
2.1 Det hälsobefrämjande perspektivet	52
2.2 Familjepolitiken	53
2.3 Kultur och fritid	53
2.4 Förebyggande mödravård, förlossningsvård och verksamhet vid barnavårdscentral.....	54
2.5 Barnomsorgens roll	54
2.6 Skolans roll.....	55
2.7 Alkohol- och drogfrågor.....	55
3 Våra definitioner.....	57
3.1 Psykisk hälsa	57
3.1.1 Röster om psykisk hälsa.....	57
3.1.2 Barnet och familjen	58
3.1.3 Familjen och samhället	59
3.2 Barn och ungdomar med psykiska problem.....	60
3.2.1 Tre huvudperspektiv.....	62
3.2.2 En symtombaserad definition av psykiska problem.....	63
3.2.3 Några barn- och ungdomspsykiatriska diagnoser	65
3.2.4 Huvudtyper av problem.....	66

3.2.5	Orsaker till psykiska problem	67
3.2.6	Psykosociala förhållanden och risker	68
3.2.7	Helhetsperspektivet	68
3.3	Stöd och vård.....	69
3.3.1	Stöd	69
3.3.2	Vård.....	71
3.3.3	Behandling	71
3.3.4	Rehabilitering – habilitering	72
4 Insatser för att förebygga psykisk ohälsa.....		75
4.1	Ett förebyggande förhållningssätt	75
4.1.1	Historik: Prevention på tvärvetenskaplig grund.....	76
4.1.2	Tidig identifikation	78
4.1.3	Stöd i basverksamheter	78
4.1.4	Våra överväganden.....	79
4.2	Mödra- och barnhälsovårdens insatser för att förebygga psykiska problem hos barn.....	80
4.2.1	Generella eller riktade insatser?.....	83
4.2.2	Reducering av biologiska riskfaktorer för psykisk ohälsa hos barn.....	84
4.2.3	Utveckling av den psykologiska kompetensen vid MVC och BVC.....	86
4.2.4	Föräldrautbildning – "Stöd i föräldraskapet"	87
4.2.5	Exempel på en riktad insats: Tidig intervention vid depression hos nyblivna mödrar	88
4.2.6	MVC:s, BB:s och BVC:s roll vid svåra psykosociala familjeproblem	90
4.2.7	Barnkompetensen inom BVC.....	91
4.2.8	BVC:s roll för tidig upptäckt av psykiska störningar.....	93
4.2.9	Våra överväganden.....	94
4.3	Skolans elevvård	98
4.3.1	Skolplikt och rätten till utbildning	99
4.3.2	Mobbning – ett skolmiljöproblem.....	100
4.3.3	Skolans stöd till elever med skolsvårigheter	100
4.3.4	Utvecklingen på 1990-talet	103
4.3.5	Elevvård – skolhälsovård	107
4.3.6	Våra överväganden.....	111
4.4	Hälsobefrämjande insatser för barn och ungdomar med invandrarbakgrund	114
4.4.1	Högre ohälsotal bland barn och ungdomar med invandrarbakgrund	116

4.4.2	Generella hälsobefrämjande insatser för barn och ungdomar med invandrarbakgrund	117
4.4.3	Flyktingbarnen	121
4.4.4	Hänsynen till flyktingbarns hälsa och utveckling	123
4.4.5	Våra överväganden.....	125
4.5	Förebyggande verksamhet – särskilt utsatta grupper	127
4.5.1	Barn till missbrukande föräldrar	128
4.5.2	Barn till psykiskt sjuka/funktionshindrade föräldrar	131
4.5.3	Barn till föräldrar med svår kroppslig sjukdom	134
4.5.4	Barn i familjevåld.....	136
4.5.5	Barn till utvecklingsstörda	136
4.5.6	Våra överväganden.....	137
4.6	Barnomsorg för barn till arbetslösa.....	141
4.6.1	Kommunernas ansvar att tillhandahålla barnomsorg	142
4.6.2	Barnomsorg som stöd och stimulans.....	144
4.6.3	Barnomsorgen knyts närmare utbildning	145
4.6.4	Tillgången till förskolan.....	146
4.6.5	Begränsad barnomsorg för vissa grupper.....	146
4.6.6	Förslag från Socialstyrelsen samt Barnomsorg och Skolkommittén.....	148
4.6.7	Våra överväganden.....	148
5 Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa.....		151
5.1	Regeringsuppdraget.....	151
5.2	Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa	152
5.2.1	Huvudförslaget.....	153
5.2.2	Kompletterande förslag.....	154
5.2.3	Informationsförmedling	155
5.2.4	Etik	156
5.2.5	Kostnader och kostnadseffektivitet	156
5.2.6	Fortsatt utredningsarbete och pilotstudier	157
5.3	Våra överväganden.....	158
6 Olika instansers arbete med barn och ungdomar som har psykiska problem.....		161
6.1	Brukarnas perspektiv.....	161
6.1.1	Hjälpsökande – brukare – klient?.....	162
6.1.2	Våra brukare.....	163
6.1.3	Brukarsynpunkter på tidiga insatser	165
6.1.4	Brukarsynpunkter från barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård.....	169

6.1.5	Brukarsynpunkter från barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård	173
6.1.6	RUS undersökning – Synpunkter från unga vuxna med brukarerfarenhet	175
6.1.7	En stärkt ställning för brukare.....	176
6.1.8	Våra överväganden.....	177
6.2	Barnomsorgen och barn med psykiska problem	179
6.2.1	Barnomsorgens ansvar	180
6.2.2	Barn i behov av särskilt stöd	181
6.2.3	Rutiner vid placering, uppföljning och utvärdering.....	182
6.2.4	Personal anställd inom barnomsorgen för att arbeta med barn i behov av särskilt stöd.....	185
6.2.5	Måldokument för barn i behov av särskilt stöd.....	187
6.2.6	Besparingar och effekter av dessa för barn i behov av särskilt stöd	188
6.2.7	Våra överväganden.....	188
6.3	Ungdomsmottagningarnas roll	189
6.3.1	Organisation och arbetsformer	190
6.3.2	Vår enkät till ett urval ungdomsmottagningar	192
6.3.3	Våra överväganden.....	194
6.4	Socialtjänstens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem – individ- och familjeomsorgen i socialtjänsten	195
6.4.1	Socialtjänstens uppdrag.....	197
6.4.2	Kärnkompetensen i socialtjänsten.....	198
6.4.3	Brister inom socialtjänsten	203
6.4.4	Nya arbetsformer inom socialtjänstens barnavårdande arbete	205
6.4.5	Uppföljningsansvar när barn far illa	206
6.4.6	Barn i familjehem.....	208
6.4.7	I gränslandet mellan tvångslagarna LVU och LPT.....	212
6.4.8	Våra överväganden.....	214
6.5	Barn- och ungdomspsykiatri – Socialstyrelsens nationella översyn	217
6.5.1	En nationell översyn.....	218
6.5.2	Utdrag ur ”God psykiatrisk vård på lika villkor?”	221
6.5.3	Våra överväganden.....	223
6.6	Barnhabiliteringens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem.....	230
6.6.1	Barnets och familjens perspektiv	233
6.6.2	Barnpsykiatriska problem inom habiliteringen	236
6.6.3	Exempel på samverkan kring barn och ungdomar med psykiska problem.....	238

6.6.4	Barnpsykiatrikommitténs enkät om barn- och ungdoms- habiliteringen	243
6.6.5	Våra överväganden.....	246
7 Samhällets kostnader.....		249
7.1	Inledning.....	250
7.1.1	Aktörer som ingår i sammanställningen.....	250
7.1.2	Ett samhällsekonomiskt perspektiv och avgränsning av kostnader	251
7.1.3	Metod	252
7.1.4	Uppgifternas tillförlitlighet	254
7.2	Verksamheternas omfattning och kostnader	256
7.2.1	Barn- och ungdomspsykiatri (BUP).....	256
7.2.2	Individ- och familjeomsorgen (IFO).....	264
7.2.3	Grund- och gymnasieskolan.....	268
7.2.4	Särskolan	271
7.2.5	Barnomsorgen	272
7.3	Barn- och mödrahälsovården	273
7.3.1	Barnmedicinen	274
7.3.2	Ungdomsmottagningarna	275
7.3.3	Barnhabiliteringen.....	276
7.4	Sammanställning av samhällets direkta kostnader för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska pro- blem.....	277
7.5	Sammanställning av kostnaden per barn eller insats för de olika instanserna	279
7.6	Svårigheter att redovisa nyttan av insatserna	281
7.7	Insatser från frivilligorganisationer.....	282
7.7.1	Röda korsets ungdomsförbunds jourhavande kompis.....	283
7.7.2	Rädda Barnen	283
7.7.3	BRIS (Barnens Rätt I Samhället)	284
7.7.4	Al-Anon och Alateen	285
7.7.5	Övriga organisationer.....	285
8 Analys av samarbete mellan olika verksamheter		287
8.1	Skyldighet att samarbeta	287
8.1.1	Samarbete och sekretess.....	288
8.2	Allmänt om samarbete	289
8.2.1	Förutsättningar för samarbete	291
8.2.2	Samarbete mellan barnomsorg, skola, barnpsykiatri och socialtjänstens individ- och familjeomsorg.....	293
8.3	Samarbete vid barns och ungdomars behov av skydd.....	297

8.3.1	Den samlade kompetensen kan tas bättre tillvara	298
8.4	Organisationens betydelse – några exempel	299
8.5	Samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst	301
8.5.1	Tidigare utredningar	303
8.5.2	Principer för samarbete	304
8.5.3	Våra överväganden.....	306
9	Förslag om förbättrat samarbete	309
9.1	Kostnadsansvar mellan kommuner och landsting	309
9.1.1	Problembeskrivning	310
9.1.2	Rättsläget.....	315
9.1.3	Samarbetsplanering – några initiativ.....	318
9.1.4	Våra överväganden.....	319
9.2	Kommunala samverkansformer	323
9.2.1	Vilka samverkansformer är möjliga i dag?	323
9.2.2	Offentligrättsliga samverkansformer	325
9.2.3	Våra överväganden.....	327
9.3	Utagande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem	329
9.3.1	Ungdomarnas problembilder.....	330
9.3.2	Vårdresultat	333
9.3.3	Ansvarsfördelning och samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.....	334
9.3.4	Tidigare utredningar	338
9.3.5	Utagande ungdomars behov av och tillgång till psykiatrisk vård och stöd	339
9.3.6	Jämförelse med kriminalvården	343
9.3.7	Våra överväganden.....	345
9.4	Misshandel och sexuella övergrepp	351
9.4.1	Bakgrund	352
9.4.2	Probleminventering	353
9.4.3	Länsstyrelseenkät	354
9.4.4	Resultat av enkäten: Samverkansgruppernas erfarenheter.....	354
9.4.5	Problemfokusering: Analys av vissa delar av samarbetet	361
9.4.6	Kvalitet vid intervention	363
9.4.7	Stöd och behandling efter utredning	366
9.4.8	Nationellt och regionalt ansvar	368
9.4.9	Våra överväganden.....	369
9.5	Interkulturellt samarbete	375
9.5.1	Utlandsfödda adoptivbarn	376

9.5.2	Specifika stöd- och behandlingsinsatser för barn och ungdomar med invandrarbakgrund	379
9.5.3	Kartläggningen	379
9.5.4	Vilka frågor bör man som professionell ställa sig för att skapa goda förutsättningar för ett möte?	380
9.5.5	På vilket sätt behövs specifik språk- och kulturkompetens inom organisationen?	382
9.5.6	Vilka kunskaper och erfarenheter behöver man ha om migration, om trauma?	386
9.5.7	Hur kan man samverka mellan socialtjänst och BUP/PBU i interkulturellt behandlingsarbete?	388
9.5.8	Våra överväganden	392
9.6	Ungdomar – mittemellan psykiatrisk barn- och vuxenvård	395
9.6.1	Ungdomars särskilda sårbarhet	396
9.6.2	Mittemellan psykiatrisk barn- och vuxenvård	397
9.6.3	Bristande kontinuitet i vården	398
9.6.4	Ungdomars egna synpunkter	399
9.6.5	Ätstörningar – ett ungdomsproblem	400
9.6.6	Ett exempel på åldersöverskridande arbete med ätstörningar	401
9.6.7	Andra ungdomsgrupper med särskilda vårdbehov	402
9.6.8	Ungdomar med psykiatriska vårdbehov – ingen liten grupp	403
9.6.9	Ungdomspsykiatriska enheter?	404
9.6.10	Våra överväganden	404
10	Kompetens och kvalitetsutveckling	407
10.1	Kompetens inom verksamheten – och kännedom om varandra	407
10.1.1	Barnkompetensen	408
10.1.2	Barnperspektivet	410
10.1.3	Kompetens att möta ungdomar	410
10.1.4	Kännedom om varandra	411
10.2	Grundutbildning, fortbildning och vidareutbildning	412
10.2.1	Gemensamma grundutbildningsinslag?	413
10.2.2	Fortbildning av socionomer	413
10.2.3	Utbildningsbehov för elevvårdspersonal	414
10.2.4	Barn- och ungdomspsykiatrins utbildningsbehov	414
10.2.5	Utbildning i ”flykting- och invandrarkunskap”	415
10.2.6	Fortbildning i tidig kommunikation inom BVC	416
10.3	Utvecklingsarbete och forskning – några reflexioner	416

10.3.1	Miljöer för forsknings- och utvecklingsarbete	417
10.3.2	Behov av behandlingsforskning	418
10.3.3	Allmänt behov av mer strukturerade och utvärderings- bara metoder	419
10.3.4	Uppföljning av åtgärder inom skolan	419
10.3.5	Gemensam statistik	419
10.3.6	Forskningsansatser	420
10.4	Psykologiska test i barn- och ungdomspsykologiska ut- redningar – behovet, nyttan och finansieringsfrågan	421
10.4.1	Definition av psykologiska test	421
10.4.2	Test ingår i ett sammanhang	422
10.4.3	Kvalitetskrav	422
10.4.4	Testkonstruktion och utprovning av test	422
10.4.5	Finansieringsfrågan	423
10.4.6	Initiativ från Socialstyrelsen	425
10.4.7	Våra överväganden	426
11	Ekonomiska konsekvenser	429
11.1	Beräkning av kostnader för skolans elevvård (avsnitt 4.3)	430
11.2	Kostnader för ökat BVC-stöd till flyktingbarn (avsnitt 4.4)	432
11.3	Ekonomiska konsekvenser för våra förslag inom före- byggande verksamhet – särskilt utsatta grupper (avsnitt 4.5)	433
11.4	Ekonomisk konsekvensanalys av förslaget om bibehåll- len barnomsorg för barn till arbetslösa föräldrar (avsnitt 4.6)	433
11.4.1	Ekonomiska konsekvenser över tiden	434
11.5	Kostnader för epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa (kapitel 5)	435
11.6	Ekonomisk konsekvensanalys av förslaget om be- handlingsråd för ungdomar som placeras i HVB (avsnitt 9.3)	436
11.6.1	Kostnader för psykiatrisk vård och behandling	436
11.6.2	Kostnader för behandlingsråden	437
11.7	Kostnader för uppbyggnad av regionala kunskapscentra för frågor angående misshandel och sexuella övergrepp mot barn (avsnitt 9.4)	438
11.8	Stimulansmedel för utvecklingsarbete kring flexibla ål- dersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri (avsnitt 9.6)	439

11.9	Fond för medel till utveckling och kvalitetssäkring av psykologiska test (avsnitt 10.4).....	439
12	Författningskommentarer	441
12.1	Förslaget till lag om ändring i skollagen (1985:1100)	441
12.2	Förslaget till förordning om ändring i grundskoleförordningen (1994:1194)	442
12.3	Förslaget till förordning om ändring i gymnasieförordningen (1992:394)	442
12.4	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)	443
12.5	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	444
12.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.....	445
12.7	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården.....	445
	Reservation och särskilda yttranden	447
	Referenser	459
Bilaga 1	Kommittédirektiv.....	479
Bilaga 2	Utredningens särskilda utfrågningar och expertpaneler.....	487

1 Förkortningar

AA	Anonyma Alkoholister
ADD	Attention deficit Disorder. Uppmärksamhetsstörning, se också ADHD, DAMP och MBD nedan.
ADHD	Attention Deficit /Hyperactivity Disorder. Hyperaktivitets-syndrom med uppmärksamhetsstörning.
ARåd	Allmänna råd från Socialstyrelsen
BF	Föräldrabalken (1949:381).
BFM	Barnflyktningmottagningen (Umeå)
BO	Barnombudsmannen.
BRIS	Barnens Rätt i Samhället.
BUF 81	Barn och ungdomspsykiatri och familjerådgivningsutredningen 1981.
BUH	Barn- och ungdomshabilitering
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri.
BVC	Barnavårdscentral, bedriver landstingens allmänna hälsovård för barn i åldrarna 0-6 år.
BvL	Barnavårdslagen (1960:97).
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
DAMP	Dysfunktion i avledbarhet, motorik och perception. Svensk term som i mycket sammanfaller med ADD/ADHD, men även beaktar motoriken och förmågan att tolka sinnesintryck (= perceptionen).
EpC	Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.
FACO	Familjehemmens Centralorganisation.
FL	Förvaltningslagen (1986:223).
FR	Familjehemmens Riksförbund.
FSUM	Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar.
FUB	Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna.
HSFR	Humanistisk-Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet.
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
HSU 2000	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (S 1992:04).
HVB	Hem för vård eller boende.

IEA	The International Association for The Evaluation of Educational Achievement.
IFO	Individ- och familjeomsorgen i socialtjänsten.
IPM	Institutet för psykosocial miljömedicin
JO	Justitieombudsmannen.
Lpf	Läroplan för de frivilliga skolformerna.
Lpo	Läroplan för det obligatoriska skolväsendet.
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
MBD	Minimal Brain Dysfunction. Tidigare en vanlig term för problem med uppmärksamhet, motorik och perception av den typ som nu oftast benämns ADD/ADHD eller DAMP (se ovan)
MFR	Medicinska Forskningsrådet.
MVC	Mödravårdscentral, bedriver landstingens allmänna mödravård.
NIA	Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor
NOBAB	Nordisk Förening för Sjuka Barns Behov.
PBU	Psykiska barn- och ungdomsvården i Stockholms län, samt benämningen för den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården i vissa andra län.
Prop.	Regeringsproposition.
RBU	Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar.
Riks-IFS	Riksförbundet för Intresseföreningar för Schizofreni i Sverige.
RSMH	Riksförbundet för Mental och Social Hälsa
RUS	Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa.
SCB	Statistiska Centralbyrån.
SekrL	Sekretesslagen (1980:100)
SFI	Svenska för invandrare
SFS	Svensk Författningssamling.
SIH	Statens Institut för Handikappfrågor.
SiS	Statens Institutionsstyrelse, ansvarar bl.a. för de särskilda ungdomshemmen för tvångsvård med stöd av LVU, se ovan.
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620).
SoS	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar.
SPRI	Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsinstitut

SSR	Akademikerförbundet, yrkesförbund för ekonomer, samhällsvetare, personalvetare och socionomer.
UM	Ungdomsmottagning
WHO	World Health Organization. Världshälsoorganisationen inom Förenta Nationerna.

Sammanfattning

Barnpsykiatrikommittén har haft i uppdrag att

- definiera gruppen barn och ungdomar med psykiska problem. Utifrån denna definition och tidigare kartläggningar skulle problemens omfattning och samhällets kostnader för vård och stöd bedömas. Bedömningen av samhällets kostnader skulle ställas i relation till nyttan med vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem.
- redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem och hur samarbetet mellan samhällsinstanserna fungerar. Analysen skulle göras såväl från den hjälpsökandes perspektiv som från samhällsinstansernas perspektiv.
- överväga och föreslå olika insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem, om de väl uppstått, inte fördjupas och befästs.
- överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser. Utredningen borde överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga.
- redogöra för och analysera samt föreslå olika rehabiliteringsåtgärder.

Psykiska problem hos barn och ungdomar i ett samhällsperspektiv (kap. 2)

Utredningen har anlagt ett folkhälsoperspektiv på barns och ungdomars psykiska hälsa. En grundläggande funktion för varje samhälle är att skapa gynnsamma förhållanden för det uppväxande släktet. Föräldrarna ansvarar för att barnet får sina behov av omvårdnad, trygghet och god fostran tillgodosedda. Samhällets stöd och vård skall komplettera föräldrarnas insatser, och ske i samspel med dem. Vi konstaterar att

insatser utvecklas. Vi fokuserar två generella verksamheter som har stor betydelse och potential i folkhälsoarbetet: mödra- och barnhälsovården samt skolans elevvård.

Mödra- och barnhälsovården (4.2) är en medicinsk verksamhet med starka psykosociala inslag. Dess huvuduppgift är att stå för somatisk övervakning av mor och barn, att följa barnets utveckling i bred mening och tillse att barnet vid behov får adekvat stöd, samt att arbeta med det omedelbara föräldrastödet. Mödra- och barnhälsovården har ett särskilt ansvar för tidig upptäckt och intervention vid utvecklingsavvikelse och psykisk ohälsa. Barnkompetens inom barnhälsovården bör säkras genom att sjuksköterska och läkare får tillfälle att träffa många barn samt har tillgång till fortbildning, konsulter och specialistmottagning att remittera vidare till. Den mest kvalificerade barnkompetensen bör utnyttjas för tjänstgöring i barnrika, socialt sämre gynnade områden med stor omflyttning. Det psykosociala arbetet inom mödra- och barnhälsovården är oklart definierat och det finns behov av ett större inslag av strukturerade metoder.

Vi vill understryka hälso- och sjukvårdens samt skolans skyldighet enligt 71 § socialtjänstlagen att till socialnämnden genast anmäla att ett barn kan behöva skydd, och föreslår att hänvisningar till denna införs i HSL respektive skollagen.

Skolan (4.3) skall vara en bra miljö för alla elever och har ett långtgående ansvar för att alla barn och ungdomar får en likvärdig utbildning. Vi anser det vara en grundläggande princip att skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan, och vi föreslår en förstärkning av elevvårdsresursen. Elevvårdspersonal bör finnas tillgänglig så att elever själva kan ta kontakt. Enligt våra förslag skall elevvårdsteamet besitta specialpedagogisk, psykologisk, medicinsk och social kompetens. Elevvårdsteamet skall komplettera och bistå övrig skolpersonal med konsultation och handledning och i utformandet av åtgärdsprogram. Skolans skyldighet att ge särskilt stöd till elever som har svårigheter i skolarbetet får en tydligare formulering och omfattar även gymnasieskolan. Då en elev har skolsvårigheter skall elevvårdsteamet vid behov kunna genomföra en allsidig elevutredning, som är inriktad på att ge underlag för åtgärder. Specialpedagogresursen kan ha en avgörande betydelse för elevers utbildningssituation, och vi understryker statens ansvar för att avhjälpa bristen på specialpedagoger.

En femtedel av Sveriges *barn och ungdomar har invandrarbakgrund (4.4)*. Som grupp har de en något högre förekomst av psykiska och sociala problem än jämnåriga med enbart svensk bakgrund. Hälsoutvecklingen hos dessa barn och ungdomar är ytterst avhängig hur Sverige lyckas i sin mångkulturella utveckling. Barn och ungdomar med annat modersmål än svenska bör uppmuntras att utveckla detta

parallellt med att de tillägnar sig svenska språket. Goda kunskaper i svenska har en avgörande betydelse för att lyckas i den svenska skolan, och vi anser det väsentligt att tidigt stimulera och utveckla svenskkunskaperna.

Flyktningbarn och -familjer är i behov av riktade hälsobefrämjande insatser. Långa vistelsetider präglade av osäkerhet utgör en uppenbar hälsorisk, särskilt för barnen. Vi anser att handläggare som utreder barns och familjers asylskäl bör ha barnkompetens. I samband med flyktningfamiljers introduktion i kommunerna bör en allsidig hälsoundersökning genomföras, som också ser till barnets psykiska hälsa. Vi föreslår att barnhälsovården skall erbjuda flyktningfamiljer med förskolebarn en serie hälsokontroller med sedvanliga screeningundersökningar och vaccinationsprogram, för att familj och BVC i lugn takt skall kunna etablera kontakt. Därmed kan uppkommande hälsoproblem uppmärksammas och tas om hand i ett tidigt skede. Vi föreslår vidare att den nya integrationsmyndighet, som skall inrättas under 1998, får i särskilt uppdrag att i dialog med kommunerna aktivt verka för att de integrationspolitiska målen förverkligas för barn och ungdomar.

De två sista avsnitten i kapitel 4 behandlar riktade insatser. Vi föreslår förebyggande verksamhet för *särskilt utsatta grupper av barn* (4.5). Av olika skäl kan föräldrar brista i sitt föräldraskap, tillfälligt eller under en längre tid. Förälders svårigheter kan exempelvis bero på missbruk, psykiskt funktionshinder eller i vissa fall allvarlig sjukdom. Verksamheter som behandlar eller ger stöd till vuxna bör erbjuda möjligheter till dem som är föräldrar att samtala kring föräldraskapet. Stöd i föräldraskapet är alltid ett stöd även för barnen. När en förälder vårdas eller söker hjälp för sitt missbruk eller sitt psykiska funktionshinder, eller när en förälder är svårt sjuk eller när en förälder plötsligt avlidit, skall barnets behov av information, råd och stöd uppmärksammas. Det finns goda exempel och erfarenheter av sådana stödinsatser, på olika håll i landet. Vi anser att den verksamhet där föräldern söker hjälp skall ha ett tydligt ansvar för att underrätta sig om barnets behov och att tillse att barnet får tillgång till den rådgivning och det stöd som han eller hon är betjänt av. Vi föreslår att bestämmelser om detta införs i lag.

Då en förälder blir arbetslös mister barn i många kommuner sin plats i barnomsorgen (4.6). Vi anser att barn har rätt att få vara i barngrupper som är någorlunda stabila i sin sammansättning och där det finns kontinuitet i vuxenkontakterna. Vi föreslår ett förtydligande i skollagen, så att barn ges möjlighet att få vara kvar i samma barngrupp även när föräldrar blir arbetslösa. När det gäller barn som inte har plats inom barnomsorgen när föräldern blir arbetslös, förordar vi en generös bedömning av barnets eget behov enligt 2 kap. 6 § skollagen. Barnom-

sorgen och den obligatoriska skolan integreras alltmer, vilket är ett argument för att låta alla barn få tillgång till barnomsorgen. Vi föreslår därför att möjligheten att jämställa arbetslösa föräldrar med föräldrar som arbetar, när det gäller kommunernas skyldighet att erbjuda förskoleplats, utreds.

Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa (kap. 5)

Socialstyrelsen och dess Epidemiologiska Centrum (EpC) fick i februari 1997 regeringens uppdrag att utarbeta en modell för återkommande mätningar av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige. I december 1997 överlämnade Socialstyrelsen sitt förslag till regeringen. Huvudförslaget innebär att en ny nationell studie initieras för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa, genom att man vart tredje år gör tvärsnittundersökningar bland en hel årskurs skolelever i åldersintervallet 11-16 år. Huvudförslaget skall kompletteras med undersökningar som belyser andra åldrar, nyttjar andra informanter och vidgar möjligheterna att klargöra orsaker till psykisk ohälsa respektive hälsa. Vi föreslår regeringen att ställa erforderliga medel till Socialstyrelsens och EpC:s förfogande, så att modellen för mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa kan färdigutvecklas och den epidemiologiska bevakningen förverkligas.

Olika instansers arbete med barn och ungdomar som har psykiska problem (kap. 6)

Bland dem som har egna erfarenheter av samhällets stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem finns unika kunskaper om vad som är fungerande insatser och vad som är otillfredsställande och ineffektivt. Som sammanfattande term för denna heterogena grupp använder vi "brukare". Vi har fått del av *brukarnas perspektiv (6.1)* via en hearing, en referensgrupp, skriftliga material och sakkunniga i kommittén. Brukarnas synpunkter, som varit omfattande och nyanserade, har påverkat våra bedömningar och är synliga i ett flertal förslag. Samordning och samarbete mellan verksamheter kan vara en förutsättning för att vardagen skall fungera för barn och familj. Intresseorganisationerna ser här brister, som också innebär att resurser utnyttjas ineffektivt. Många gånger är det svårt att veta vart man skall vända sig då man behöver hjälp. Inte minst tonåringar uttrycker sitt missnöje härvidlag. Alla verksamheter som bedriver insatser för barn och ungdomar med psykiska problem bör eftersträva ett ökat brukarinflytande. Delaktighet

bör prägla såväl de individuella insatserna som övergripande verksamhetsplanering och utvärdering. Olika intresseorganisationer bedriver ett omfattande och viktigt arbete till en mycket låg kostnad. Socialtjänstens brukare, och då speciellt barnen, har dock i dag förhållandevis svårt att göra sig hörda.

Barnomsorgen (6.2) fyller en viktig funktion för barn som har ett långsiktigt behov av stöd. Lagstiftningen kring barnomsorgen i Sverige har ett starkt barnperspektiv, och speciellt stora krav ställs på hjälp och stimulans till barn i särskilda behov. Förskolan har även goda möjligheter att tidigt upptäcka psykiska och psykosociala problem, motivera familjen att söka hjälp och ge konkret stöd till barnet inom förskolan. Vi anser att stödinsatser inom barnomsorgen för barn med psykiska eller psykosociala problem är väl investerade medel. Kommunerna har i dag svårt att leva upp till de krav lagstiftningen ställer, i synnerhet när det gäller denna grupp.

Ungdomsmottagningarna (6.3) har en viktig roll att fylla i att tidigt fånga upp och ge stöd åt ungdomar med psykiska och psykosociala problem, företrädesvis flickor. Verksamheterna har vuxit fram ur ungdomars behov och man arbetar med ett uttalat ungdomsperspektiv. Detta är en slutsats vi drar, bland annat på basis av vår enkätundersökning ställd till ett urval av landets ungdomsmottagningar. Det är av största vikt att ungdomsmottagningarna får fortsatta möjligheter att verka och utveckla sitt arbete, och då även finna former för att bättre tillgodose pojkars behov. Vi ser inte skäl att i dag lägga ansvaret för ungdomsmottagningarna på en huvudman, utan anser att kommuner och landsting bör se till att ungdomsmottagningar utvecklas där de nu saknas. Socialstyrelsen bör följa utvecklingen i landet, särskilt med avseende på mottagningarnas psykosociala insatser.

Socialtjänstens (6.4) individ- och familjeomsorg har ett omfattande uppdrag. Man arbetar inte primärt med barns och ungdomars psykiska problem utan med barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. Många av dem har psykiska problem och flertalet befinner sig i riskzonen för att utveckla sådana. I arbetet med dessa barn och familjer behöver socialsekreterarna en fördjupad kunskap om barn. Socialtjänsten behöver också arbeta mer tvärprofessionellt.

Socialtjänstens uppföljningsansvar när barn far illa är oklart i de fall då föräldrarna inte vill ha kontakt med socialtjänsten. Vi föreslår att möjligheterna att i LVU införa bestämmelser om uppföljningsansvar utreds.

I vissa fall blir barns vistelse i familjehem lång. Barnet, de biologiska föräldrarna och familjehemmet lever i ovisshet om var barnet skall bo. Ibland är ovissheten kombinerad med återkommande och uppslitande domstolsförhandlingar. Vi föreslår att barnets ställning vid

långvarig familjehemsplacering utreds. Därvid bör övervägas om möjligheterna till adoption eller annan permanent placering bör utökas.

Socialtjänstens ansvar är oklart visavi ungdomar som behöver tvångsvårdas på grund av sina psykiska problem. Vissa vårdas i dag med stöd av LVU, därför att LPT inte bedöms vara tillämplig och trots att psykiska problem inte är ett kriterium för omhändertagande enligt LVU. Här råder rättsosäkerhet, och vi föreslår därför att gränslandet LVU/LPT blir föremål för en översyn.

Vård och behandling av barn och ungdomar utanför det egna hemmet betingar mycket höga kostnader, som dessutom ökar markant (se kap. 7). Vi vet alltför lite om nyttan av insatserna. Omfattning och resultat av placering av barn och ungdomar i familjehem, HVB och särskilda ungdomshem behöver utvärderas. För att få underlag att utveckla nya strukturer och metoder för vården behöver även finansieringen av institutionsvården, kostnadsutvecklingen och vårdens juridiska förutsättningar analyseras.

Vår analys av *barn- och ungdomspsykiatri* (6.5) utgår i mycket från Socialstyrelsens nationella översyn av den psykiatriska vården (Socialstyrelsen 1997:8). Barn- och ungdomspsykiatri är en specialistresurs som bör koncentrera sina insatser till de mest behövande barnen och familjerna. Man har i dag ett stort söktryck och kan inte leva upp till vårdgarantin. Tydligare prioriteringar krävs. Vi anser att barn och ungdomar med tidig risk att utveckla svår psykisk störning samt ungdomar i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom skall ges särskild prioritet. Barn- och ungdomspsykiatriens specialiserade team bör arbeta nära eller inom den allmänna barn- och ungdomspsykiatri, så att det tvärdisciplinära arbetssättet vidareutvecklas och fördjupas. Vi anser att verksamheterna kontinuerligt bör utvärdera specialistteamens ställning, så att de inte bidrar till att väntetiderna för att få hjälp totalt sett ökar. Kunskapsluckor och metodbrister utgör ibland hinder för en god vård. Professionerna har ett självklart ansvar att följa kunskapsutvecklingen och tillägna sig ny metodik som visat sig ge goda behandlingsresultat. Gränsen mellan öppen och sluten vård bör göras alltmer flexibel och mellanvårdsformer utvecklas. Det är vår bedömning att detta underlättas av att öppen och sluten vård finns inom samma organisation. Likaså finns behov av flexibla gränser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri (se 9.6).

Barn- och ungdomshabiliteringen (6.6) är en resurs för barn med funktionshinder. Man kan räkna med att 1-2 % av alla barn och ungdomar i landet har kontakt med habiliteringen, och att 1/3 av dem har behov av barnpsykiatrisk kompetens. I denna grupp finns det omfattande, icke tillgodosedda behov av barnpsykiatrisk hjälp. Djupgående kunskap om funktionshindrets innebörd är avgörande för rätt barnpsy-

kiatrisk diagnos och behandling, och det ter sig mest ändamålsenligt att habiliteringens kompetens kompletteras med barnpsykiatrisk dito. I de flesta län finns i dag någon form av samverkan kring vissa diagnosgrupper, såsom DAMP och/eller autism, även om samarbetet mellan barnhabilitering och barnpsykiatri i övrigt växlar kraftigt. Vi förordar fortsatt och fördjupad samverkan, samtidigt som den specialiserade kompetensen vidmakthålls och utvecklas inom respektive verksamhet. Allmänt kan sägas att man inom barn- och ungdomshabiliteringen kommit långt i att utveckla modeller för samarbete över verksamhetsgränserna.

Samhällets kostnader (kap. 7)

Vi redogör för omfattningen av och kostnader för samhällets insatser för barn och unga med psykiska problem. Våra beräkningar är delvis baserade på vår egen omfattande enkätundersökning, som riktade sig till 58 kommuner och som avsåg kommunernas verksamhet för våra målgrupper, inom barnomsorg, skola och socialtjänstens individ- och familjeomsorg, samt till barn- och ungdomspsykiatri i landstingen. Ytterligare två enkätundersökningar riktade sig till landets ungdomsmottagningar samt till ett nätverk av landets habiliteringschefer. Vi har också använt oss av en stor mängd offentlig statistik.

Samhällets kostnader för dels förebyggande insatser, dels direkta vård- och behandlingsinsatser för barn och ungdomar med psykiska problem uppgick år 1996 enligt våra beräkningar till ca 11,1 miljarder kr. Av dessa finansierar kommunerna ca 8,4 miljarder kr och landstingen ca 1,9 miljarder kr samt staten ca 0,8 miljarder kr. De visar också att de riktade vård- och behandlingsinsatserna står för ca 80 % av kostnaderna, medan förebyggande insatser utgör mindre än 20 % av samhällets totala kostnader.

Av samhällets direkta kostnader för barn och ungdomar med psykiska eller psykosociala problem står kommunerna för merparten. Omkring 4,7 miljarder kr av IFO:s totala kostnader (6,7 miljarder kr) för vår målgrupp går till barn och ungdomar placerade i familjehem eller HVB, inklusive de särskilda ungdomshemmen. Dessa kostnader har ökat markant de senaste åren.

Det finns påtagliga brister i landstingens och framförallt i kommunernas redovisningsrutiner, vilket försvårar möjligheten att ta fram jämförbara uppgifter kring dessa frågor. Detta gäller både för den ekonomiska redovisningen och verksamhetsredovisningen.

Analys av samarbete mellan olika verksamheter (kap. 8)

Barn och ungdomar med psykiska problem har många gånger sammansatta behov som kräver insatser från flera olika håll. Bristande samarbete mellan olika verksamheter och mellan kommuner och landsting fördyrar samhällets vårdkostnader. Med hänsyn till sekretesslagen bygger möjligheterna till samverkan i enskilda ärenden först och främst på den enskildes samtycke. Enligt våra egna undersökningar utmärks ett fungerande samarbete av respekt för varandras kompetens, överensstämmelse i synsätt och i hur man ser på uppdraget samt personliga relationer. Samarbete kräver engagemang på alla nivåer, från fältnivå till hög beslutsnivå. Ledningen har ett särskilt ansvar. Samarbetet bör utgå från gemensamma mål och varje verksamhet skall bidra med medel och arbetsmetoder för de gemensamma målgrupperna.

Förslag om förbättrat samarbete (kap. 9)

Vissa barn och ungdomar har stora behov av långvarig behandling och i många fall uppstår oklarhet kring *kostnadsansvar mellan kommuner och landsting (9.1)*. Vi ser positivt på de initiativ som tagits på flera håll i landet, där huvudmännen gemensamt dragit upp riktlinjer för ansvar och mandat och funnit regionala arbetsordningar som förankrats på chefs- och politikernivå. Tillgången på landstingsanknutna behandlingshem är i dag anmärkningsvärt ojämn över landet, och ett samarbete krävs mellan landsting och kommuner för att bedöma behovet av vårdplatser. Enligt LSS och lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skall kommunerna bära kostnaderna för psykiskt funktionshindrade och psykiskt sjuka som är "medicinskt färdigbehandlade". Det råder i dag oklarhet om hur dessa lagar skall tillämpas för barn och ungdomar med psykiska problem. Vi anser att insatser enligt LSS bör prövas i högre grad än vad som är fallet i dag. Då det gäller betalningsansvarslagen föreslår vi en översyn, så att full klarhet kan nås om vem som skall betala, när ett barn inte längre behöver sluten psykiatrisk vård men inte heller kan vistas i det egna hemmet.

Inte minst från kommunerna hörs en hel del kritik mot att vårdresurser för barn och ungdomar är splittrade på olika huvudmän. För en bättre organisatorisk samordning av verksamheterna behöver man pröva nya *kommunala samverkansformer (9.2)*. Kommuner och landsting har i dag goda möjligheter att samverka i gemensam nämnd eller i kommunalförbund. Den nyligen införda, förenklade regleringen av kommunalförbund och möjligheten att bilda flersaksförbund innebär att

de olika huvudmännen har stor frihet att samverka kring olika frågor, t.ex. den öppna barn- och ungdomspsykiatrin, mödra- och barnhälsovården och socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Kommunalförbund är en samverkansform av klart intresse för våra frågor. Samverkan i gemensam nämnd, det vill säga samverkan genom gemensam politisk styrning, förutsätter däremot att frågorna är gemensamma för huvudmännen. Kommuner och landsting bär i dag olika delar av samhällets ansvar för barn och ungdomar. Vi anser att förutsättningarna för att ytterligare underlätta samarbete mellan kommuner och landsting genom gemensam politisk styrning bör utredas.

Utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem (9.3) har en sammansatt problematik som är svår att hantera inom psykiatrin och socialtjänsten. De utgör en grupp som särskilt lyfts i våra direktiv. Ungdomar som enligt SoL eller LVU placerats för vård i särskilda ungdomshem eller i andra hem för vård eller boende, behöver i många fall psykiatrisk hjälp. Dessa hjälpbehov tillgodoses inte i tillräcklig grad, visar bl.a. en enkät vi tillställt de särskilda ungdomshemmen. Det är nödvändigt att införa ett enhetligt system som klart anger vilken huvudman som har ansvar för olika delar av vården. Ansvaret för att tillgodose ungdomarnas psykiatriska vårdbehov ligger på hälso- och sjukvården. Vi föreslår att barn- och ungdomspsykiatrin skall ha en skyldighet att delta i behandlingsråd, för att tillsammans med företrädare för socialtjänst, särskilt ungdomshem eller annat hem för vård eller boende medverka i utredningen av den unges vårdbehov. Inom ramen för behandlingsrådets arbete ansvarar socialtjänsten för upprättandet av en individuell plan, av vilken det tydligt skall framgå vilken huvudman som ansvarar för vad i genomförandet av planen. Vi föreslår att bestämmelser om behandlingsråd och individuell plan införs i socialtjänstlagen. – Barn- och ungdomspsykiatrin skall också utse en patientansvarig behandlare som etablerar kontakt med de särskilda ungdomshemmen och HVB-hemmen inom det egna upptagningsområdet. Bestämmelser om detta bör införas i förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården. – Slutligen finns det enligt vår bedömning behov av kompetensutveckling inom rättspsykiatrin, så att unga lagöverträdare med allvarlig psykisk störning kan erbjudas adekvat vård.

Barn som utsatts för *misshandel och sexuella övergrepp (9.4)* är också en grupp som vi har haft ett uttryckligt uppdrag att uppmärksamma. Vi önskade få en aktuell belysning av hur man runtom i landet arbetar med misshandel och sexuella övergrepp, med särskilt fokus på det samarbete mellan socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, polis och åklagare som bedrivs inom de lokala och regionala samrådsgrupperna. Med detta syfte skickade vi i mars 1997 ut en enkät till landets samtliga länsstyrelser, och fick ett innehållsrikt underlag kring såväl

svårigheter som kvalitetsutveckling. Vår bedömning är att utvecklingen av socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt polisens arbete med sexuella övergrepp och annan misshandel av barn och ungdomar behöver samordnas nationellt och i regionala kunskapscentra. Socialsekreterarna har ett stort behov av stöd och handledning i arbetet med dessa svåra frågor, och socialtjänstens behov bör särskilt uppmärksammas. Vi föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram ett nationellt utvecklingsprogram för hela området misshandel och sexuella övergrepp mot barn. Socialstyrelsen bör undersöka möjligheten att stödja ett antal regionala centra som primärt arbetar utifrån socialtjänstens behov av kompetensutveckling, konsultation och handledning. Dessa centra skulle komplettera de regionala centra som arbetar med barn- och ungdomspsykiatri som bas. Uppbyggnaden av centra kan göras etappvis, och vi anser att Socialstyrelsen bör ges ansvar att fördela medel för detta.

Barn och ungdomar med invandrabakgrund är ytterligare en grupp som lyfts fram i våra direktiv. För att barn, ungdomar och familjer med invandrabakgrund skall få adekvat vård och stöd krävs ett *interkulturellt samarbete* (9.5). En expertpanel har försett oss med underlag i denna fråga. Interkulturellt arbete bygger på ett ömsesidigt möte mellan två eller flera kulturer. Som professionell måste man vara kulturellt medveten och ha förmåga att möta andra förutsättningslöst, med intresse och respekt. För kvalitet i arbetet krävs att personal har möjlighet att specialisera sig mot interkulturellt arbete. Det finns ett mycket stort behov av att utveckla kulturanpassade arbetsmetoder. Invandrares kompetens är underutnyttjad och det finns potential för socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola m.fl. verksamheter att stärka sin kulturkompetens genom breddad rekrytering. Vi föreslår att regeringen ger den nya integrationsmyndigheten i uppdrag att följa upp och samordna FoU-arbetet kring interkulturella erfarenheter samt utvecklingen av kulturanpassade arbetsmetoder.

Tolk används i otillräcklig utsträckning. Vi anser att det är huvudmännens ansvar att tillse att enheter som har hög andel hjälpsökande med svårigheter att kommunicera på svenska får täckning för tolkkostnader, extra tidsåtgång samt för utveckling av tolksamarbetet. Vi vill understryka att traumatiserade barn och ungdomar med flyktingbakgrund har rätt till rehabilitering, i enlighet med Barnkonventionens artikel 39, kommunens introduktionsansvar och landstingens ansvar enligt HSL. För att tillse att barn och ungdomar som far illa i flykting-/invandrarfamiljer får stöd och hjälp bör man utveckla samverkansgrupper på läns- eller annan regional nivå, för att svara för stöd i handläggning och stimulera kompetensutveckling.

Ungdomar hamnar mittemellan psykiatrisk barn- och vuxenvård (9.6). De befinner sig åldersmässigt mittemellan barndom och vuxenliv. Ungdomar med psykiska problem befinner sig i gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatrins familjeorienterade arbetssätt och vuxenpsykiatrins mer individinriktade. Detta försvårar möjligheten att få tillfredsställande stöd och vård. Ofta uppstår kontinuitetsbrott i kontakt och arbetssätt mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. För ungdomar med allvarliga psykiska problem, såsom ätstörningar, autism, schizofreni, svåra tvångssyndrom och depression med suicidrisk, fungerar vården ofta otillfredsställande.

Vi förordar en flexibel åldersgräns 16-25 år mellan BUP och vuxenpsykiatrin. Vi föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla riktlinjer för den psykiatriska vården av ungdomar, utgående från en utvidgad och flexibel samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Hur samarbetet mellan verksamheterna konkret skall utformas måste bestämmas efter de lokala och regionala förutsättningarna. Ungdomar och intresseorganisationer bör engageras i utvecklingsarbete på olika nivåer. Vi föreslår att medel avsätts, så att verksamheter som bedriver utvecklingsarbete kring flexibla åldersgränser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri erbjuds möjlighet att söka särskilda stimulansmedel. Dessa skulle framförallt vara avsedda att ge förutsättningar för att sprida resultaten av det kompetensuppbyggande arbetet.

Kompetens och kvalitetsutveckling (kap 10)

Vi pekar på några nyckelområden som vi anser väsentliga för att värna och utveckla kompetens och säkra kvalitet i de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem.

Kompetens inom verksamheterna och kännedom om varandra (10.1) är förutsättningar för kvalitet i det interna arbetet och för god samverkan. Vi anser att det i dag finns brister i barnkompetens inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, och då även inom barnhälsovården. Kompetensen att möta ungdomar är genomgående bristfällig, ungdomsmottagningarna undantagna, och ungdomskompetensen behöver förbättras i alla verksamheter som möter unga. Barns och ungdomars egna perspektiv skall beaktas, i varje enskilt möte likaväl som i all övergripande planering. Vuxenperspektivet är ofta dominerande, och varje verksamhet bör granska i vilken utsträckning arbetet utgår från barns och ungdomars perspektiv.

Dålig kännedom om angränsande professioners och verksamheters uppdrag, kompetens och arbetssätt utgör ofta reella hinder för samver-

kan. Detta är delvis en utbildningsfråga. För att bredda kunskapen om andra professioner och verksamheter, behöver de samhällsorienterande inslagen förstärkas inom de professionsinriktade högskoleutbildningarna. Samarbete över fakultetsgränserna kan utgöra ett positivt inslag.

Grundutbildning, fortbildning och vidareutbildning (10.2) är medel i det kompetensuppbyggande arbetet. Vi har uppmärksammat en rad fortbildningsbehov, som det enligt vår bedömning är arbetsgivarens ansvar att tillgodose. Från kvalitetssynpunkt är det viktigt att socialsekreterare får möjlighet till specialisering och fortbildning inom barn- och ungdomsområdet. Inom barnhälsovården bör sjuksköterskorna få fortbildning i spädbarnsutveckling och tidig kommunikation. Det finns ett allmänt behov av fortbildning i migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation såväl inom de kommunala verksamheterna som inom hälso- och sjukvården. Det föreligger även stora behov av fortbildning i att arbeta med tolk. Barn- och ungdomspsykiatrins vidareutbildningar i specialiserad diagnostik och i nya och/eller specialiserade behandlingsmetoder bör kunna samordnas nationellt.

Staten har ett särskilt ansvar för den långsiktiga kompetensuppbyggnaden. Viktiga instrument härför är professionernas grundutbildningar och andra satsningar inom högskolan. Vi föreslår att högskoleutbildningarna för blivande socionomer, psykologer, sjuksköterskor och läkare skall innehålla minst 5 poäng om migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation. För att kvalificerade vidareutbildningar skall komma till stånd krävs ett engagemang från högskoleinstitutionerna.

Behoven av *utvecklingsarbete och forskning (10.3)* ägnar vi några övergripande reflexioner. FoU-miljöer där forskare och praktiker möts och ges möjlighet att tillsammans formulera frågor och dokumentera erfarenheter behövs för att stimulera till nya arbetssätt och kompetensutveckling.

Det finns ett allmänt behov av att i det psykosociala arbetet öka inslaget av strukturerade metoder som går att utvärdera. Åtgärder behöver följas upp mer än vad som görs i dag. Det gäller även samverkansformer. En nationell samordning av statistik för socialtjänst, BUP m.fl. verksamheter, skapar möjlighet till förbättrad överblick och kommunikation (se kap. 7). Vi anser att en epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa skulle ge viktiga bidrag till kunskapsutvecklingen. Behandlingsforskningen är eftersatt och här finns stora utvecklingsbehov. Flickors och pojkers problematik skiljer sig åt, vilket måste ägnas ökad uppmärksamhet i forskning och utveckling.

Vi föreslår att den forskningspolitiska kommittén ges i uppdrag att särskilt utreda behovet och samhällsnyttan av forskning rörande barns

och ungdomars utveckling och psykiska hälsa, inklusive forskning kring förebyggande och behandlande insatser.

Psykologiska test (10.4) som är väl utprovade och tillförlitliga och som används på ett professionellt sätt är viktiga instrument i psykologiska utredningar. De bidrar till kvalitet och kostnadseffektivitet i de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem. Finansiering av testutveckling är emellertid ett allvarligt bekymmer. Enligt vår bedömning är detta en metodutvecklingsfråga som behöver lösas på en övergripande nivå. Vi föreslår därför att regeringen initierar en fond för detta ändamål, att förvaltas av Socialstyrelsen med stöd av en nämnd som ansvarar för vetenskaplig och praktisk värdering av inkomna ansökningar.

Ekonomiska konsekvenser (kap. 11)

Flertalet av de förslag som betingar beräkningsbara kostnader är inriktade på prevention. De egentliga kostnaderna är därmed svåra att uppskatta. Vår bedömning är att flera förslag i själva verket kan innebära besparingar, även på kort sikt. Vi har likväl uppskattat de direkta årliga kostnaderna för följande förslag:

- skolans elevvård (285 miljoner kr, nuvarande resursbrister ej beaktade!)
- barnomsorg för barn till arbetslösa (300 miljoner kr)
- epidemiologisk bevakning av psykisk hälsa (2 miljoner kr)
- behandlingsråd för ungdomar placerade i HVB (11,5 miljoner kr)
- BVC-stöd till flyktingbarn (1,6 miljoner kr)
- stimulansmedel för utveckling av flexibel åldersgräns BUP-vuxenpsykiatri (10 miljoner kr)
- utvecklingsfond för psykologiska test (6-7,5 miljoner kr, varav 2-2,5 miljoner kr rör barn och ungdomar).

Vi för också resonemang kring kostnaderna för förebyggande insatser för utsatta barn (11.3) och för uppbyggnad av regionala kunskapscentra (11.7).

Kommuner och landsting förmår i dagsläget inte leva upp till sina lagstadgade skyldigheter gentemot barn och ungdomar med psykiska problem. Vi har inte underlag för att bedöma vilka ekonomiska satsningar som skulle krävas för att efterleva lagstiftarens intentioner. Vår bedömning är att det krävs resurstillskott. Barns och ungdomars utveckling, hälsa och välbefinnande måste ges högsta prioritet.

Författningsförslag

Förslag till Lag om ändring i skollagen (1985:1100)

Härigenom föreskrivs i fråga om skollagen (1985:1100)

dels att 1 kap. 2 § skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas tre nya paragrafer, 2 kap. 3 a §, 2 a kap. 8 a § och 5 kap. 2 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

2 §

Alla barn och ungdomar skall, oberoende av kön, geografiskt hemvist samt sociala och ekonomiska förhållanden, ha lika tillgång till utbildning i det offentliga skolväsendet för barn och ungdom. Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig, varhelst den anordnas i landet.

Utbildningen skall ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvarsställande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever med särskilda behov.

Verksamheten i skolan skall utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar. Var och en som verkar inom skolan skall främja aktning för varje människas egenvärde och respekt för vår gemensamma miljö. Särskilt skall den som verkar inom skolan

1. främja jämställdhet mellan könen samt
2. aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasistiska beteenden.

I 71 § socialtjänstlagen (1980:620) föreskrivs en skyldighet i vissa fall att till socialnämnden genast anmäla kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd.

2 kap.

3 a §

För den elevvårdande verksamheten skall skolorna även ha tillgång till annan personal med lämplig utbildning och erfarenhet än sådan som föreskrivs i 2 kap. 2 och 3 §§ samt 14 kap. 2 §.

2 a kap.

8 a §

Ett barn som enligt 6 § erhållit plats i förskola, fritidshem eller integrerad skolbarnsomsorg skall ha rätt att behålla sin plats även om någon av föräldrarna blir arbetslös.

5 kap.

2 a §

Särskilt stöd skall ges till elever som har svårigheter i skolarbetet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1999.

Förslag till
Förordning om ändring i grundskoleförordningen
(1994:1194)

Härigenom föreskrivs att 5 kap. 1 § grundskoleförordningen (1994:1194) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

1 §

I 4 kap. 1 § andra stycket skollagen (1985:1100) föreskrivs att särskilt stöd skall ges till elever som har svårigheter i skolarbetet.

Om en elev bedöms ha behov av särskilda stödinsatser, skall en utredning kunna företas inom skolans elevvårdande verksamhet. Utredningen skall utformas med utgångspunkt i elevens svårigheter, i samråd med eleven och elevens vårdnadshavare samt efter behov innefatta pedagogisk, psykologisk, medicinsk och social utredning.

Beslut om särskilt stöd enligt detta kapitel fattas av rektorn, om inte något annat följer av 5 och 10 §§.

Om en elev behöver särskilda stödåtgärder, skall ett åtgärdsprogram utarbetas av berörd skolpersonal. Vid utarbetandet av programmet bör skolpersonalen samråda med eleven och elevens vårdnadshavare.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1999.

Förslag till
Förordning om ändring i gymnasieförordningen
(1992:394)

Härigenom föreskrivs i fråga om gymnasieförordningen (1992:394)

dels att nuvarande 8 kap. 1 § skall betecknas 8 kap. 1 a §,

dels att det i förordningen skall införas en ny bestämmelse, 8 kap. 1 §,
av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap.

1 §

I 5 kap. 2 a § skollagen (1985:1100) föreskrivs att särskilt stöd skall ges till elever som har svårigheter i skolarbetet.

Om en elev bedöms ha behov av särskilda stödinsatser, skall en utredning kunna företas inom skolans elevvårdande verksamhet. Utredningen skall utformas med utgångspunkt i elevens svårigheter, i samråd med eleven samt efter behov innefatta pedagogisk, psykologisk, medicinsk och social utredning. I fråga om en elev som inte har fyllt 18 år och inte heller ingått äktenskap skall samråd även ske med elevens vårdnadshavare.

Om en elev behöver särskilda stödåtgärder, skall den individuella studieplanen kompletteras med ett åtgärdsprogram, som utarbetats av berörd skolpersonal. Vid utarbetandet av programmet bör skolpersonalen samråda med eleven. I fråga om en elev som inte har fyllt 18 år och inte heller ingått äktenskap bör samråd även ske med elevens vårdnadshavare.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1999.

Förslag till Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620)

dels att 11 § skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas två nya paragrafer, 22 a och 22 b §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

När en missbrukare har ett underårigt barn skall särskilt beaktas barnets behov av information, råd och stöd.

22 a §

När ett barn behöver vårdas eller bo i ett hem för vård eller boende, skall en individuell plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna. I planen skall även redovisas åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för.

22 b §

Socialnämnden kan besluta om samråd för planering av den unges vård i hem för vård eller boende. I sådant samråd (behandlingsråd) har landstinget skyldighet att delta.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1999.

Förslag till Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 a §

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Patienten skall ges upplysningar om detta tillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en närstående till patienten. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.

När en patient med psykisk sjukdom/psykiskt funktionshinder, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel har ett underårigt barn skall särskilt beaktas barnets behov av information, råd och stöd. Det samma gäller för barn vars förälder plötsligt dör.

I 71 § socialtjänstlagen (1980:620) föreskrivs en skyldighet i vissa fall att till socialnämnden genast anmäla känne-

*dom om något som kan innebära
att socialnämnden behöver in-
gripa till en underårigs skydd.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1999.

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1994:953) om åligganden för
personal inom hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs att 3 § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Om upplysningar inte kan lämnas till patienten, skall de i stället lämnas till en närstående till patienten. Upplysningar skall dock inte lämnas till patienten eller någon närstående i den utsträckning det finns hinder för detta i 7 kap. 3 eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § denna lag.

När en patient med psykisk sjukdom/psykiskt funktionshinder, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel har ett underårigt barn skall särskilt beaktas barnets behov av information, råd och stöd. Det samma gäller för barn vars förälder plötsligt dör.

I 71 § socialtjänstlagen (1980:620) föreskrivs en skyldighet i vissa fall att till socialnämnden genast anmäla kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1999.

Förslag till
Förordning om ändring i förordningen (1996:933) om
verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs att det i förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården skall införas en ny paragraf, 4 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

Verksamhetschefen skall ansvara för att behövlig psykiatrisk vård enligt individuell plan ges den unge som inom landstingsområdet placerats i hem för vård eller boende med stöd av socialtjänstlagen (1980:620) eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Verksamhetschefen skall även utse en patientansvarig behandlare.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1999.

1 Inledning

1.1 Kommitténs uppdrag

Barnpsykiatrikommitténs utredningsarbete rör barn och ungdomsgrupper med psykiska problem av växlande art och svårighetsgrad. Barns och ungdomars viktigaste stöd under uppväxten är föräldrarna och familjen. Psykiska problem kan ha stor betydelse för livsmöjligheterna både nu och i framtiden och samhällets stödinsatser för familj och barn kan vara av avgörande betydelse. Stödet kan ges i basverksamheter, som mödra- och barnhälsovården, skolan och barnomsorgen, eller i specialistfältet, som barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar och kliniker, barn- och ungdomshabiliteringen och/eller socialtjänstens individ- och familjeomsorg. På vilket sätt samhällets stöd skall utformas så att det på bästa sätt kommer barn, ungdomar och familjer till godo har fokuserats i utredningsarbetet.

1.2 Kommitténs arbete

Vi har tagit del av utredningar, verksamhetsberättelser, rapporter och forskning på området samt i vissa fall inbjudit föreläsare till våra sammanträden för att bredda den allmänna kunskapen i kommittén och för att ta del av aktuella undersökningar. Under arbetets gång har vi vid behov samrått med myndigheter och organisationer och gjort studiebesök till olika verksamheter.

Många intressenter har tagit kontakt och förmedlat information och synpunkter. Inte minst vårt delbetänkande Roster om barns och ungdomars psykiska hälsa (SOU 1997:8) gav upphov till kommentarer och kontakter.

Socialstyrelsen har i sin nationella översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården, i särskild ordning behandlat den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Rapporten Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården (underlagsrapport, Socialstyrel-

sen 1997:8) har tjänat som underlag till avsnittet om barnpsykiatri och refereras i kapitel 6.

Vi har deltagit i referensgruppen för mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa vid Socialstyrelsens epidemiologiska centrum.

Egna undersökningar m.m.

Samhällets kostnader för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem har analyserats inom ramen för ett särskilt projekt i kommittén. En omfattande egen enkätundersökning har gjorts. Resultaten av den används i detta betänkande och redovisas i kapitel 7 samt i sin helhet i separat bilaga.

Underlaget till kapitlet om vård och stöd samt samarbetet mellan olika myndigheter vid misshandel och/eller sexuella övergrepp mot barn har också tagits fram i särskilt projekt inom kommittéarbetet. I samråd med Socialstyrelsen vände vi oss under våren 1997 till länsstyrelserna med en enkätundersökning i syfte att få aktuell information om hur arbetet och samarbetet mellan olika myndigheter i dag fungerar. Resultaten av enkätundersökningen har behandlats under ett seminarium som vi anordnat tillsammans med Socialstyrelsen under våren 1997.

Vidare har vi i en enkät under våren 1997 till habiliteringschefer i landet, ställt frågor om habiliteringens roll och arbetssätt vad gäller barn och ungdomar med psykiska problem och hur samverkan mellan barnpsykiatri och barnhabilitering kan te sig. Enkätundersökningen utgjorde ett komplement till en konferens som kommittén tillsammans med Allmänna Barnhuset anordnade tidigare samma vår vid Sätra Bruk. Konferensen och enkätundersökningen utgör dels underlag till frågornas behandling i detta betänkande, dels redovisas resultaten i sin helhet i en särskild skrift, Växa på egna villkor (Allmänna Barnhuset och Barnpsykiatrikommittén 1997).

I samarbete med Statens institutionsstyrelse (SiS) gjordes en enkätundersökning under våren 1997 av de särskilda ungdomshemmens samarbete med barn- och ungdomspsykiatri.

Under hösten 1997 gjordes en kort enkätundersökning som riktades till ungdomsmottagningarnas kuratorer och/eller psykologer i syfte att få en aktuell bild av insatser inom ungdomsmottagningarna för ungdomar med psykiska och/eller psykosociala problem.

I syfte att bilda oss en uppfattning om vilka kunskaper som behövs inom barnpsykiatri och socialtjänstens IFO för att arbeta interkulturellt med barn och ungdomar har vi vänt oss till ett 15-tal nyckelpersoner, med mångårig erfarenhet av interkulturellt arbete och som arbetar i

bostads- och upptagningsområden med flerkulturell befolkningssammansättning. Vi har fått ett stort gensvar i detta arbete och fått omfattande material från hela arbetsgrupper.

Ordföranden formulerade 15 frågor i början av utredningen till kommitténs sakkunniga och experter för diskussion. Frågorna har i vissa fall vidarebefordrats till referensgrupper och därför även besvarats av intresserade utanför kommittén. En sammanställning av svaren har utgjort ett av våra underlag.

Kommitténs utfrågningar

Olika intresseorganisationer deltog under våren 1997 i en hearing om samhällets stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem: "Vad tycker användarna?" (deltagarlista, se bilaga).

I syfte att få en bild av socialtjänstens arbete med barn och ungdomar som har eller riskerar att få psykiska problem anordnades en hearing under hösten 1997. De områden som belystes var bl.a. socialtjänstens arbete med barn i utsatta miljöer och utagerande ungdomar, socialtjänstens förebyggande arbete, kärnkompetensen inom socialtjänsten och socialtjänstens utvecklingsmöjligheter m.m. (deltagarlista, se bilaga).

Hösten 1996 anordnade vi en två-dagars hearing för barnpsykiatrin om uppväxtårens psykiska problem där vi samlade erfarenheter och forskning. Hearingen utgör utgångspunkten för vårt delbetänkande Roster om barns och ungdomars psykiska hälsa (SOU 1997:8).

Referensgrupper

Till sekretariatet har knutits en referensgrupp med representanter från olika intresseorganisationer. Referensgruppen har sammanträtt två gånger och däremellan tagit del av olika avsnitt i betänkandet, med tillfälle att lämna synpunkter.

Till projektet om samhällets kostnader för stöd och vård har referenspersoner knutits i samband med utarbetandet av enkäterna och i samband med tolkning av resultaten.

Besök i våra grannländer

Delar av sekretariatet och ordföranden har i oktober 1996 besökt Norge för att ta del av hur stödet till barn och ungdomar med psykiska problem är organiserat i Norge, arbetsmetoder och utveckling på området,

med särskild betoning på samarbetet kring vissa målgrupper, som barn i kris, sexuella övergrepp, flyktingbarn m.fl.

Under våren 1997 besökte delar av sekretariatet och ordföranden Danmark, där arbetet med utagerande tonåringar och stöd och vård till ungdomar med invandrar- och/eller flyktingbakgrund, liksom skolans roll för barn och ungdomar med psykiska problem var några av de områden som belystes.

Huvudsekreteraren besökte Finland under våren 1997 för att ta del av kunskaper och erfarenheter av samlokalisering och samarbete mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Andra områden som studerades var vuxenpsykiatrins arbete med anhöriga – särskilt barn –, barnläkare för de mest utsatta barnen samt barnskyddet inom socialtjänsten.

Det nordiska perspektivet har kompletterats med en expertrapport om insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar i Schweiz.

Konferenser

Sekretariatet har deltagit i flera konferenser som vi bedömt viktiga för kommitténs uppdrag. Dels har sekreterarna föreläst om Barnpsykiatrikommitténs uppdrag och arbete i olika sammanhang, med tillfälle att fånga upp reaktioner och synpunkter, dels har sekretariatet varit representerat på konferenser. Vi vill här särskilt nämna följande av Allmänna Barnhusets konferenser vid Sätra Bruk som givit värdefulla underlag: Konferens om DAMP, sommaren 1996, Förskolebarn med invandrarbakgrund, våren 1997, Elevvård – lyx eller nödvändighet?, hösten 1997 samt Barn till psykiskt sjuka föräldrar, våren 1997. Den sistnämnda konferensen anordnades av Allmänna Barnhuset tillsammans med Socialstyrelsen.

2 Psykiska problem hos barn och ungdomar i ett samhällsperspektiv

Vår bedömning: Psykiska problem hos barn och ungdomar är en folkhälsofråga av stor betydelse. Även en försiktig uppskattning visar att minst 5-10 % av alla barn och ungdomar lider av psykiska problem och störningar, vid en viss tidpunkt. Ur ett samhällsperspektiv är det väsentligt att satsa på breda hälsobefrämjande insatser, och att söka undanröja skadefaktorer. Större samhällsbeslut borde inbegripa en konsekvensanalys av hur tänkbara förändringar skulle påverka livsvillkoren för barn och ungdomar.

Vi bör se barns och ungdomars psykiska problem i ett folkhälsoperspektiv analogt med andra omfattande samhällsproblem – olycksfall, tandhälsa, hjärt- och kärlsjukdomar, alkoholrelaterade hälsobrister etc. Samhälls- och folkhälsoperspektivet innebär att man eftersträvar att minska kända betydelsefulla riskfaktorer på olika nivåer i samhället. Troligen är kvalitativt bra basverksamheter som MVC, BVC, barnomsorg, skola av speciellt stor betydelse. I den mån psykiska problem kan förebyggas genom generella insatser, såsom stöd till den unga familjen och bra basverksamheter, kan man se kostnaderna som investeringar snarare än som konsumtion av resurser.

Olika verksamheter i samhället kan medverka i en allmän strävan att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdom. Att gynna barns och ungdomars allsidiga utveckling och att förebygga psykiska skador bör ses som ett övergripande samhällsprojekt av ungefär samma karaktär som t.ex. strävan att skapa ett ekologiskt hållbart samhälle, ökad jämställdhet mellan könen, att förbättra människors externa livsvillkor, minska olycksfall, minska skador av alkohol och droger. En utgångspunkt för myndigheter och offentliga verksamheter kan vara en analys av följande kärnfrågor:

- Tar verksamheten hänsyn till grundläggande behov hos barn och de krav föräldrarollen ställer på småbarnsföräldrar?
- Hur kan verksamheten dra sitt strå till stacken för att barn och ungdomar inte skall utsättas för långvariga psykiska påfrestningar?
- Har verksamheten inom ramen för sin kärnuppgift möjligheter att förebygga psykiska skador hos barn och ungdomar genom undanröjande av riskfaktorer som mobbning, utstötning, isolering av enskilda eller grupper av barn och ungdomar?
- Kan verksamheten bidra till minskade risker för hjärnskador förorsakade av avsiktligt och oavsiktligt våld samt alkohol- och drogkonsumtion?

Ett samhällsövergripande arbete av sådan art är inte direkt inställt på att uppnå vissa tydliga och lätt identifierbara resultat. Det är svårt att peka på enkla och klara mål-medel-resultat-relationer. Ett starkare barn- och ungdomsperspektiv samt en mer konsekvent reduktion av riskfaktorer inom olika tänkbara verksamheter är i första hand ett sätt att försvara eller verka för gemensamma centrala samhällsvärden. I det långa perspektivet är psykisk hälsa hos barn och ungdomar avhängigt av i vilken mån ett folkhälsoperspektiv präglad av barns och ungdomars behov får genomslag hos allmänhet och beslutsfattare i olika verksamheter. Detta synsätt har ett klart stöd i FN:s konvention om barnets rättigheter.

Barnkommittén som nyligen avlämnat sitt slutbetänkande (SOU 1997:116) föreslår att Barnkonventionen inte ges status av nationell lag, men att konventionens intentioner förvaltas genom tillsyn över existerande lagstiftning och bevakning av att framtida lagstiftningsarbete bringas i överensstämmelse med Barnkonventionen. Barnkommittén föreslår att det bör fastställas nationella mål för genomförandet av Barnkonventionen på alla nivåer i landet. Dessa mål bör ingå i en nationell strategi antagen av riksdagen. Utöver de nationella målen bör det ställas krav på kommunala handlingsplaner och uppföljning på såväl kommunal, regional som nationell nivå. Vi hänvisar i dessa frågor av "agendakaraktär" till Barnkommitténs arbete, men uttalar att stark samhällelig vakthållning kring barns och ungdomars rättigheter, integritet och värde klart gagnar de mål som vi vill befrämja i fråga om barns och ungdomars psykiska hälsa.

Möjligheterna att anlägga ett praktiskt användbart folkhälsoperspektiv bygger på två grundförutsättningar:

- att det finns grundläggande kunskaper om problemens utbredning samt om relevanta skadefaktorer och/eller skyddsfaktorer
- att det står i samhällets makt att påtagligt minska barns och ungdomars utsatthet för skadefaktorer och/eller främja effekten av stödjande och hälsobringande faktorer.

I ett samhällsperspektiv är det således lika viktigt att fråga sig vad som främjar barns och ungdomars psykiska hälsa som att motverka risk- och skadefaktorer. Som en mer generell regel gäller att åtgärder riktade till en liten utsatt grupp (mindre än 5 %) sällan kan förväntas ge folkhälsoeffekter. Även om risken för ohälsa i en så liten grupp är betydande kommer inte ens en mycket framgångsrik intervention att ge påtagliga effekter på folkhälsan. De allra flesta individer med nedsatt psykisk hälsa kommer i framtiden att rekryteras ur den stora gruppen (90 % av befolkningen) med måttligt förhöjd risk eller genomsnittlig risk. Strategier som varit framgångsrika i andra sammanhang (t.ex. i fråga om barnolycksfall, infektionsprofylax, tandskador) har inneburit satsningar som minskat utsattheten för hälsorisker för hela befolkningen eller för stora befolkningsgrupper. I vårt delbetänkande (SOU 1997:8) har vi redovisat vår syn på riskfaktorer, skyddsfaktorer och orsaksmekanismer relaterade till psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Sammanfattningsvis har vi ställt oss kritiska till enkla orsak-verkan-modeller. Aktuella forskningsrön pekar mot förekomsten av komplexa händelsekedjor och ett under barn- och ungdomsåren dynamiskt samspel mellan faktorer på individ-, familje- och samhällsnivå.

Även med mycket strikta och snäva definitioner uppgår förekomsten av psykiska problem och störningar vid en viss tidpunkt till minst 5-10 % av barn- och ungdomspopulationen. De psykiska problemen vållar stort lidande hos de drabbade och deras familjer och kostnaderna för samhället är avsevärda – den egentliga barnpsykiatriska vården kostar drygt en miljard kronor per år (se kapitel 7). Denna vårdkostnad utgör bara ca 10 % av samhällets beräkningsbara kostnader för barns och ungdomars psykiska problem. Därtill kommer kostnader som är latenta och svåra att beräkna, t.ex. att en individ aldrig kunnat utbilda sig på den nivå han/hon kanske har kapacitet för. För den enskilde individen kan en period av allvarliga psykiska problem tveklöst ge livslånga konsekvenser, både socialt, utbildningsmässigt och ekonomiskt. Utvecklingen mot ett utpräglat kunskaps- och informations-samhälle samt kraven på sociala samspel i arbetslivet innebär att även måttliga psykiska problem kan få karaktären av allvarliga funktionshinder.

Psykiska problem kan också kosta barn och ungdomar livet. Psykosociala faktorer är inblandade i de flesta dödsfall som drabbar ton-

åringar. Själv mord är den vanligaste dödsorsaken bland pojkar och unga män i åldern 15-29 år, vanligare än död i trafikolyckor. Bland flickor och unga kvinnor i motsvarande åldrar är det mindre vanligt, men även för dem utgör själv mord en av de vanligaste dödsorsakerna (Hulthén & Wasserman 1995).

Psykiska problem hos barn och ungdomar är vanligare hos familjer som på olika sätt är socialt utsatta eller underprivilegierade. En sammanställning av utfall från 4-årings-kontrollen i Stockholm visade att avvikelser var betydligt vanligare i det socioekonomiskt minst gynnade området jämfört med det mest gynnade (Bremberg m.fl 1996). En omfattande longitudinell studie i Uppsala gav motsvarande resultat (Mellbin m.fl. 1994). Det finns ett moraliskt ansvar för samhället att genom politiska åtgärder göra det som går för att alla barn skall få en så likvärdig start som möjligt. Vår utredning berör frågor som kan ha implikationer för hela det social- och familjepolitiska fältet. Förslaget om periodisk mätning av psykisk hälsa hos svenska barn (se kapitel 5), har bäring på dessa samhällsfrågor.

2.1 Det hälsobefrämjande perspektivet

Det hälsobefrämjande perspektivet är av särskilt stor vikt. Forskningsrön visar att barns, ungdomars och föräldrars känsla av sammanhang i tillvaron, dvs. att tillvaron uppfattas som begriplig, hanterbar och meningsfull tycks vara en grundläggande förutsättning för bevarad psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande (Antonovsky 1991). Påfrestningar kan aldrig undvikas helt, men en stark känsla av sammanhang gör det möjligt att finna konstruktiva sätt att möta verkligheten. Det är en viktig uppgift för samhället och dess organ att identifiera och söka eliminera avgörande risk- och skadefaktorer. Lika viktigt kan det vara att skapa förutsättningar som gör barn och föräldrar mer kapabla att handskas med krissituationer och stressfaktorer. Bildligt talat skulle man kunna säga att drunkningsolyckor inte förhindras bara av att man håller barn borta från vatten och bygger stängsel vid flodbrinkar, utan även genom ökad simkunnighet och användning av flytvästar i risk-situationer.

I det följande skall några för den psykiska hälsan strategiskt viktiga samhällsområden kommenteras kortfattat.

2.2 Familjepolitiken

Familjesociala problem har en relativt stark koppling till psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Folkhälsoperspektivet på psykisk ohälsa motiverar en familjepolitik som, i så stor utsträckning som möjligt, ger stöd i föräldraskapet.

I dag lever uppskattningsvis drygt en kvarts miljon barn under 17 år med en ensamförälder. Många barn har bristfällig kontakt med den andra föräldern, oftast fadern, trots att barnet behöver bägge föräldrarnas engagemang och stöd. Problemen är, från barnsynpunkt, så stora att det är väl motiverat med särskilda preventiva program som har till syfte att förhindra att någon av föräldrarna bara får en marginell roll i barnens liv.

Samhällets stöd till barnfamiljerna bör utformas så att man tar hänsyn till att flera samtidiga stressfaktorer i en familj ökar risken mångfaldigt för att barnen skall tappa den psykiska balansen. En kombination av t.ex. äktenskapliga misshälligheter, täta flyttningar, dålig ekonomi och missbruk hos förälder/föräldrar ökar risken för störningar hos barnet. Riskfaktorer av ovan nämnda slag växelverkar med varandra på ett förstärkande sätt.

2.3 Kultur och fritid

Barn och ungdomar behöver tillgång till kultur och aktiviteter som kan ge perspektiv på egen och andras verklighet. Kvalitetsmässigt goda verksamheter som stödjer nyfikenhet, kreativitet, koncentration och engagemang föder mening och sammanhang och utgör därför grundläggande förutsättningar för utveckling. Samhället måste vara berett att satsa medel på ett kvalitativt gott kulturutbud som riktar sig till barn och ungdomar och som utgör en motvikt till det rent kommersiella utbudet.

Vi vill peka på att vuxenvärlden – föräldrar, lärare, beslutsfattare och andra – kan göra mycket för barns psykiska hälsa genom att uppmuntra och stödja barn och ungdomar att hitta något eget – om det så är fotboll, dans, ridning, schack – som kan ge kraft, riktning och gemenskap. Koncentration och engagemang är en viktig jordmån för all psykisk utveckling.

Genom att stödja folkrörelser och frivilligorganisationer kan kommuner bidra till att resurser tillvaratas för barn och ungdomar. Det är särskilt viktigt att stödja verksamheter som engagerar unga och vuxna tillsammans. Kommunerna bör fördjupa sin samverkan med folkrörelserna i syfte att söka upp och engagera barn och ungdomar som befin-

ner sig i riskzonen för sociala och/eller psykosociala problem. Socialt utsatta områden behöver genomtänkta kommunala program som kan stimulera föreningslivet utifrån lokala förutsättningar.

2.4 Förebyggande mödravård, förlossningsvård och verksamhet vid barnavårdscentral

Vårdkedjan MVC-BB-BVC har en viktig uppgift att ge stöd i föräldraskapet och befrämja det tidiga samspelet föräldrar-barn. En god föräldra-barn-relation under de allra första levnadsåren, särskilt spädbarnsåret, är av stor vikt för att man senare i livet skall kunna bygga upp trygga och förtroendefulla kontakter och tåla påfrestningar. Risken för brister i samspelet och otrygg anknytning föräldrar-barn ökar väsentligt om familjen lever under stress relaterad till t.ex. dålig ekonomi, sjukdom, missbruk och bristande familjegemenskap.

Vi utvecklar i avsnitt 4.2 vår syn på mödra- och barnhälsovårdens roll och funktion.

2.5 Barnomsorgens roll

Integrationen mellan förskola, skola och fritidshem skapar förutsättningar för utveckling av en samsyn av barns behov, utveckling och lärande. Barnomsorgens arbetssätt syftar till att stimulera barnets känslomässiga, sociala, motoriska och intellektuella utveckling. Öppna förskolan spelar en positiv roll för många familjer, genom att skapa kontaktytor för både barn och föräldrar och vara en plats för stimulerande sysselsättning. Vi anser att det är viktigt att barnomsorgens förhållningssätt när det gäller helhetssyn på barns utveckling och föräldrasamarbete får genomslag i skolan.

Barnomsorg av god kvalitet minskar sociala klyftor mellan barn i fråga om utveckling och minskar risken för senare psykiska och sociala problem (Andersson 1989). Omfattande studier från USA visar att barn från socialt missgynnade och utsatta grupper kan åtminstone delvis kompenseras genom förskoleverksamhet. Förskoleprogrammen stimulerar barnens intellektuella utveckling och motivation. I en långtidsuppföljning hade de som fått förskoleträning som barn, vid 27-års ålder bättre utbildning och högre inkomster och förekom mindre ofta i social- och brottsregister jämfört med kontrollbarn (Schweinhart 1996).

Barnomsorgens arbete med barn i särskilda behov analyseras i avsnitt 6.2. I avsnitt 4.6 redovisar vi vår syn på och våra förslag gällande behovet av förskola i relation till föräldrars förvärvssituation.

2.6 Skolans roll

Barn tillbringar en stor del av sin vakna tid i skolan. Det innebär att skolan är, eller åtminstone borde vara, den viktigaste arenan för samhällets strävan att bevara och främja barns psykiska hälsa. Den basala förutsättningen för att skolan skall bidra till psykisk folkhälsa är att barnen trivs i skolan, kan växa i självkänsla i skolmiljön och att de inte behöver uppleva sig som misslyckade, utstötta eller mobbade.

Inlärnings svårigheter, skolmisslyckanden och dåliga relationer till kamrater och lärare är tunga riskfaktorer för senare psykiska och sociala problem. Skolans samarbetsklimat och professionella kompetens spelar en roll för hur det kommer att gå för barn och ungdomar på sikt.

Barn med nedsatt psykisk hälsa fungerar ofta dåligt i skolan, i många fall så uttryckligt att utbildningsinsatserna mer eller mindre är bortkastade. Det pedagogiska uppdraget kan därför ej skiljas från uppdraget att uppmärksamma och vaka över skolbarnens välbefinnande, sociala anpassning, kamratrelationer etc. Sannolikt går det inte att nämnvärt förbättra den psykiska hälsan hos svenska barn utan att skolan fungerar som en trygg och stimulerande arbetsplats för den överväldigande majoriteten av alla barn. I ett särskilt avsnitt redovisar vi vår syn på elevvårdens roll i skolan (avsnitt 4.3).

2.7 Alkohol- och drogfrågor

Alkohol- och drogmisbruk är en utomordentligt stark riskfaktor för psykisk, psykosomatisk och social ohälsa. Det är svårt att veta vilken effekt traditionella insatser av typen antidrogkampanjer har. Vissa uppföljningar tyder dock på att effekten är liten eller måttlig. Av ovanstående skäl är utvecklingen av effektiva preventionsprogram av utomordentlig vikt, och utveckling och utvärdering av sådana bör ges hög prioritet.

3 Våra definitioner

3.1 Psykisk hälsa

"Hälsan tiger still", säger ett talesätt. Sanningshalten i talesättet framträder tydligt, då man försöker definiera hälsa i allmänhet och psykisk hälsa i synnerhet. Man hamnar lätt i negationer, det vill säga i diskussioner om ohälsa och sjuklighet. De flesta är dock överens om att hälsa är någonting annat än enbart frånvaro av ohälsa.

Ett försök att definiera psykisk hälsa i positiva termer har gjorts av den amerikanska forskaren Emmy Werner, som studerat barns och ungas psykiska hälsoutveckling. Hon vill se förmågan att älska, att arbeta, att leka och att förvänta sig gott som uttryck för psykisk hälsa (Werner & Smith 1992).

Andra forskare har fokuserat förmågan att hantera stress och utmaningar som viktiga förutsättningar och uttryck för psykisk hälsa. I detta ligger att kunna möta omgivningens krav på ett flexibelt och anpassat sätt, och att ha en erfarenhetsbaserad tilltro till den egna förmågan (Masten & Coatsworth 1995, Block & Block 1980). Antonovsky (1991) har i sina resonemang om psykisk hälsa utgått ifrån att vi hela tiden ställs inför utmaningar och påfrestningar. Hur vi kan hantera dessa hänger samman med om stressfaktorerna ter sig begripliga och förutsägbara, om vi upplever att vi har resurser att möta dem och om de krav vi ställs inför framstår som meningsfulla utmaningar som är värda vårt engagemang. Känslan av sammanhang, som Antonovsky vill se som ett uttryck för psykisk hälsa, utvecklas ur erfarenheten att tillvaron är begriplig, hanterbar och meningsfullt sammanhängande.

3.1.1 Röster om psykisk hälsa

I vårt delbetänkande (SOU 1997:8), *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa*, förde vi en relativt ingående diskussion kring vad som orsakar psykisk hälsa respektive ohälsa. Vi knöt an till den helhetssyn på barns utveckling som på senare år vuxit sig allt starkare i vetenskapliga sammanhang. Denna helhetssyn innebär att man ser barnet som en

växande individ vars känslor, reaktioner och beteenden måste förstås i sitt psykologiska och sociala sammanhang, med beaktande av barnets biologiska mognad och funktioner. Med den moderna forskningens hjälp vet vi alltmer om vad som utgör kritiska faktorer i barns utveckling, vad som leder framåt, skyddar eller utgör risker för den psykiska hälsan. Olika synsätt och kunskapsområden har väsentliga bidrag att ge, och i delbetänkandet sammanfattade vi några viktiga perspektiv.

En fördjupad teoretisk analys av begreppet psykisk hälsa har gjorts av fil. dr Margit Wångby, på uppdrag av Barn- och ungdomsdelegationen (Barns och ungdomars psykiska hälsa. Några aktuella ansatser till ett helhetsperspektiv, Inrikesdepartementet 1997). Rapporten utgör ett allmänt kunskapsunderlag och är samtidigt ett bidrag till det förberedande arbetet inför en epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa (se kapitel 5).

Begreppet psykisk hälsa får enligt vår bedömning en ordentlig genomlysning i de ovan nämnda arbetena. Vi hänvisar i allt väsentligt till dessa, och väljer att här endast lyfta fram familjens roll och ansvar för barns och ungdomars psykiska hälsa.

3.1.2 Barnet och familjen

Människobarnet är vid födseln helt värnlöst. Under lång tid är barnet beroende av ständig omsorg och skydd för sin överlevnad. Spädbarnet söker själv aktivt kontakt med omgivningen. Det tar aktivt in sinnesintryck, och är särskilt intresserat av sådant som innebär social kontakt. Barnet är alltså, sitt beroende av omvårdnad till trots, inte en passiv mottagare. Redan från början finns en ömsesidighet i samspelet mellan barn och förälder, och föräldern anpassar sig i allmänhet intuitivt till barnets rytm och stimulansbehov. Den tidiga anknytningen mellan barn och förälder har visat sig ha stor betydelse för den fortsatta utvecklingen, liksom för den psykiska hälsan. Detta, som kanske inte är i alla delar överraskande, har varit föremål för ingående studier under de senaste decennierna.

Inom barnpsykologin har man länge framhållit de tidiga upplevelsernas betydelse för utveckling och psykisk hälsa. Hos lite äldre barn ser man att förmågan att skapa varaktiga och ömsesidiga relationer är förenade med motståndskraft mot psykiska påfrestningar.

Familjen är barnets viktigaste miljö. I en familj påverkar man varandra ömsesidigt, man utgör ett system av individer med inbördes relationer. Barnet behöver uppleva att omgivningen är förutsägbar och att det finns en trygg bas från vilket barnet sedan kan utforska världen i sin egen takt. Från den ursprungliga relationen till vanligtvis mamman vid-

gar barnet sin intressesfär mot båda föräldrarna och omgivningen. Föräldrarnas känslomässiga närvaro och lyhördhet för barnets behov är av central betydelse. Under de första levnadsåren utvecklar barnet så en medvetenhet om att vara en egen person, en individ i relation till andra individer, inklusive eventuella syskon. En familj som är någorlunda stabil och som ser och bekräftar barnet som egen person är en grundläggande förutsättning för psykisk hälsa.

Då barnet blir äldre blir kontakter utanför familjen allt viktigare. Barn behöver andra barn, för lek och samvaro, för att spegla sig själva och för att definiera sig som en individ också utanför familjen. Goda kamratrelationer är inte bara ett behov utan också ett hälsotecken. Även relationer till andra vuxna än föräldrarna – till släktingar, förskolepersonal, grannar, lärare och kamraters föräldrar – kommer så småningom att öka i betydelse. Om barndomen före puberteten ändå i hög grad präglas av relationen till föräldrarna, innebär tonårstiden en frigörelse från dessa relationer. Det är inte en obetingad frigörelse, utan en period då föräldrars tillgänglighet är livsviktig. En god lösning på tonåringens självständighetssträvan förutsätter att föräldern finns kvar som en bas och ett skydds nät.

Föräldrars juridiska ansvar regleras i föräldrabalken (1949:381). Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran, och det är föräldrarnas (vårdnadshavarens) ansvar att se till att dessa behov blir tillgodosedda (se avsnitt 6.4).

3.1.3 Familjen och samhället

En grundläggande funktion för varje samhälle är att se till att skapa gynnsamma förhållanden för det uppväxande släktet. Det primära ansvaret för omvårdnad och fostran ligger hos föräldrarna, men samhället måste ge föräldrar förutsättningar att utöva ett gott föräldraskap. Barnens hälsa och utveckling är hela samhällets ansvar och angelägenhet. I vårt land har centrala delar av detta sekels välfärdspolitik därför varit inriktade på att stödja barnfamiljerna. Samhälleliga aspekter på barns och ungdomars psykiska hälsa sammanfattas i föregående kapitel 2.

I föreliggande betänkande beskriver vi olika samhällsinstitensers stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Vi gör så med full vetskap om att föräldrarna är barnets viktigaste stöd. Samhällets vård och stöd skall komplettera föräldrarnas insatser, och ske i samspel med dem.

3.2 Barn och ungdomar med psykiska problem

Vår bedömning: Vi väljer att i första hand definiera psykiska problem utifrån de symtom barnet eller den unge har. Symtom kan vara subjektiva, det vill säga något individen själv upplever och besväras av. Det finns också objektiva symtom, det vill säga uttryck och beteenden som noteras av omgivningen. De subjektiva och objektiva symtomen är båda uttryck för de psykiska problemen. Barn och ungdomar som har symtom som är varaktiga och som hindrar dem att fungera och utvecklas optimalt har psykiska problem som kräver stöd och vård.

Vissa förhållanden innebär särskilda risker för barnets psykiska hälsa och utveckling. Barn och ungdomar som befinner sig i utsatta situationer och miljöer bör få stöd och vård, även om de i nuläget inte har tydliga symtom.

Psykiska problem skall alltid betraktas i ett helhetsperspektiv. Symtomen är signaler, men för att förstå deras innebörd, måste man sätta sig in i barnets totala situation, och åtgärder skall planeras med hänsyn till denna.

I våra direktiv står som första punkt att "utredningen skall definiera gruppen barn och ungdom med psykiska problem". Definitionsfrågan är grundläggande för hela uppdraget. En bedömning av problemens omfattning liksom av samhällets kostnader måste utgå från en gemensam definition av vad man avser med psykiska problem hos barn och ungdomar. Då utredningen beskriver samhällets insatser, såväl behandlande som preventiva, måste också dessa vara entydigt relaterade till en sådan definition. Detsamma kan sägas om ansvarsfördelningen mellan olika samhällsinstanser; en meningsfull diskussion härom måste självklart utgå från att man definierat problemen.

Det är en uppenbar förenkling att tala om *en* definition, liksom att, som i kommittédirektiven, tala i singularis om "gruppen barn och ungdom med psykiska problem". I själva verket är detta en mycket heterogen grupp. Det rör sig om spädbarn, småbarn, skolbarn likaväl som tonåringar. Då vi här i allmänna termer talar om "barn", avser vi hela åldersintervallet. Barnets problem är i varierande grad sammanvävda med föräldrarnas och den övriga familjens psykiska välbefinnande och sociala funktionsförmåga. Barns psykiska problem kan ha olika varaktighet, och vara mer eller mindre framträdande, eller ta sig skilda uttryck i olika utvecklingsskedan. Den omgivande sociala och kulturella miljön kan vara av betydelse för hur problemen uttrycks och uppfattas.

Problemen kan innebära ett stort lidande för barnet självt (*subjektiva symtom*), men kan också vara av en karaktär som kanske framförallt noteras av omgivningen (*objektiva symtom*). I flertalet fall finns såväl subjektiva som objektiva symtom, men de kan vara mer eller mindre uttalade. Ett nedstämt och ängsligt barn signalerar sina svårigheter på ett mindre tydligt sätt, det vill säga de objektiva symtomen är mindre iögonenfallande, än vad som är fallet för ett utagerande och aggressivt barn.

Förutom denna heterogenitet i kvalitet och art, finns en mycket stor variation i de psykiska problemens svårighetsgrad. Inget barn kan leva och växa upp helt förskonat från psykiskt obehag. Perioder av obalans och lättare psykiska besvär hör till livsvillkoren. I dynamiska utvecklingskedan är barnet ofta extra känsligt och labilt, och man talar om normala utvecklingskriser eller vad man populärt skulle kunna kalla "psykisk växtvärk". Omvälvande och svåra händelser i barnets och familjens liv kan ge upphov till psykisk smärta, utan att denna har en karaktär och varaktighet som motiverar professionella vård- och stödinsatser. Om sådana behövs eller ej beror i hög grad på vilka resurser som finns i barnets normala omgivning, om det finns ytterligare belastande, eller omvänt, skyddande faktorer, och också på barnets konstitutionella sårbarhet. Om problemen är sådana att barnets personliga tillväxt och mognad hindras, behövs särskilda insatser för stöd och vård.

Vi rör oss alltså i ett komplext fält då vi talar om psykiska problem hos barn och ungdomar. Detta leder lätt till begreppsförvirring. Ibland talar man relativt svepande om barn och ungdomar i behov av särskilt stöd, medan man andra gånger avser specifika barnpsykiatriska syndrom. Ibland utgår man från en beskrivning av barnets känslomässiga svårigheter, till exempel svårigheter att kontrollera den egna aggressiviteten. Andra gånger talar man framförallt om problemens sociala konsekvenser, såsom exempelvis kriminalitet. Inte sällan definieras problemen utifrån kända riskfaktorer eller orsaker, exempelvis barn som utsatts för särskilt svåra upplevelser. Det kan röra sig om brister i föräldrarnas omsorg och vård, eller om traumatiska erfarenheter. Sexuella övergrepp utgör ett tydligt exempel på det sistnämnda.

3.2.1 Tre huvudperspektiv

För att undvika begreppsförvirring, bör man tydligt definiera huruvida man, då man talar om barn och ungdomar med psykiska problem, i förstone definierar gruppen utifrån:

1. symtom
 - a. subjektiva – barnets egna upplevelser
 - b. objektiva – observerbara beteenden
- 2 orsaksfaktorer, exempelvis
 - a. medfödd sårbarhet hos barnet
 - b. tidiga relationsstörningar
 - c. traumatiska erfarenheter (t.ex. övergrepp, våld, tidiga separationer)
 - d. påtagliga brister i omhändertagande och omsorg
 - e. relationsstörningar i familjen
 - f. psykosociala stressorer (t.ex. arbetslöshet, missbruk i familjen, flyktingskap, kulturkrockar)
 - g. organiska skador (medfödda eller förvärvade hjärnskador, vissa allvarliga kroppsliga sjukdomar)
- 3 åtgärder, exempelvis
 - a. särskilt stöd i förskola och skola
 - b. lek- eller samtalsterapi
 - c. familjeterapi
 - d. vård enligt SoL, LVU

För en helhetssyn på barnets behov av vård och stöd behöver man självklart beakta såväl symtom, tänkbara orsaker och deras relativa betydelse, som möjliga åtgärder. Samtliga perspektiv är relevanta, och man kan inte bortse från komplexiteten. Däremot kan man vinnlägga sig om att tydligt definiera perspektiv. Talar vi om en grupp barn och ungdomar med en viss typ av symtom, eller om en grupp vars livserfarenheter och konstitution utgör riskfaktorer, eller talar vi om en grupp som har det gemensamt, att de varit föremål för en viss typ av åtgärd eller behandling? Man kan välja att i sin definition av psykiska problem konsekvent utgå från endera av de tre ovannämnda huvudperspektiven.

3.2.2 En symtombaserad definition av psykiska problem

På senare år har det pågått en internationell utveckling mot att i förstone utgå från en beskrivning av symtomen. Denna utveckling visar sig på flera sätt. I vårt eget land speglas den i den inhemska psykiatriska facklitteraturen (Ottosson 1995, Gillberg & Hellgren 1990), som innehåller en alltmer konsekvent och preciserad symtombeskrivning. Detta är helt i samklang med den internationella arenan och de där allmänt använda diagnostiska systemen (International Classification of Diseases, ICD-10, och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, DSM-IV).

Det bör understrykas att en barnpsykiatrisk diagnos aldrig skall baseras på enstaka symtom. Ett genomgående diagnostiskt kriterium är att barnets förmåga att fungera personligt och i samspel med andra skall vara påverkad i negativ riktning. Detta förutsätter oftast att symtomen har en viss varaktighet, och att de utgör en påtaglig belastning. Det finns inte grund för att ställa en diagnos om symtomen vare sig är varaktiga eller personligt och socialt besvärande.

Vid sidan av de kompletta diagnosystemen ses en ökad användning av strukturerade intervjuer och så kallade checklistor, där barn, föräldrar och/eller lärare får uttala sig om det enskilda barnets eventuella symtom (Achenbach 1991, Connors 1990, Höök & Cederbladh 1995, Rutter 1967, von Knorring & Rydell 1996). Checklistorna räknar upp och beskriver olika beteenden och svårigheter, och den svarande tar ställning till vad som gäller för det enskilda barnet. Exempelvis kan man ange om barnet är avvaktande, utagerande, hämmat, distanslöst eller om det har sömnsvårigheter, nervös huvudvärk eller ätstörningar. Äldre barn och tonåringar besvarar i allmänhet checklistan själva. Sådana instrument kan användas i screeningsyfte, för att identifiera vilka barn som har problem, eller som ett led i en mer ingående diagnostisk bedömning (t.ex. Achenbach 1991).

Gemensamt för sentida diagnosystem och checklistor är alltså att man utgår från en beskrivning av barns beteenden och symtom. Med hjälp av standardiserade formuleringar försöker man så precist som möjligt besvara frågan "hur?". Hur gör barnet, hur tänker barnet, hur relaterar barnet till andra? I detta skede är då frågan "varför?" av underordnad betydelse. Varför barnet har svårt att sova, visar tecken på nedstämdhet, eller bråkar i barngruppen kan besvaras först om man också ser till bakgrundsfaktorer och barnets totala situation.

Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) konstaterade att "psykiatrins diagnosbegrepp är ett trubbigt instrument för att beskriva störningens karaktär och konsekvenser och för att uppskatta storleken på den grupp

psykiskt störda som är psykiatriutredningens huvudsakliga målgrupp". Utredningens målgrupp var de psykiskt långtidssjuka och psykiskt funktionshindrade vuxna. Psykiatriutredningen konstaterade att de psykiska problemen varaktighet, samt den sjukes ålder, personhistoria och psykosociala ställning är väl så viktiga som diagnos, för att bedöma behovet av vård och stöd. Detta kan alltså variera avsevärt för samma diagnos. Detsamma gäller för barnpsykiatrien.

De senaste decennierna har det funnits en strävan att utveckla diagnossystemen i riktning mot ett bredare perspektiv. Man ser inte enbart till de kliniska symtomen, utan gör också en bedömning av eventuella utvecklingsavvikelser, medicinska problem samt de psykosociala förhållandena. Man talar om en *multiaxial klassifikation* av de psykiska problemen. Utvecklingen är i sin början, men man har kommit en bit på väg inte minst då det gäller den psykosociala klassifikationsaxeln.

Det klassifikationssystem som används mest är det nyligen reviderade DSM-IV (1994), eftersom det bättre än ICD-10 differentierar mellan olika barnpsykiatriska symtombilder. Trots fortlöpande förbättringar är det ändå så att DSM-IV utgör ett grovt och långt ifrån helt tillförlitligt diagnostiskt instrument. DSM-IV omfattar alla åldrar, och är ofullständigt anpassat till barna- och ungdomsåren. Symtombilderna vid de olika diagnoserna är delvis överlappande. Detta gäller inte minst för de diagnoser som oftast är aktuella för barn och ungdomar. Barns psykiska problem kan ta sig ganska diffusa uttryck som exempelvis rastlöshet, oro, koncentrationssvårigheter och humörsvängningar. Detta är allmänna signaler att barnet inte mår bra, och följdriktigt återfinns besläktade symtombeskrivningar inom flera diagnoser, eller med en annan term, kliniska syndrom. Det kan då ibland bli avhängigt delvis subjektiva bedömningar vilken den huvudsakliga diagnosen blir. I många fall är det vare sig relevant eller möjligt att ställa en preciserad diagnos, eftersom barnets problembild inte motsvarar ett kliniskt syndrom. I DSM-IV systemet klassificeras de mindre distinkta problembilderna under huvudrubriken "andra tillstånd som kan vara i fokus för klinisk utredning och behandling", och kan sammanfattas som exempelvis relationsproblem eller psykosomatiska problem (s.k. V-koder).

Då man talar om symptom är subjektiva upplevelser lika viktiga som objektivt iakttagbara beteenden. Att enbart utgå från yttre tecken är olyckligt av två skäl. För det första är de subjektiva symtomen oftast en mycket viktig del av problembilden, och utgör grunden för att man överhuvudtaget skall vara motiverad att söka hjälp. För det andra riskerar ett ensidigt fokus på de objektiva symtomen leda till ett mer eller mindre distanserat bemötande gentemot den hjälpsökande.

Barns sätt att förmedla sig med omgivningen varierar dock med åldern. Riktigt små barn kommunicerar via beteende och kroppsliga uttryck. Det något äldre och/eller mognare barnet kan även uttrycka sina upplevelser mer direkt, via det talade språket och symbollek. Så långt möjligt och på det sätt det låter sig göras, bör man eftersträva att förstå barnets egna upplevelser.

Trots brister finns det mycket som talar för att konsekvent utgå från symtombeskrivningar, då man talar om psykiska problem. Det finns ett värde i konsekvensen som sådan. Har man valt att i förstone utgå från symtom i sin definition av psykiska problem, eftersträvar man tydliga formuleringar för beskrivning av dessa. En tydlighet i beskrivningen är en förutsättning för dokumentation, uppföljning och utvecklingsarbete. En återkommande revidering av diagnostiska system är då att räkna med, så som också skett med DSM-systemet.

3.2.3 Några barn- och ungdomspsykiatriska diagnoser

Hur många barn och ungdomar har psykiska problem? Olika studier pekar på ett egentligt hjälpbehov mellan 10 och 30 %. Psykiska problem som innebär ett subjektivt lidande, som kan fångas upp med självskattningar eller intervjuer tycks ligga omkring 15 %. En del problem försvinner utan behandling.

En försiktig skattning pekar på att andelen barn och ungdomar, som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin någon gång under sin uppväxt upp till 18-års ålder, är omkring 15 %. Man räknar med att 2/3 av dem uppvisar kliniska syndrom, personlighetsstörningar eller mental retardation, det vill säga kan ges en tydlig diagnos baserad på symtombild. Övriga har kontakt med barnpsykiatrin på grund av mindre distinkta tillstånd, exempelvis relationsproblem eller psykosomatiska problem (V-koder enligt DSM-IV systemet).

Vissa av de diagnoser som används är specifika för barn, exempelvis infantil autism, medan andra kan gälla en vuxen likaväl som ett barn eller en ungdom, exempelvis anorexi. För somliga diagnoser är symtombilden oftast något annorlunda för barn än för vuxna, vilket är fallet för depression. I nedanstående tabell sammanfattas förekomsten av några kliniska syndrom.

Tabell 3.1 Uppskattad prevalens av några psykiatriska syndrom hos barn och ungdomar med angivande av vilket åldersintervall som avses, samt andelen pojkar/flickor.

Diagnos	Frekvens i procent	Ålder i år	Överrepr. kön eller kvot pojkar:flickor
Ångestsyndrom	4-7	7-16	flickor
Tvångssyndrom	1	6-17	1:1
Egentlig depression	0,3	2-6	1:1
	2	8-9	1:1
	4-6	13-17	1:3
Manodepressivt syndr.	0,5?	13-17	1:3
Anorexia nervosa	1	12-17	1:10
MBD/DAMP svår	1-2	7	4:1
MBD/DAMP lättare	3-6	7	3:1
Beteendestörning	2-4	9-17	3:1
Tourettes syndrom	0,05-1	6-14	4:1
Schizofrent syndrom	0,5-0,7	8-17	pojkar
Infantil autism	0,1	0-3	4:1
Aspergers syndrom	0,3-1	6-	4:1
Alk/drogmissbruk	5-7	12-17	3.1

Källor: Gillberg & Hellgren 1990, von Knorring m.fl. 1987.

3.2.4 Huvudtyper av problem

Utöver specifika diagnosgrupper, som exemplifieras ovan, brukar man tala om två huvudtyper av problem hos barn och ungdomar (Achenbach 1991, von Knorring & Rydell 1996).

- *Inåtriktade* problem
ängslan, oro, nedstämdhet, tillbakadragenhet,
somatiska klagomål
- *Utåtriktade* beteenden
dålig självkontroll, aggressivitet, normbrytande
beteende

Ett tredje allmänt problem är *koncentrationsstörningar*, som alltså kan förekomma vid ett flertal specifika diagnoser. Dessa tre huvudtyper av problem har framträtt i ett antal större studier, där man använt sig av symptomlistor (Achenbach 1991, Connors 1990, Rutter 1967). De stämmer också väl med "beprövad erfarenhet".

Slutligen kan nämnas att symtomlistor används allt oftare i klinisk praxis och forskning också i vårt land. Det är att vänta att en sådan användning kommer att öka kunskapen om hur olika symtom kan relateras till varandra och till bakomliggande orsaker.

3.2.5 Orsaker till psykiska problem

Det går i allmänhet inte att dra raka linjer mellan de manifesta psykiska problemen, det vill säga symtomen, och bakomliggande orsaker. Som ovan sagts tenderar symtombilder att flyta i varandra, och ett och samma symtom kan ha helt olika bakgrund för olika barn (Rutter m.fl. 1993, Gillberg 1993). Omvänt kan liknande bakgrunder, såväl psykosociala som somatiska, leda till delvis olika symtombilder. Det finns också barn som blomstrar "mot alla odds", det vill säga är vid god psykisk hälsa, trots att deras situation innehåller idel kända riskfaktorer (Werner & Smith 1992). Dessa "maskrosbarn" visar på hur komplexa orsakssambanden är, och kan också lära oss något om skyddsfaktorer, det vill säga vad som kan bidra till god psykisk hälsa.

För att säga vad som orsakar ett visst barns psykiska problem, måste man förutom symtomen beakta just det barnets hela situation och personhistoria. Detta kan i en del fall kräva utredningsinsatser på barnpsykiatrisk specialistnivå. Andra gånger kan problemen förstås tillräckligt väl för att man skall kunna ge adekvat stöd inom förskola/skola, primärvården eller socialtjänsten, även utan barnpsykiatrisk specialistutredning. Det förutsätter dock att tillräcklig kompetens och personella resurser finns i den kommunala verksamheten och primärvården. Många problem kan hanteras genom att man ger stöd och handledning till föräldrarna.

Vissa orsaksfaktorer till psykiska problem kräver uppmärksamhet, vare sig barnet eller den unge i nuläget företer symtom eller ej. Det gäller faktorer som

- a. innebär särskilda psykiska hälsorisker, i synnerhet om de också
- b. är påverkbara, det vill säga går att behandla, lindra eller undanröja.

3.2.6 Psykosociala förhållanden och risker

Samhället har således ett särskilt ansvar för de barn och ungdomar som befinner sig i situationer och miljöer som uppenbart äventyrar deras psykiska hälsa. Det är barnets utsatthet eller särskilda sårbarhet som föranleder stöd och vård, inte i första hand eventuella symtom. Exempel på sådana situationer är:

- misshandel
- sexuella övergrepp
- gravt missbruk hos föräldern
- allvarliga brister i omvårdnad och stimulans.

För barn i ovannämnda situationer har socialtjänsten i dag ett lagstadgat ansvar. Det finns dock andra risksituationer, där det samhälleliga åtagandet i nuläget är mindre tydligt:

- psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning hos föräldern
- traumatiska separationer och förluster
- allvarlig sjukdom
- olycksfall
- mobbning.

I dessa fall är skyddsnetet tämligen glest, och det är ofta först då barnet företer symtom som vård- och stödinsatser blir aktuella.

3.2.7 Helhetsperspektivet

De psykiska problemen skall alltid betraktas i ett helhetsperspektiv. Att uppmärksamma ett barns symtom och/eller situation är första steget mot att ge henne eller honom adekvat stöd och vård. För planering av åtgärder måste hänsyn tas lika mycket till den totala situationen och särskilda orsaksfaktorer, som till symtombilden. Åtgärderna skall vara anpassade till barnets behov och främja en gynnsam långsiktig utveckling (se FN:s konvention om barnets rättigheter). De skall kräva kontakt med minsta möjliga antal vårdgivare. Att ett barn har en psykiatrisk diagnos enligt DSM-IV, innebär inte nödvändigtvis att det är barn- och ungdomspsykiatrin som skall stå för vård och stöd.

3.3 Stöd och vård

Vår bedömning: Barn och ungdomar med psykiska problem behöver få tillgång till olika typer av hjälpanse insatser. Stöd, vård, behandling, habilitering och/eller rehabilitering är samtliga insatser som kan ha varierande syfte och innehåll, och kan således ges inom olika verksamheter. Insatserna förhåller sig till varandra på ett delvis överlappande sätt.

Vi har valt följande definitioner:

- Stöd ger barn och föräldrar förutsättningar att fungera så väl som möjligt utifrån de inre och yttre förutsättningar som råder.
- Vård innebär ett omhändertagande inslag, med avsikt att ge bättre möjlighet för växt och hälsa.
- Behandling syftar till förändring, genom tillämpning av metodik som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Habilitering avser sammansatta åtgärder som syftar till att allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.
- Rehabilitering avser sammansatta åtgärder som syftar till att den enskilde skall återvinna bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.

Då man talar om insatser för barn och ungdomar med psykiska problem använder man sig av termer som vård, stöd, behandling m.fl. I våra direktiv talas dessutom ganska utförligt om "rehabilitering". Vi har funnit anledning att söka bringa reda i dessa termer. Inte minst viktigt blir det att avgöra vilka skillnader i arbetssätt som de olika termerna avspeglar, och att specificera vilka typer av insatser en viss verksamhet sysslar med i första hand.

3.3.1 Stöd

Stöd är en allmän term, som i sig inte säger något om graden av professionalitet. Man kan tala om stöd som något som vi ger till varandra, närstående emellan. Att stödja sitt barn är en central uppgift för varje förälder. Stöd kan emellertid också vara något som man ger utifrån en professionell roll.

Stöd är avsett att hjälpa individen/familjen att *fungera så väl som möjligt utifrån de yttre och inre förutsättningar som råder*. Detta gäller både för det stöd som ges privat och det som ges professionellt. Stöd

siktat alltså inte i första hand till förändring; däremot kan en gynnsam förändringsprocess ta sin början om man får tillräckligt stöd för att klara av en svår situation eller period. Följande citat kan tjäna som exempel på just detta: "Flyktingföräldrar är ofta i grunden människor med stora resurser där små stödinsatser i en kritisk livssituation kan ha förvånansvärt stora effekter" (Hjern & Jeppsson 1996).

I våra direktiv används termen "stöd" flitigt. Barnhälsovården är ett *stöd* för alla familjer men har en särskild roll när det gäller barn med behov av *särskilt stöd*. Socialtjänstens individ- och familjeomsorg följer, utreder och *stödjer* barn och ungdomar med psykiska problem. I analysen av samarbetet skall utredningen särskilt undersöka *stödet* från de olika instanserna till de grupper som ofta sägs vara svåra att hantera inom psykiatrin och socialtjänsten, exempelvis utagerande tonåringar med missbruksproblem, barn och ungdomar med invandrarbakgrund och barn och ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp. I det sistnämnda sammanhanget används alltså begreppet "stöd" som ett slags minsta gemensamma nämnare för alla olika insatser.

Att "stöd" är en allmän term innebär inte att stöd är något ospecifikt. Vid svåra problem kan det tvärtom krävas en hög grad av medvetenhet från den professionelles sida, för att inte hamna i en situation av att ta över ansvar och förstärka problematiken. Här krävs tydlighet vad gäller den egna rollen och insatsen, så att man verkligen stödjer den hjälpsökande i att klara sin livssituation på ett sätt som för framåt. Är problematiken svår och djupgående kan detta stöd vara en uppgift för specialistinstansen barn- och ungdomspsykiatrin. Ofta kan dock ett gott och avpassat stöd ges i basverksamheter som barnhälsovård, barnomsorg och skola, inom ramen för de generella insatser som kommer alla barn till del. Det kan också vara så att socialtjänsten ger stödinsatser, som kan vara omfattande men vanligtvis är av mer praktisk och kurativ art.

Frivilligorganisationerna har en viktig stödfunktion genom att man samlas kring gemensamma intressen och erfarenheter. Inom organisationen kan man få tillfälle att samtala och att få egna upplevelser bekräftade. Exempel på viktiga stödinsatser som görs för barn och ungdomar med psykiska problem inom frivilligorganisationerna är Riks-IFS gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka och det kamratstöd som RUS kan ge i sina lokalföreningar. I det utåtriktade arbetet bidrar frivilligorganisationerna till medvetenheten och stödet i samhället i stort, ett arbete som har politiska implikationer men som på det personliga planet också kan bidra till en positiv självkänsla.

3.3.2 Vård

"Vård" är i viss mening en lika allmän term som "stöd". Skillnaden ligger närmast i att "vård" innebär *en högre grad av omhändertagande*. Man vårdar det som är, för att ge bästa möjlighet för växt och hälsa. Sjukvård är endast en del av det som vi kallar vård. Hälso- och friskvård är andra. Elevvård kan beskrivas som alla de insatser man gör för att elever skall må bra och kunna tillgodogöra sig utbildning. Inom socialtjänsten talar man i viss utsträckning om sina olika ansvarsområden och insatser som olika typer av "vård" – barnavård, samhällsvård, familjehemsvård för att nämna några. Inom barn- och ungdomspsykiatrin bedrivs öppen och slutna vård. Den sistnämnda innebär att barnet, ibland hela familjen, läggs in för utredning eller behandling vid en BUP-klinik. Vård ges även och i hög grad inom den privatpersonliga sfären. Man vårdar sitt sjuka barn, sin åldrande förälder. I äldre språkbruk ligger vård och fostran varandra nära, i dag vårdar vi våra relationer.

Vårt ursprungliga namn, Kommittén för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem, antyder att vårt ansvarsområde i första hand rör *vård vid ohälsotillstånd*. Med den begränsningen, plus den redan nämnda att vård innebär *ett aktivt omhändertagande*, blir fokus för "vård" snävare än för "stöd". Egentlig vård av barn och ungdomar med psykiska problem bedrivs av barn- och ungdomspsykiatrin, socialtjänsten och barn- och ungdomshabiliteringen.

Den förebyggande barnhälsovården och elevvården vill vi i detta sammanhang se som just förebyggande.

3.3.3 Behandling

Behandling är mer specifikt än såväl stöd som vård, även om gränsen mellan vård och behandling på inget sätt är klar. *Behandling syftar till förändring*. Man tillämpar en viss metodik som är avsedd att leda till en förändring i tillståndet. Behandling av psykiska problem är en central del av barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag.

I rapporten Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården (underlag till Socialstyrelsen 1997:8) ges en översikt över de behandlingsmetoder som man använder sig av: familjeterapi, individualpsykoterapi, gruppbehandling, miljöterapi, nätverksarbete, föräldrabehandling med fokus på föräldrarollen samt medicinering. Det som karakteriserar samtliga dessa insatser är att de syftar till *förändring* eller, med de ord som används av Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (1993), till *bot och lindring*.

I våra direktiv står att "när det gäller behandling behöver socialtjänsten samarbeta med barn- och ungdomspsykiatri". Vi vill i delvis polemik med denna formulering påstå att ansvaret för "behandling" är avhängigt vad som skall behandlas. Även socialtjänsten kan sägas ha ett behandlingsuppdrag, som då gäller vissa sociala problem. Inom socialtjänsten talar man hellre om förändringsarbete eller stöd och behandling för att förändra. Många gånger är behandlande insatser för psykiska respektive sociala problem svåra att skilja åt, eftersom sociala problem kan ge upphov till psykiska problem och vice versa. Viss miljöbehandling bygger på denna insikt.

Enligt 3 § SoL har kommunen det yttersta ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han behöver – vilket dock inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på annan huvudman. Detta yttersta ansvar gör att socialtjänstens uppdrag är mer svåröverskådligt än exempelvis barn- och ungdomspsykiatriens, och att resultaten av socialtjänstinsatserna kan vara svåra att mäta och framstår som diffusa. Socialtjänsten har för övrigt inte heller samma tradition att tydligt beskriva och utvärdera sin metodik. Likväl bör en "hemmahosare" ses som en behandlingsinsats eftersom den inte syftar till enbart stöd utan också till förändring. Det gäller för en hel del av det som man kallar "stöd" inom socialtjänsten.

3.3.4 Rehabilitering – habilitering

I våra direktiv används termen "rehabilitering" betydligt flitigare än vad som är fallet ute i de verksamheter som arbetar med barn och ungdomar. Termen är hämtad från vuxenområdet och stämmer bättre in där, eftersom rehabilitering implicerar att man får hjälp att återta en funktionsnivå eller kapacitet som man tidigare haft. Barn och även ungdomar befinner sig i dynamisk utveckling och det är mera sällan tillräckligt att enbart återta tidigare positioner. Då det gäller utvecklingsbefrämjande åtgärder är "habilitering" en mer gångbar term.

I prop. 1992/93:159, som ligger till grund för 3 a § samt 18 a § HSL och som utgör en komplettering till den samtidigt beslutade LSS, förklaras rehabilitering på följande sätt: "Med rehabilitering avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada/sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande". I samma text sägs att "med *habilitering* avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av

bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande".

Det förefaller som om direktiven med rehabilitering avser sådana insatser som syftar till att förhindra att psykiska problem fördjupas och befästs. Medicinska, psykologiska, sociala och arbetslivsinriktade insatser nämns uttryckligen som något som kan behövas för att ge barn och ungdomar med psykiska problem bästa möjliga förutsättningar för att kunna leva ett normalt liv. Rehabilitering kan, i likhet med habilitering, alltså kräva insatser från flera olika instanser, i samverkan. Vårdande, stödjande och behandlande insatser kan utgöra inslag i rehabiliteringen/habiliteringen.

För de barn och ungdomar som har djupgående och långvariga psykiska problem är det väsentligt att tänka i termer av habilitering och/eller rehabilitering. Man bör planera för långsiktiga insatser, vilket vi diskuterar i avsnitten 6.5 och 9.5. Ungdomar med långvariga psykiska problem hamnar i fokus då man talar om rehabilitering, medan habilitering betonar utvecklingsaspekten och är en mer allmän term som är giltig även för de yngre barnen.

Det finns inga vattentäta skott mellan stöd, vård, behandling, habilitering och rehabilitering. Snarast kan de sägas förhålla sig till varandra på ett delvis överlappande sätt, såsom nedanstående bild illustrerar:

Stöd, vård, behandling, habilitering och rehabilitering är samtliga insatser som kan ha varierande syfte och innehåll, och kan således ges inom olika verksamheter. En behandlande insats kan göras av socialtjänsten, barn- och ungdomshabiliteringen eller av barn- och ungdomspsykiatrin. Vem som har ansvaret beror på problemets art, det vill säga vad det är som skall behandlas. En schematisk bild av vilken typ av insats som kan vara aktuell inom olika verksamheter ges i nedanstående tabell.

Tabell 3.2 Insatser inom olika verksamheter: X markerar att insatsen ofta förekommer, (X) att den förekommer under vissa betingelser.

	BVC	barnom-sorg	skola	IFO	BUP/ PBU	Barnhab.	Ungd. mott.
Stöd	X	X	X	X	(X)	X	X
Vård				X	X	X	(X)
Behand.				X	X	X	(X)
Hab.	(X)	X	X	X	X	X	
Rehab.	(X)	X	X	X	X	X	

4 Insatser för att förebygga psykisk ohälsa

4.1 Ett förebyggande förhållningssätt

Vår bedömning: Insatser för att förebygga psykiska problem hos barn och ungdomar bör prioriteras. Fram till 1960-talet var de förebyggande insatserna och den tvärvetenskapligt grundade barnkompetensen ledstjärnor för utvecklingen av samhällets omsorg om barnen. Utvecklingen har nu tagit en delvis annan vändning, från en specialiserad barnkompetens mot en generalistprofil inom primärvård och socialtjänst. I det förebyggande arbetet har man huvudsakligen satsat på generella insatser, medan utvecklingen av riktade preventiva insatser släpat efter.

För effektiva förebyggande insatser krävs att basverksamheterna besitter en god barnkompetens, att barnets och den unges individuella behov kan synliggöras i ett tidigt skede och att metoder för riktat förebyggande insatser utvecklas.

Vi har tidigare, i kapitel 3 och i vårt delbetänkande (SOU 1997:8), konstaterat att psykisk hälsa och ohälsa sammanhänger med barnets utveckling i sin helhet. Ärftliga och konstitutionella faktorer, hjärnans utveckling, den tidiga känslomässiga anknytningen, andra tidiga erfarenheter och fortlöpande inläring, samspelet inom familjen, relationen till kamrater och andra i omgivningen, den omgivande psykosociala miljön, kultur och samhällsklimat – alla dessa faktorer samspelar i barnets utveckling och kan ha inflytande på det psykiska hälsotillståndet.

Vid förebyggande insatser, prevention på fackspråk, försöker man påverka eller undanröja sådana faktorer som man vet innebär hälsorisker. En riskfaktor är en egenskap hos individen eller omgivningen som är statistiskt förknippad med ett sämre hälsoutfall. Att växa upp i ett bostadsområde med stora sociala problem innebär psykiska hälsorisker, det vill säga man vet att en mer än genomsnittligt stor andel barn och ungdomar kommer utveckla psykiska problem. De egentliga or-

saksmekanismerna är därmed inte kända. Utifrån ett enkelt statistiskt samband vet man inte exakt vilka egenskaper inom barnet, hos familjen och den vidare sociala miljön som har varit avgörande, och hur de har samspelat för uppkomsten av det psykiska hälsoläget. Sambanden kan likväl vara tydliga nog för att vi skall ha goda skäl att rikta förstärkta stödåtgärder till barn i utsatta områden.

Att så tydligt som möjligt identifiera riskfaktorer är en utgångspunkt för det förebyggande arbetet. Det kan visa vilka faktorer man skall försöka undanröja helt eller minimera konsekvenserna av, antingen inom ramen för generella åtgärder eller genom riktad prevention. Riskfaktorerna kan finnas på alla nivåer, de preventiva insatserna likaså. De sistnämnda kan exempelvis vara utformade för att skydda fostrets hjärna, eller inriktade på att förebygga brottslighet i utsatta områden. På motsvarande sätt kan man diskutera skydds- eller "friskfaktorer". Sådant som visat sig ha ett starkt statistiskt samband med goda hälsoutfall kan om möjligt tillföras och utgöra positiva inslag i det förebyggande arbetet. – Med utgångspunkt i riskfaktorer och skyddsfaktorer kan man i bästa fall också spåra de egentliga orsaksmekanismerna. Professionell intervention och behandling bygger på en förståelse för dessa mekanismer.

4.1.1 Historik: Prevention på tvärvetenskaplig grund

I början av detta sekel växte det i Sverige fram idéer och visioner om att förbättra samhället med barnens bästa för ögonen. Två förgrundsgestalter i dåtidens intellektuella debatt om barnens utveckling och hälsa och om uppfostringsfrågor var Ellen Key, som ville göra nittonhundratalet till "Barnets århundrade", och barnläkaren professor Isak Jungdell. Från 1920-talet och framåt kom samhällets omsorg om barnen att utvecklas på basis av fyra viktiga grundprinciper. Genom pedagogiska, medicinska, sociala och psykiatriska/psykologiska insatser skulle psykisk ohälsa och "vanart" förebyggas (Rydellius i SOU 1997:8).

Ansatsen innehöll starka förebyggande inslag, med såväl generella som riktat förebyggande insatser. Så mycket som möjligt skulle klaras av genom tidiga insatser. Skolans inre arbete utvecklades så att pedagogiska principer skulle kombineras med psykisk hälsovård. Barn med svårigheter med inlärning och skolanpassning skulle bli hjälpta genom pedagogiska tekniker, anpassade efter barnens förutsättningar. Barnhälsovården byggdes upp, med specialutbildade läkare och sjuksköterskor, som stod för den medicinska omsorgen under småbarns- och förskoleåren. En särskild social barn- och ungdomsvård initierades, efter

införandet av 1924 års barnavårdsdag. I Stockholm kompletterades den sociala barn- och ungdomsvården med en psykisk barn- och ungdomsvård (PBU), med början år 1933. Enligt riksdagsbeslut utvecklades under efterkrigstiden en rikstäckande barn- och ungdomspsykiatrisk vård med barnpsykiatriska mottagningar, slutenvårdsplatser på sjukhus samt behandlingshem. Barn- och ungdomspsykiatrin fanns utbyggd först på 1970-talet.

Då man väl hade byggt ut verksamheterna i enlighet med visionen att omsorgen om barnen skulle vila på pedagogiska, medicinska, sociala och psykiatriska/psykologiska insatser, var emellertid dessa principer redan satta i fråga. Skolan hade börjat förändras i riktning mot en skola där alla barn möter samma krav. Den sociala barn- och ungdomsvården var från 1960-talet och framåt föremål för kritik, och den särskilda barnavårdsdagen ansågs av många i själva verket förhindra ett framgångsrikt behandlingsarbete med familjen. Barn- och ungdomspsykiatrin avstannade i sin tvärvetenskapliga utveckling till förmån för ett psykodynamiskt synsätt, detta som en reaktion på de ensidigt biologiska förklaringsmodeller som varit förhärskande vid seklets mitt. Med 1980 års socialtjänstlag försvann barnavårdsnämnderna och även i någon mån de kunskaper om barn som funnits samlade inom den gamla organisationen. Från och med slutet av 1980-talet kom barnhälsovårdens barnkompetens att tunnas ut, i och med att den specialiserade personalen i allt större omfattning kom att ersättas av allmänläkare och distriktssköterskor (Rydellius i SOU 1997:8).

Sammanfattningsvis kan sägas att de förebyggande insatserna och den tvärvetenskapligt grundade specialiserade barnkompetensen var ledstjärnor för utvecklingen fram till och med 1960-talet. Sedan dess har utvecklingen tagit en delvis annan vändning, mot en mer uttalad generalistprofil inom hälsovård och socialtjänst, mot en skola som för att undvika stämpling inte tillräckligt beaktat elevers olikartade förutsättningar, mot en barn- och ungdomspsykiatri som tappat en del av sin tvärvetenskapliga barnkompetens (Rydellius i SOU 1997:8).

Det är en utveckling som har haft en hel del positiva förtecken. Generaliststrävandena har varit uttryck för att man inom socialtjänst och primärvård har velat se barnet och familjen som en helhet. I skolan och inom barn- och ungdomspsykiatrin har man undvikit att etikettera barnets svårigheter, och i stället utgått från barnets potential för utveckling. På minuskontot måste dock räknas att den specialiserade barnkunskapen och metodiken blivit mindre tydlig. Detta får kännbara konsekvenser då resurserna, som nu under 1990-talet, dragits ned så att de ordinarie verksamheterna har mindre marginaler och utrymme för att tillgodose enskilda barns behov. Den verkliga utmaningen är nu att möta

barns olika behov och rikta särskilt stöd till dem som behöver det, utan att detta leder till segregering och negativa stämplat.

4.1.2 Tidig identifikation

Riktade förebyggande insatser bygger på tidig identifikation av de barn som löper risk att utveckla psykisk ohälsa. Tidig identifikation kräver kunskap och erfarenhet hos dem som möter barnet och familjen, inom mödra- och barnhälsovård, barnomsorg, skola, primärvård etc. Utöver kunskap krävs en beredskap att tolka det man ser och anförtros, i många fall också stöd i att artikulera detta. Arbetet med att tidigt nå de barn som behöver extra stöd och vård måste självklart ske med respekt för familjers och individers integritet.

Tidig identifikation och ett riktat förebyggande arbete bygger i många fall på ett samarbete mellan olika verksamheter. Här skall endast ges ett par exempel. Barn och även ungdomar uttrycker ofta sina psykiska problem med kroppsliga symtom och ett nära samarbete mellan barnhälsovård/barnklinik å den ena sidan och barn- och ungdomspsykiatri alternativt socialtjänst å den andra är inte sällan en förutsättning för upptäckt och adekvata insatser. Mödrahälsovården har kontakt med nära nog alla gravida kvinnor, och man har ofta god kompetens att identifiera psykosociala riskfaktorer hos de enskilda mödrarna, men behöver ha upparbetade kanaler till exempelvis socialtjänst och vuxenpsykiatri för insatser i samverkan eller för vidare remittering.

4.1.3 Stöd i basverksamheter

Basverksamheterna har en viktig roll för tidig identifikation av riskfaktorer och stödbehov och en fungerande vardag bygger på att barnet eller den unge har möjlighet att få stöd i sin vanliga miljö, inom ramen för exempelvis barnomsorg och skola. Hög kvalitet på basverksamheterna har särskild betydelse för de barn och ungdomar som är sårbara.

Barnomsorgen spelar en mycket viktig roll för barn i särskilda behov, inte minst för dem som lever i familjer med stora sociala svårigheter. För dessa barn kan en god barnomsorg utgöra en trygg punkt i en tillvaro som annars är svårberäknelig, och kan därigenom även befrämja barnets utveckling och hälsa. Förutsättningen för detta är att barnomsorgen erbjuder kontinuitet i barnets relationer både med vuxna och andra barn och kan möta barnets individuella behov.

Skolan är en viktig del av de lite äldre barnens dagliga liv. De brukarorganisationer som vi har haft kontakt med har framhållit att skolans förmåga att möta och stödja barnet är helt avgörande för hur vardagen ter sig och hur utvecklingen blir. Det handlar bl.a. om att skolan har tillgång till adekvat information om problemens innebörd samt till rådgivning om anpassning av krav, bemötande och pedagogik. Många skolbarn med neuropsykiatriska problem, framförallt de som har uppmärksamhetsstörningar eller är hyperaktiva, behöver få hjälp med en tydlig struktur i vardagen och då inte minst i skolan. Även andra barn med psykosocial problematik riskerar att inte få den uppmärksamhet och det stöd de behöver, särskilt i de fall då problemen är inåtvända och inte märks så tydligt i skolresultaten. Tyvärr råder det brist på specialpedagoger och andra specialister. Det är därför tveksamt om skolan i dag besitter den kompetens som krävs för att skapa en optimal skolsituation för barn och ungdomar med psykiska problem.

Känslan av sammanhang och att ha någon vuxen att ty sig till och att lita på anses vara avgörande "friskfaktorer" för barn och ungdomar. En välfungerande familj är självklart väsentligast av allt. När familjen sviktar eller om barnet av andra skäl har särskilda stödbehov är det extra viktigt att samhällets basverksamheter håller hög kvalitet och att där finns pålitliga vuxna att tillgå.

4.1.4 Våra överväganden

I vårt uppdrag ingår att "överväga och föreslå olika insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem, om de väl uppstått, inte fördjupas och befästs". I ett tidigt skede av utredningen tog vi ställning för att låta ett förebyggande förhållningssätt och preventiva insatser få relativt hög prioritet i våra analyser och förslag. Detta ställningstagande har snarast förstärkts under arbetets gång, i synnerhet då vi kunnat konstatera att förebyggande och tidiga insatser betingar förhållandevis låga kostnader. Vi anser att basverksamheter som barnhälsovård, barnomsorg och skola skall ha beredskap att möta och hantera barns och ungdomars psykiska problem. Specialistresurser behövs för att komplettera basverksamheterna, för diagnostik, behandling och konsultation.

En historisk tillbakablick visar att fram till 1960-talet var de förebyggande insatserna och den tvärvetenskapligt grundade barnkompetensen ledstjärnor för utvecklingen av samhällets omsorg om barnen. Vi konstaterar att utvecklingen nu tagit en delvis annan vändning, från en specialiserad barnkompetens mot en generalistprofil inom primärvård och socialtjänst och med huvudsakligen generella insatser i det

förebyggande arbetet. De riktade förebyggande insatserna för barn i särskilda behov har inte utvecklats i takt med de generella insatserna. Detta har blivit kännbart i dag, då resurserna dragits ned så att de ordinarie verksamheterna har mindre marginaler och utrymme för att tillgodose enskilda barns behov.

I de närmast följande avsnitten, 4.2 och 4.3, redogör vi för två verksamheter vars huvuduppdrag är att främja barns utveckling och hälsa, nämligen mödra- och barnhälsovården och skolan. Även barnomsorgen har ett huvuduppdrag att främja utveckling och hälsa (se avsnitt 6.2). I de tre följande avsnitten, 4.4-4.6, uppmärksammar vi tre grupper av barn och ungdomar som bör vara föremål för riktade preventiva insatser, nämligen barn och ungdomar med invandrarbakgrund, barn och ungdomar vars föräldrar på grund av egen sjukdom, psykiskt funktionshinder eller missbruk sviktar i sitt föräldraskap, samt barn i familjer som drabbas av arbetslöshet.

De förslag vi lägger har som gemensam nämnare att barnets och den unges individuella behov skall synliggöras, att basverksamheterna skall besitta god barnkompetens och att metoder för riktat förebyggande insatser skall utvecklas.

4.2 Mödra- och barnhälsovårdens insatser för att förebygga psykiska problem hos barn

Vår bedömning: Mödra- och barnhälsovården har i sin egenskap av generell resurs en viktig roll i folkhälsoarbetet. MVC/BVC är en medicinsk verksamhet med starka psykosociala inslag. Mödra- och barnhälsovårdens huvuduppgift är:

- att stå för somatisk övervakning av mor och barn
- att följa barnets utveckling i bred mening och tillse att barnet vid behov får adekvat stöd
- att arbeta med det omedelbara föräldrastödet.

I detta arbete måste man inom MVC/BVC göra avvägningar mellan generella och riktade insatser. Vi anser det motiverat att i högre grad än tidigare rikta insatserna mot särskilt sårbara grupper och vid behov även individualisera hälsovården. Ur folkhälsosynpunkt är det emellertid väsentligt att även bibehålla och vidareutveckla ett gott generellt stöd.

Det psykosociala arbetet inom hälsovården är ofta oklart definierat. Här finns behov av att utveckla fler strukturerade metoder, som skapar möjlighet för tydlig dokumentation och kunskapsöverföring. Då personalen har tillgång till strukturerade metoder samt förmåga att lyssna till föräldern och att se barnet har mödra- och barnhälsovården utmärkta möjligheter för tidig upptäckt och intervention vid psykiska hälsorisker. – Att tillse att utvecklingsavvikelser och ohälsa identifieras tidigt tillhör kvalitetssäkringen av barnhälsovården. Viktiga förutsättningar för detta är att personalen vid BVC får erfarenhet av ett tillräckligt stort antal barn, och att man har tillgång till fortlöpande vidareutbildning och regelbunden konsultation av psykolog och barnläkare.

Vi anser att MVC/BVC bör erbjuda alla föräldrar att delta i föräldrautbildning under graviditeten och spädbarnsåret och att föräldrastödet bör rikta sig till båda föräldrarna.

Våra förslag:

- Distriktsköterskan vid BVC, som har en central roll i att uppfånga psykiska problem, bör tjänstgöra minst halvtid med barnhälsovård och bör ha tillgång till barnpsykologisk konsult.
- Allmänläkare vid BVC bör ha tillräckligt stor verksamhet riktad mot barn för att kunna vidmakthålla en vidgad erfarenhet av barnhälsovård. Goda möjligheter till konsultation hos barnläkare måste finnas.
- Barnläkare utnyttjas företrädesvis för tjänstgöring i barnrika, socialt sämre gynnade områden, med förhållandevis stor omflyttning.
- En hänvisning till 71 § socialtjänstlagen införs i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården och i hälso- och sjukvårdslagen, för att tydliggöra ansvaret för att anmäla misstankar om att ett barn kan behöva skydd.

Mödra- och barnhälsovården når nära nog alla Sveriges barn och föräldrar i ett avgörande skede i livet. Genom att man har kontakt med så gott som alla blivande mödrar och familjer med barn i förskoleåldern och nått en hög acceptans i alla socialgrupper, har mödra- och barnhälsovården blivit en "resurs för alla" som kommit att spela en viktig roll för folkhälsan. Upprepade studier visar att MVC och BVC används vid både små och stora problem – även av grupper som annars kan vara svåra att nå och som riskerar att komma utanför allt stöd på grund av allmän myndighetsrädsla. En viktig förklaring kan vara att som gravid eller nybliven förälder blir man inom vårdkedjan MVC-BB-BVC i första hand sedd som just förälder. Med eller utan egna speciella pro-

blem deltar man i en verksamhet som av tradition vänder sig till hela befolkningen och som har gott renommé.

I en internationell jämförelse är anslutningen till vården inom MVC och BVC, nära 100 %, näst intill unik. Det är i stort sett bara i Skandinavien man finner sådana välfungerande lösningar som nyttjas av i stort sett hela befolkningen. Det vanliga i flertalet västländer är i stället att de som har hög social och ekonomisk status utnyttjar exklusiv privat vård, medan de som har det besvärligast socialt och ekonomiskt underutnyttjar offentlig vård. Denna offentliga vård präglas då inte sällan av brist på resurser, torftig vårdmiljö samt medicinska och psykologiska kvalitetsbrister. Allmänt hög kvalitet inom vårdkedjan MVC-BB-BVC vad gäller kompetens, utrustning, bemötande och miljö är nödvändig för att verksamheterna skall kunna fortsätta fylla sin hittillsvarande funktion i folkhälsoarbetet.

HSU 2000 om mödra- och barnhälsovården

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000, uppmärksammade folkhälsofrågorna i ett särskilt delbetänkande (SOU 1997:119) och uttalar sig i detta också om mödra- och barnhälsovården. HSU 2000 påpekar att mödra- och barnhälsovården intar en särställning eftersom den har möjlighet att möta alla Sveriges barn och föräldrar i ett avgörande skede, nämligen tiden runt barnafödandet. Mot bakgrund av dels de möjligheter till tidiga förebyggande insatser som därigenom skapas, dels oroande tecken på försämringar när det gäller barns och ungdomars hälsa, anser HSU 2000 att det är mycket viktigt att värna och vidareutveckla mödra- och barnhälsovården. Man påpekar vidare att detta samtidigt innebär att verksamheten måste kunna anpassas till nya behov, vare sig det handlar om individuella önskemål eller om kunskap om nya metoder i arbetet.

Förändrat ohälsopanorama

I dag står man inför delvis nya uppgifter, då uppmärksamheten förskjutits från rena och traditionellt medicinska till mer psykosociala problembilder. Redan under 1970-talet stod det klart att förändringar av sjukdomspanoramat medfört att psykosociala familjeproblem, uppfostningsfrågor, beteendeproblem och barnolycksfall krävde klart ökad uppmärksamhet i det preventiva arbetet (Sjölin m.fl. 1977). Denna förändring av barnhälsovårdens uppdrag finns sedan år 1981 formulerat som verksamhetsmål i Socialstyrelsens allmänna råd. Ett av huvud-

målen är således att "MVC och BVC skall söka minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn", med delmålet: "att uppmärksamma och förebygga hälsorisker i närmiljö och samhälle" (Socialstyrelsen 1981:4).

Det framgår av Socialstyrelsens principprogram för Mödra- och Barnhälsovård från år 1979 (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) att målformuleringarna ovan tillkommit just för att man uppmärksammat behoven av prevention inom det psykosociala området. Även av senare skrifter från Socialstyrelsen gällande kvalitetssäkring framgår att styrelsen anser att målmedvetna förebyggande insatser i syfte att reducera tidiga psykiska skador ingår i MVC/BVC:s uppdrag (Socialstyrelsen 1994:19).

4.2.1 Generella eller riktade insatser?

Det senaste decenniets folkhälsoforskning ger klara belägg för att begränsade insatser för det stora flertalet ur folkhälsosynpunkt ger betydligt bättre utbyte än stora insatser riktade till små högriskgrupper. Denna insikt hindrar inte att det finns goda skäl att dosera insatserna, dvs. i praktiken att fördela resurser med hänsyn till lokala sociala behov, t.ex. på bostadsområdesnivå, barnomsorgsdistriktsnivå, MVC/BVC-upptagningsområdesnivå, skoldistriktsnivå. Sannolikt är en sådan strategi nödvändig för att minska de hälsoklyftor som har sina rötter i psykosociala brister.

Det som krävs av MVC och BVC är i själva verket en väl avvägd kombination av:

- generella insatser som når alla
- riktade förstärkta insatser till sårbara grupper på områdes- och gruppnivå
- individuellt utformad hjälp till föräldrar och barn som löper särskilt stor risk att drabbas av psykisk ohälsa eller redan indikerar att den psykiska hälsan är nedsatt.

På mer övergripande nivå handlar denna diskussion om samhällets strategier för att nå utsatta grupper, där avvägningen mellan generella och riktade insatser i folkhälsoarbetet utgör en kärnfråga. I likhet med HSU 2000 (SOU 1997:119) anser vi att denna principiella fråga bör behandlas vidare av Nationella folkhälsokommittén. I förhållande till mödra- och barnhälsovården vill vi dock ge en närmare beskrivning av de omedelbara utmaningar man står inför och vilka strategier och metoder som är under utveckling.

4.2.2 Reducering av biologiska riskfaktorer för psykisk ohälsa hos barn

I enlighet med vårt uppdrag avser vi att i första hand klargöra och precisera MVC:s och BVC:s roll när det gäller att minska barns exponering för psykologiska och sociala riskfaktorer. Det bör dock understrykas att det finns viktiga biologiska mekanismer som har koppling till psykisk ohälsa. Insatser riktade mot dessa och andra biologiska faktorer som hotar barnets hälsa är en del av verksamheternas kärnuppdrag och tillhör det man absolut måste svara för inom vårdkedjan MVC-BB-BVC.

Allt som kan göras för att skydda fostrets och barnets hjärna från skadefaktorer och ge optimala förutsättningar för centrala nervsystemet att differentieras och mogna bör göras. Det innebär att MVC-anknutna preventiva program mot bruk av alkohol och droger under graviditet är väsentliga, liksom optimalt näringstillstånd hos den gravida kvinnan. Beträffande rökning är det oklart om det finns någon koppling till psykiska hälsobrister hos barn. Det vi vet är att barn till mödrar som rökt under graviditeten har lägre födelsevikt än andra barn och att nikotinet hos modern passerar över till fostret och dess nervsystem. Vid svår långvarig psykosocial stress bör risker för sekundära biologiska störningar av graviditetsförloppet uppmärksammas, t.ex. psykosomatisk smärta, förhöjt blodtryck.

I Socialstyrelsens nya riktlinjer för mödrahälsovården, Hälsovård före, under och efter graviditet, föreslås att antalet besök hos barnmorska som erbjuds alla gravida minskas från nuvarande 12-13 besök till 8-9 besök (Socialstyrelsen 1996:7). Förslaget innebär en omfördelning av mödrahälsovårdens resurser till förmån för de gravida kvinnor som har särskilda medicinska behov och därför kräver extra uppmärksamhet. Besöksprogrammets medicinska effekter har utvärderats med betryggande resultat (Berglund & Lindmark 1995). Det tål dock påpekas att den psykosociala delen i graviditetsövervakningen inte har utvärderats och att riktlinjer för det psykologiskt förebyggande hälsovårdsarbetet så gott som helt saknas (Wickberg 1997).

God kompetens skall finnas inom förlossningsvården för akut behandling av nyfödda barn med sviktande livsfunktioner (Socialstyrelsen 1997:10). Hjärninflammationer och hjärnhinneinflammationer i nyföddhetsperioden bör reduceras till ett minimum genom god profylax mot smitta och snabba och effektiva behandlingsrutiner. Näringstillståndet hos det späda barnet skall vara så optimalt som möjligt och företrädesvis grundas på amning. Vaccinationer som förebygger hjärnhinneinflammation är av vikt, liksom reduktion av riskfaktorer som har samband med svårare

hjärnskakning och/eller svårare skallskador. Allt som kan skada hjärnan kan ju också leda till psykisk ohälsa.

Under det senaste decennierna har det "friska och normala" i att föda barn, pappans deltagande, samt den tidiga kontakten med barnet betonats, vilket lett till stora förändringar inom förlossnings- och BB-vården. På flera håll i landet införs nu allt kortare vårdtider för nyförlösta kvinnor. I exempelvis Göteborg beräknas 75 % av alla nyförlösta mammor lämna sjukhuset inom 48 timmar efter förlossningen (jämfört med tidigare ca 30 % inom 72 timmar). Effekterna för kvinnans och barnets psykiska hälsa är emellertid okända (Wickberg 1997).

I fråga om biologiska faktorerers betydelse för den psykiska hälsan bör också sägas att effektiv prevention mot kroppsliga sjukdomar, avvikelser och dysfunktioner också ger psykologiska vinster. En medfödd höftledsskada som uppmärksammas tidigt, behöver inte opereras och ger ingen framtida hälta. Vinsten för barnet är även psykologisk genom minskad risk för smärta, traumatisering och funktionsstörning. – Ett barn med primär nattväta som närmar sig skolåldern (ca 10 % av alla barn) har ett godartat tillstånd som i allt väsentligt har sin grund i biologiskt sen mognad och/eller dysfunktion. Det står klart att dessa barn har ett lidande och flera studier visar att självkänslan påverkas negativt. Den primära nattvätan kan med relativt enkel behandling botas hos 70 % av barnen vilket resulterar i ökad livskvalitet och självkänsla. Syftet med dessa två olikartade exempel är att peka på att hög kvalitet och kompetens inom det traditionellt "medicinska" området också har betydelse för psykisk hälsa och välbefinnande.

Här skall slutligen nämnas den lilla grupp barn som vårdas ofta och länge på sjukhus. Det är viktigt att barnsjukvården inte åstadkommer onödiga psykiska skador genom att inte ta tillräcklig hänsyn till barns psykiska behov. De kvalitetskrav som formulerats av Nordisk Förening för Sjuka Barns Behov (NOBAB) bör vara ledstjärnan för att tillgodose barns psykiska och sociala behov i barnsjukvården. Barn på sjukhus behöver ha föräldrarna nära, möjlighet att leka och att få skolundervisning samt tillgång till barnkunnig personal som ser barns behov och som kan ge adekvat information på en för barnet anpassad nivå. Barn bör inte vårdas på vuxenavdelningar som saknar speciellt barnutbildad personal och inte heller har rutiner och en vårdmiljö som är anpassad för barn.

4.2.3 Utveckling av den psykologiska kompetensen vid MVC och BVC

Den psykologiska kompetensen inom vårdkedjan har förstärkts under 1980-talet och i stort sett alla MVC och BVC i landet har nu tillgång till barnpsykologisk konsult. Det totala antalet barnpsykologer inom verksamheterna uppgår till drygt 200, alla tjänstgör dock inte på heltid (Mödra- och barnavårdspsykologernas förening 1997, personlig kommunikation). Psykologmedverkan inom MVC/BVC är en förutsättning för fortsatt utveckling av de psykosociala insatserna.

Ett psykosocialt arbete kan inom MVC/BVC ske genom föräldragrupsverksamhet, individuellt stöd som ges av barnmorskan/sjuksköterskan eller genom att kontakt förmedlas till andra yrkesgrupper. I Göteborg har t.ex. 6 % av alla spädbarnsföräldrar kontakt med psykolog knuten till MVC/BVC (Rydén 1995). Ett problem är att det psykosociala arbetet inom hälsovården ofta är oklart definierat. Brist på strukturerade metoder för tidig upptäckt och intervention gör att insatserna kan se mycket olika ut. Vilka föräldrar – och därmed barn – som erbjuds psykologiskt och socialt stöd beror på områdets socioekonomiska struktur men också på den enskilda barnmorskans/distriktssköterskans arbetsituation, kunskap och intresse. Det finns också olikheter i hur denna typ av arbete dokumenteras i MVC/BVC-journalen och därmed risk för att arbetet förblir "osynligt" (Wickberg 1997).

I Bohuslandstingets södra del har ett psykologiskt program utarbetats och prövats inom mödrahälsovården, som komplement till det medicinska programmet (Rydén & Wickberg 1997). Syftet är att uppmärksamma kvinnor som visat sig ha behov av ett mer omfattande psykologiskt stöd eller behandling under graviditeten. Det psykologiska basprogrammet innebär att barnmorskan samtalar med alla gravida kvinnor/par kring de psykologiska faktorer som visat sig innebära risk för psykisk ohälsa under graviditet och postpartumtid (Raphael-Leff 1991). Sådana faktorer kan vara stark oro, ofta kanaliserad som förlösningssrädsla, traumatiska livshändelser i samband med graviditeten, konfliktfylld graviditet med stark ambivalens eller problem i parrelationen. – Det psykologiska basprogrammet förutsätter en utökning av det s.k. inskrivningssamtalet till två besök för förstföderskor samt regelbunden konsultation av MVC-psykolog för planering och uppföljning av insatserna (Wickberg 1997).

4.2.4 Föräldrautbildning – "Stöd i föräldraskapet"

En omfattande del av det psykosocialt inriktade arbetet inom MVC och BVC är det som brukar kallas föräldrautbildning. Föräldragruppverksamhet för nyblivna föräldrar, som tillkom efter ett riksdagsbeslut år 1979, bedrivs inom MVC och BVC och når över hälften av alla förstagångsföräldrar. Den nyligen avslutade utredningen om föräldrautbildning föreslår att regeringen skall ta initiativ till en översyn och förnyelse av den överenskommelse som träffades år 1979 mellan regeringen och Landstingsförbundet om föräldrautbildning för tiden kring barnets födelse och under barnets första levnadsår (Stöd i föräldraskapet, SOU 1997:161). Enligt utredningens förslag skall landstingen genom MVC och BVC ta ett fortsatt och ännu tydligare ansvar för stödet till föräldrar som väntar barn och fram till dess att barnet fyller 1 år. MVC/BVC har ett ansvar för att följa upp varför föräldrar avstår från att delta i föräldrautbildning och om möjligt öka deltagandet från föräldrarnas sida, anser utredningen. Utredningen för föräldrautbildning förordar återkommande föräldrastöd under barnets uppväxt, i likhet med den stora föräldrautbildningssatsningen i vårt grannland Norge (Foreldreveiledning, Barne- og familiedepartementet 1996). För utveckling av ett generellt och riktat stöd i föräldraskapet till föräldrar med barn i åldrarna 1-18 år skall, enligt utredningen, kommunerna ansvara (SOU 1997:161). Liksom i det norska exemplet förordar utredningen att föräldragruppernas diskussion bör bygga på bl.a. föräldrarnas egna frågor och intressen, och att föräldrar bör uppmuntras att starta egna föräldragrupper.

Utredningen för föräldrautbildning föreslår vidare att Folkhälsoinstitutet skall få i uppdrag att utveckla metoder och göra uppföljning och utvärdering av olika modeller för stöd i föräldraskapet och att i samråd med Socialstyrelsen, Skolverket, kommuner och landsting utveckla modeller för fortbildning av den personal som skall arbeta med frågor som gäller stöd i föräldraskapet.

Vi anser det viktigt att man i föräldrautbildningen utgår från föräldrarnas egna frågor, men även att innehållet uppdateras så att det motsvarar det aktuella kunskapsläget. Barnets känslomässiga utveckling och samspel med föräldrarna behöver lyftas fram. Exempel på frågeställningar som visat sig aktuella för småbarnsföräldrar är spädbarns behov av en viss rytm, spädbarns olika temperament, hur barn utvecklar inlevelseförmåga, hur barn lär sig samarbeta och hur föräldrar kan sätta gränser för små barn (Wickberg 1997).

4.2.5 Exempel på en riktad insats: Tidig intervention vid depression hos nyblivna mödrar

Detta delavsnitt är huvudsakligen baserat på Birgitta Wickbergs underlag till kommittén.

Även om barnafödande innebär en positiv utveckling för de allra flesta är det också en period då framförallt kvinnan löper ökad risk för allvarlig psykisk ohälsa. Ett fåtal kvinnor, en till två promille, drabbas av ett akut och allvarligt sjukdomstillstånd, en postpartum psykos, under de första veckorna efter förlossningen. Att bli deprimerad i samband med barnafödande är betydligt vanligare. Åtta till 15 % av alla nyblivna mödrar får en mer eller mindre uttalad depression under de första månaderna efter förlossningen (Cox m.fl. 1993). Depressionen börjar oftast smygande några veckor efter förlossningen och kan, om kvinnan inte får hjälp, vara upp till ett år. Både kvinnan själv och hennes omgivning förväntar sig att en nybliven mamma skall vara glad och lycklig. Depression hos nyblivna mödrar är därför ofta ett dolt problem, dvs. kvinnorna söker sällan hjälp själva och uppmärksammas heller inte inom hälso- och sjukvården (Elliot 1989, Wickberg 1996 och 1997).

Under 1980- och 1990-talet ökade det internationella forskningsintresset för depression hos nyblivna mödrar kraftigt. Man är i dag överens om att orsakerna huvudsakligen ligger inom det psykosociala området. Riskfaktorer är exempelvis tidigare depressionstillstånd, problem i parrelationen, bristande socialt stöd och stressfyllda livshändelser (Cox 1996, O'Hara & Swain 1996). I ett nystartat EU-projekt, som omfattar sju länder inklusive Sverige, kommer man att jämföra hur olika hälsovårdssystem hanterar problemet och även värdera kostnaderna för familjen och samhället (Wickberg 1997).

Depressionens konsekvenser

För kvinnan innebär depressionen ett potentiellt allvarligt hälsoproblem. Positiva förväntningar inför att bli förälder ersätts av nedstämdhet, känslor av desperation, misslyckande och en oförmåga att fungera i vardagen. Ofta innebär depressionen att kvinnan saknar känslor för barnet. Allt detta leder till skuld-känslor, en malande spänning och oro och i en del fall till tankar på att göra sig själv illa.

Även relationen till mannen påverkas negativt. Enligt svensk skilsmässostatistik separerar 6 % av alla sammanboende under barnets första levnadsår jämfört med 3 % för barn i andra åldrar (SCB 1993). Att

även nyblivna fäder kan bli deprimerade har nyligen visats i en engelsk studie.

Det allvarligaste effekterna av en postpartum depression rör emellertid barnet.

Risk för barnets anknytning till modern

Under 1970-talet skedde en explosion i spädbarnsforskningen. Ett av de mest uppseendeväckande fynden var att spädbarn är mycket känsliga för kvaliteten i kommunikationen med andra människor. Detta väckte frågor kring vad det innebär för det lilla barnet om mamman är deprimerad. Hur påverkas föräldraförmågan och barnets utvecklingsprocess? I dag är forskningsfrågan inte *om* mammans depression har effekt på barnet utan *hur* det sker. Longitudinella, kontrollerade studier har visat att det tidiga interaktionsmönstret mellan mor och barn kan påverkas negativt om mamman är deprimerad (Murray & Cooper 1996). Barn till deprimerade mödrar har visat en högre grad av s.k. otrygg anknytning. Det är framförallt om depressionen varat 6 månader eller mer som samspelet mellan mor och barn och anknytningen påverkas negativt. Tidig upptäckt och tidig intervention får därigenom en avgörande betydelse för barnet. Ett spädbarn har med andra ord inte tid att invänta att mammans depression skall självläka.

Svenska studier

En forskargrupp i Göteborg har under 1990-talet genomfört en rad studier som visat att frekvensen av depression hos nyblivna mödrar är lika stor i Sverige som i andra västländer, dvs. ungefär 13 % (Wickberg & Hwang 1996 a, jfr. O'Hara & Swain 1996). Flertalet kvinnor i den svenska studien tillfrisknade inom en dryg månad, men en liten grupp (4,3 % av samtliga mammor) var i risk för en längre depressionsperiod.

Ett annat viktigt fynd var att de deprimerade mödrarna med god träffsäkerhet kan identifieras med hjälp av en självskattningsskala (svensk version av Edinburgh Postnatal Depression Scale). Skalan tar bara 5 minuter att fylla i och mottogs väl av de kvinnor som medverkade i studien.

En interventionsstudie

I ytterligare en studie prövade man om en metod med stödjande samtal, som gavs av BVC-sjuksköterskan, var effektiv som första åtgärd för att hjälpa postpartum deprimerade kvinnor (Wickberg & Hwang 1996 b). De deprimerade kvinnor, som erhöll sex samtal (ett i veckan) utöver de ordinarie BVC-besöken, tillfrisknade i signifikant högre grad än de kvinnor som endast erhöll reguljära besök. Två engelska studier har redovisat liknande positiva resultat av stödjande samtal inom hälsovården (Holden m.fl. 1989, Murray & Cooper 1997).

Dessa fynd pekar på nya möjligheter för mödra- och barnhälsovården. Med strukturerade metoder för tidig upptäckt och tidig intervention kan det sekundärpreventiva arbetet bli effektivare.

4.2.6 MVC:s, BB:s och BVC:s roll vid svåra psykosociala familjeproblem

Vid svåra och långdragna psykosociala familjeproblem kan såväl ofödda som redan födda barns hälsa och utveckling vara i fara. Tre föräldraanknutna problemtyper står i förgrunden (enligt Sydsjö 1992):

- allvarligt och långdraget missbruk av alkohol och/eller droger
- psykisk sjukdom eller psykisk störning av kronisk art inklusive allvarlig personlighetsstörning och förståndshandikapp
- psykosociala svårigheter av annan art, såsom långvarig sjukdom, bristfälligt nätverk, kriminalitet m.fl.

Vid misstanke om problem av denna typ har MVC och BVC skyldighet att vidta särskilda åtgärder så att barnet kan skyddas. För MVC:s del handlar det vanligen om missbruk som allvarligt kan skada fostret. Om den gravida och missbrukande kvinnan inte frivilligt accepterar att ta emot vård för sitt missbruk skall socialtjänsten kontaktas – även om den gravida motsätter sig detta. Sekretessen kan i sådana fall brytas med hänvisning till en tilläggsbestämmelse i sekretesslagen (1980:100) från år 1994 (14 kap. 2 § sjunde stycket SekrL, SFS 1994:86). Gravida missbrukare som behandlas på alkoholkliniker, toxikomanienheter och behandlingshem får större möjligheter att föda friska barn, något de helst av allt önskar, om vården kan samordnas med MVC:s arbetsuppgifter. När psykiskt svårt sjuka kvinnor – inte sällan med tung mediciner – skall bli mödrar måste vuxenpsykiatri, MVC och förlossningsvård planera vården tillsammans. Det krävs framförhållning och samarbete mellan socialtjänst, vuxenpsykiatri, förlossningsvård och den

blivande modern för att planera vad som skall hända när barnet väl är fött. Sådana frågor kan sällan lösas på ett tillfredställande sätt på en BB-avdelning och man riskerar då utsätta mor och barn för utomordentligt traumatiska och komplicerade situationer.

Om man på BVC har anledning tro att ett barn far illa och behöver skydd genom insatser från socialnämnden gäller anmälningsskyldighet enligt 71 § socialtjänstlagen. Det förhållandet att MVC eller BVC har vetskap om att socialtjänstkontakt förekommit tidigare eller förekommer utgör inte skäl att avstå från anmälan. Det är en allmän uppfattning att BVC i många fall underlåter att göra en sådan anmälan. Enligt en ännu inte publicerad, omfattande nationell studie av docent Dagmar Lagerberg drar man sig inom MVC och BVC för kontakt med socialtjänsten. Man anser att samarbetet med socialtjänsten brister i kontinuitet och man tycker sig inte se vart det leder (Lagerberg 1997, personlig kommunikation).

Ansvaret för etablering av välfungerande samarbetsformer när föräldrar har allvarliga missbruksproblem, svåra psykiska sjukdomar eller personlighetsstörningar måste delas av alla verksamheter som möter dessa svårt lidande familjer. I avsnittet 4.5, Särskilt utsatta grupper, föreslår vi att verksamheter där den vuxne söker hjälp skall åläggas ansvar att förhöra sig om barnets behov och att tillse att rådgivning/stöd kommer till stånd.

4.2.7 Barnkompetensen inom BVC

Sjuksköterskan är centralgestalten på BVC och sjuksköterskans kompetens och möjlighet att arbeta med barnets behov i centrum är avgörande för att bedriva en kvalificerad barnhälsovård. Ett bekymmer sedan 1980-talet har varit en viss uttunning av den mer specifika barnkompetensen på BVC. Barnsjuksköterskor har ersatts av distriktssköterskor och barnläkare av allmänläkare. Detta har varit en medveten strategi och en del av införandet av husläkarsystemet, med förebild i det brittiska exemplet med "family doctors". Man räknar nu med att 30 % av läkarna inom barnhälsovården har barnläkarkompetens, och att endast 12 % av BVC-sköterskorna är barnsjuksköterskor (Svenska mammor ammar mest 1997).

Det förtjänar nämnas att Lagerbergs nyligen genomförda nationella studie visar att personalens barnkompetens, liksom förtroendet med bostadsområdet, har betydelse för förmågan att identifiera de barn och familjer som kan behöva extra insatser. Hög barnkompetens, lång erfarenhet och långvarig kontakt med människorna i upptagningsområdet samvarierade med hög andel barn som ansågs fara illa på ett

för varje barn tydligt beskrivet sätt. Det krävs kunskap för att se (Lagerberg 1997, personlig kommunikation).

Profilering av distriktssköterskor och allmänläkare

Kompetensutveckling är i hög grad beroende av att sjuksköterskor och läkare inom BVC har ansvar för och träffar relativt många barn, så att arbetet med barnfamiljer inte utgör en marginaliserad del av den yrkesverksamma tiden. Det är inte möjligt att ange exakt hur många barn som krävs för att man skall kunna ackumulera erfarenhet och öka sin professionalitet. Omfattningen av allmänläkarens tjänstgöring vid BVC bör vara tillräckligt stor för att läkaren skall kunna vidmakthålla en vidgad erfarenhet av barnhälsovård. När det gäller sjuksköterskor vid BVC kan ett rimligt riktmärke vara att minst halva arbetstiden (50 % av hel tjänst) bör vara inriktad mot barn. Ett sådant riktmärke baserar sig på följande resonemang. Erfarenhetsmässigt vet man att ca 35 nyfödda barn per år i ett BVC-distrikt genererar ett arbete för barn 0-7 år som svarar mot ungefär 50 % av en heltidssjukskötersketjänst. I distrikt där det föds 10-15 barn per år är det nästan omöjligt att ordna föräldrautbildning, och barnerfarenheten blir så begränsad att nästan alla problem – inte minst psykiska och sociala – ständigt upplevs som något nytt och främmande. Det är vanligt i sådana områden att prioritera ned fortbildning om barn eftersom man måste vidareutbilda sig i så mycket annat. Profilering av distriktssköterskors och allmänläkares arbete löser många av dessa kompetens-, prioriterings- och utbildningsproblem. Ökade konsultinsatser av barnläkare och barnpsykologer kan därutöver bidra till att gradvis stärka kompetensen.

Generellt kan sägas att hög kompetens kräver volym på verksamheten, fortbildning, konsultmöjligheter och tillgång till specialistmottagningar att remittera vidare till. Med dessa inslag kan distriktssköterskor och allmänläkare bedriva barnhälsovård av god kvalitet. Den barnläkarkompetens som finns att tillgå för barnhälsovårdens vidkommande bör utnyttjas där behoven av kvalificerad barnhälsovård är störst.

Husläkarsystemet kan antas fungera bäst i stabila bostadsområden, med ringa in- och utflyttning, där allmänläkare och familj kan få kontinuitet i kontakten. En viss personkännedom och förtroenhet med bostadsområdet ger allmänläkaren bättre förutsättningar att lyckas i sin BVC-uppgift. I områden med stor omflyttning saknas förutsättningar för en sådan kännedom, samtidigt som ohälsotalen tenderar vara högre. Det ter sig då angeläget att BVC-läkaren har en specialiserad barnläkarkompetens.

4.2.8 BVC:s roll för tidig upptäckt av psykiska störningar

Hälsoundersökningar av alla barn i syfte att ge tidig behandling vid utvecklingsavvikelser och sjukdomar är en omistlig del av det förebyggande arbetet med barn. Socialstyrelsen har i allmänna råd från år 1991 givit riktlinjer för vad som bör ingå i ett hälsoövervakningsprogram för barn från födelsen upp till skolan börjar (Socialstyrelsen 1991:8). Med smärre lokala variationer följer landets BVC detta nationella program och använder sig även av ett för landet gemensamt journalsystem.

Pärlbandet av hälsoundersökningar bygger till sitt innehåll i betydande utsträckning på grundläggande kunskaper om barns utveckling (psykomotoriskt, perceptuellt, kommunikativt) och tillväxt och vad man vet om den normala variationen i dessa avseenden. Korrekt utförda och tolkade ger de s.k. "nyckelåldersundersökningarna" (vid 2, 6, 10, 12, 18 mån., 3 år, 4 år och 5½ år) goda förutsättningar för att allvarigare psykiska störningar (t.ex. grav generell utvecklingsförsening, autism, svår DAMP) skall upptäckas på ett tidigt stadium i barnets utveckling. BVC:s förmåga till tidig identifikation förbättras om det finns möjlighet till återkommande fortbildning och konsultation av barnhälsovårdspedagoger och av personal från barnpsykiatri och habiliteringen. Eftersom många problembilder kan vara relativt ovanliga, är det värdefullt om BVC-personalen får stöd och redskap för att se det som kan vara kliniska observanda. Tidig upptäckt gör att barn och familj kan få behandling och stöd i ett optimalt skede. Ett exempel på tidig identifikation av autism inom primärvården ges i avsnittet 6.6, Barnhabiliteringens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem.

Inom BVC finns det anledning att vara extra observant på utvecklingen hos de barn som utsatts för tidiga separationer och trauman. Vi vill här peka på ett par sådana grupper. Adoptivbarn från andra länder har inte sällan behov av extra barnhälsovårdande insatser. Det är vanligt att barnen har såväl fysiska som psykiska hälsobrister vid ankomsten till Sverige. Den första tiden i Sverige innebär en ytterligare påfrestning. Det är viktigt att BVC tidigt uppmärksammar hälsobrister och använder sitt kontaktnät i syfte att ge barn och föräldrar den hjälp och det stöd de behöver. Detsamma kan sägas om barn i förskoleåldern som är placerade i familjehem antingen som en frivillig åtgärd enligt SoL eller på grund av beslut enligt LVU. Många familjehemsplacerade barn är märkta av tidiga separationer och andra svåra upplevelser och det är av stor vikt att BVC försöker ge ett välavvägt stöd. I vissa fall är det lämpligt att förmedla kontakt med den barnpsykologiska kompetens som finns inom barnhälsovården. Inte sällan har adoptivbarn och familjehemsplacerade barn behandlingsbehov som behöver tas om hand

inom den öppna barnpsykiatriska vården. Då det gäller de familjehemsplacerade barnen måste alla särskilda åtgärder ske med vårdnadshavarens och den placerande socialtjänstens vetskap. Ytterligare en sårbar grupp som bör nämnas är flyktingbarn, vars behov av särskilda BVC-insatser vi diskuterar i avsnitt 4.4.

Tidig upptäckt – tidig åtgärd?

Den stora majoriteten av alla barn med allvarigare utvecklings- och/eller psykiska störningar kommer i dag förhållandevis tidigt till habiliteringsteam och/eller till barnpsykiatrisk specialist. Ett stort bekymmer är emellertid att väntetiderna för specialistutredning tenderar att växa på många håll i landet. Väntetider på ca 1 år förekommer och det är stor risk att familjen inte får just någon hjälp alls under väntetiden. Även efter utredning och diagnos kan familjen i dag hamna i ett vakuum, då behandlingsenheterna är otillräckligt utbyggda. Resurserna svarar inte mot behoven och en god del av vinsten med tidig upptäckt riskeras tappas bort på vägen till rätt vårdnivå.

I samtliga landsting finns i dag särskilt ansvariga läkare för barnhälsovården, som bl.a. har till uppdrag att kvalitetssäkra barnhälsovården. Vad gäller barn med psykiska störningar bör dessa läkare, i samverkan med barnhabilitering och barnpsykiatri, fortlöpande följa upp hur den tidiga diagnostiken fungerar i upptagningsområdet. Alla barn som kommit anmärkningsvärt sent till rätt instans bör rapporteras till den läkare som har övergripande ansvar för BVC så att orsakerna kan kartläggas. Sådana "haveriutredningar" sätter ofta ljuset på metodbrister, som kan rättas till. Metodbrister och andra problem kan också uppdagas genom att barnhälsovården står i kontakt med de föräldraföreningar som representerar barn med psykiska svårigheter.

4.2.9 Våra överväganden

Folkhälsouppdraget

Mödra- och barnhälsovården når nära nog alla Sveriges barn och föräldrar i ett avgörande skede, nämligen tiden runt barnafödandet. Genom att man har nått en hög acceptans i alla socialgrupper har mödra- och barnhälsovården blivit en "resurs för alla" som kommit att spela en viktig roll för folkhälsan. I dag står man inför delvis nya uppgifter, då ohälsopanoramats förskjutits från traditionellt medicinska till mer psykosociala problembilder.

Denna förskjutning innebär krav på nya arbetssätt och prioriteringar. För att bäst nå och stödja de barn och familjer som är psykosocialt utsatta krävs att man, vid sidan av ett gott generellt stöd, också har insatser som riktar sig specifikt till psykologiskt och socialt utsatta grupper. MVC och BVC måste arbeta med en kombination av generella insatser som når alla, riktade förstärkta insatser till sårbara grupper samt individuellt utformad hjälp till föräldrar och barn som löper särskilt stor risk för eller redan visar tecken på psykisk ohälsa. Vi vill särskilt peka på de stora folkhälsovinster ett gott generellt stöd har att ge. En bibehållen hög kvalitet inom vårdkedjan MVC-BB-BVC vad gäller kompetens, utrustning, bemötande och miljö är nödvändig för att verksamheterna skall fortsätta fylla sin hittillsvarande funktion i folkhälsoarbetet.

Avvägningen mellan generella och riktade insatser bör sättas i relation till samhällets övergripande strategi för att nå utsatta grupper. Detta är en viktig principiell fråga som bör få sin genomlysning i Nationella folkhälsokommitténs (S 1995:14) arbete.

Psykosociala insatser

Till de traditionella uppgifterna för mödra- och barnhälsovården hör en god somatisk övervakning, vilken har en stor betydelse för att reducera biologiska riskfaktorer för psykisk ohälsa hos barn. Utveckling av den psykosociala kompetensen får således inte ske på bekostnad av kvalitet och kompetens inom det traditionellt medicinska området.

I likhet med Utredningen om föräldrautbildning (SOU 1997:161) anser vi att MVC/BVC skall erbjuda alla föräldrar att delta i föräldrautbildning under graviditeten och spädbarnsåret. I föräldrautbildningen bör man utgå från föräldrarnas egna frågor, och innehållet i utbildningen bör spegla det aktuella kunskapsläget, inte minst vad avser barnets känslomässiga utveckling och samspel med föräldrarna. Det är viktigt att familjeperspektivet förstärks inom MVC/BVC och att stödet riktar sig till båda föräldrarna.

Den psykosociala kompetensen inom mödra- och barnhälsovården har utvecklats avsevärt under de senaste decennierna. Ett problem är emellertid fortfarande att mycket av det psykosociala arbetet förblir osynligt, och att det ser mycket olika ut på olika håll i landet. Detta hänger i hög grad samman med att det råder brist på strukturerade och väldokumenterade metoder. Därmed försvåras uppföljning och utvärdering av insatserna samt – inte minst – kunskapsöverföringen.

Riktade insatser

Utöver basutbudet bör det finnas en allmän strävan att individualisera hälsoövervakning, stöd och service med hänsyn till familjens behov. Barnhälsovårdens tjänster bör utformas så att de passar barn med funktionshinder och kronisk sjukdom.

Vi anser att man inom mödra- och barnhälsovården i högre grad än tidigare bör rikta insatserna mot särskilt sårbara grupper. Gravida kvinnor med stark oro, deprimerade föräldrar, barn och föräldrar med flyktingbakgrund utgör exempel på sådana grupper. Andra utsatta grupper, som vi särskilt behandlar i avsnittet 4.5, är föräldrar med missbruk, psykisk sjukdom eller allvarlig kroppssjukdom, samt deras barn. Vi anser att MVC/BVC skall ha en beredskap att ge dessa grupper individuellt stöd i föräldraskapet (se avsnitt 4.5), vilket också är i linje med det förslag som lagts av Utredningen om föräldrautbildning (SOU 1997:161).

Ett exempel på en välfungerande och kostnadseffektiv insats utgör det tidiga interventionsprogram för nyblivna mödrar med depression, vilket utvecklats i Göteborg. Med små men väl definierade insatser kan man skapa bättre förutsättningar för mor och barn i det tidiga samspelet och därmed för anknytningen. Detta är ett exempel på hur man med strukturerade metoder för tidig upptäckt och tidig intervention kan bedriva ett framgångsrikt och kostnadseffektivt riktat förebyggande arbete. Det tål också påpekas att det är en viktig kvalitetssäkringsuppgift för barnhälsovården att tillse att utvecklingsavvikelser och ohälsa identifieras på ett optimalt tidigt stadium.

Vårdkedjan MVC-BB-BVC har en viktig om än svårlöst uppgift vid svåra och långvariga psykosociala familjeproblem. Man kan förenklat tala om tre huvudtyper av föräldraanknutna problem: allvarligt missbruk, psykisk störning av kronisk art samt andra allvarliga psykosociala svårigheter, såsom långvarig sjukdom, bristfälligt nätverk, kriminalitet m.fl. Vi vet att man inom MVC med relativt god precision kan identifiera problemen, men att man sedan har svårt att ge adekvat hjälp och även att remittera vidare. I stor utsträckning beror detta på att man inte upparbetat fungerande samverkan med socialtjänst, vuxenpsykiatri, alkoholmottagningar m.fl. Här finns stora behov av metodutveckling.

Mycket tyder på att mödra- och barnhälsovården för sällan har kontakt med socialtjänsten när man har anledning misstänka att ett barn far illa och behöver skydd. Vi anser att barnhälsovården på ett tydligare sätt bör ta sitt lagstadgade ansvar. Därför föreslår vi att en hänvisning till 71 § socialtjänstlagen införs i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården samt i HSL.

Förbättring av barnkompetensen

Det har skett en uttunning av barnkompetensen inom BVC. I många fall har barnsjuksköterskor ersatts av distriktssköterskor och barnläkare av allmänläkare. För god kompetens inom ett område krävs tillräckligt stor volym av verksamhet, fortbildning, konsultverksamhet och tillgång till specialmottagningar. Vi föreslår därför huvudmännen att distriktssköterskor med uppgift inom BVC ägnar minst halva arbetstiden åt barnhälsovård och att allmänläkare vid BVC har tillräckligt stor mottagning för att vidmakthålla en vidgad erfarenhet av barnhälsovård. Goda möjligheter till konsultation hos barnläkare och barnhälsovårdpsykolog måste finnas liksom fortlöpande vidareutbildning av såväl allmänläkare som distriktssköterskor. Vi föreslår också att barnläkare i ökad utsträckning utnyttjas för tjänstgöring i barnrika, socialt sämre gynnade områden, med förhållandevis stor omflyttning. I sådana områden är ohälsotalen högre och på grund av omflyttningar saknas ofta kontinuitet i distriktsläkarnas kontakter med familjerna. I mindre stabila boendeområden får den kvalificerade barnkompetensen därför särskild betydelse.

Vi anser att en förbättrad och hög barnkompetens ger BVC unika möjligheter till tidig identifikation av problem och tidiga insatser. För att lyckas krävs att man lyssnar till föräldern och har förmåga att se barnet. Det handlar om såväl ett grundläggande förhållningssätt som om en strukturerad metodik.

Huvuduppgiften

Slutligen är det väsentligt att framhålla att BVC i metodutvecklingsarbetet bör bevara det som är verksamhetens kärna – att vara en generell resurs som bedriver en medicinsk verksamhet med starka psykosociala inslag. Det är som sådan BVC har hög acceptans och fyller en funktion för nära nog alla barn och familjer i landet. Då situationen för familjen är sådan att olika vårdgivare måste samverka skall MVC och BVC hålla fast vid sin professionella huvuduppgift:

- att stå för somatisk övervakning av mor och barn
- att följa barnets utveckling i bred mening och tillse att barnet vid behov får adekvat stöd
- att arbeta med det omedelbara föräldrastödet.

4.3 Skolans elevvård

Vår bedömning: Skolan skall vara en bra miljö för alla elever och har ett långtgående ansvar för att alla barn och ungdomar får en likvärdig utbildning.

Elevvård i ordets vida bemärkelse sammanfattar alla insatser som görs för att eleverna skall må bra. Den särskilda elevvårdspersonalen bör finnas tillgänglig så att elever själva kan ta kontakt. Elevvårdspersonal skall komplettera och stötta lärare och övrig skolpersonal. Vi anser att en grundläggande princip för elevvården skall vara att skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan. Elevvårdsteamet skall besitta kvalificerad kunskap om barns och ungdomars psykiska, sociala och biologiska utveckling, om mellanmännsliga relationer och samspelet i en grupp och en organisation, om samhällsfaktorer som inflytande och samhällets olika stödorgan, samt om den pedagogiska vardagen i skolan. Elevers särskilda behov skall uppmärksammas, utredas och åtgärdas inom skolan, i samråd med förälder/vårdnadshavare och eleven själv.

Specialpedagogerna utgör en viktig resurs i skolan för en stor andel barn och ungdomar med psykiska problem. Antalet specialpedagoger har minskat oroväckande. Vi vill understryka statens ansvar för specialpedagogutbildningarnas utformning och dimensionering.

Våra förslag: Elevvården skall besitta specialpedagogisk, psykologisk, medicinsk och social kompetens och bistå övrig skolpersonal med konsultation och handledning och i utformandet av åtgärdsprogram. Åtgärderna kan gälla skolmiljön i stort eller en enskild elevs utbildningssituation.

Elevvårdsteamet skall kunna genomföra en allsidig elevutredning, innefattande pedagogiska, psykologiska, medicinska och sociala aspekter, som är inriktad på att ge underlag för åtgärder för elevens skolsvårigheter. Teamet skall även i normalfallet klara av utredning inför ett eventuellt mottagande i särskolan.

Gymnasieelever som har studiesvårigheter skall ha rätt till särskilda stödinsatser, såsom stödundervisning, specialundervisning, utökning av undervisningstid och ny genomgång av kurs. Stödet skall utformas i samspel med eleven och med hänsyn till dennes individuella studieplan.

En hänvisning till 71 § socialtjänstlagen införs i skollagen för att tydliggöra ansvaret att genast anmäla misstankar om att ett barn kan behöva skydd.

Vi föreslår att bestämmelser enligt ovan införs i skollagen, grundskole- och gymnasieförordningarna.

Skolan är en självklar del av alla barns vardag. Förutom familjen torde skolan vara samhällets viktigaste institution för barns fostran och utveckling. En välfungerande skola är därmed av avgörande betydelse också för barns och ungdomars psykiska hälsa. Skolkommittén har i sitt arbete haft utgångspunkten att skolan skall vara en god miljö för lärande och social samvaro och att det som är bra för alla barn och ungdomar kan vara extra betydelsefullt för dem som har svårigheter av olika slag. I sitt slutbetänkande, Skolfrågor – Om skola i en ny tid (SOU 1997:121), avstår Skolkommittén medvetet från att fokusera särskilda problemområden såsom läs- och skrivsvårigheter eller elevvårdens roll och uppgift, och anlägger i stället vad man skulle kunna kalla ett folkhälsoperspektiv. I vår egen kommittés diskussioner har vi ofta återkommit till skolan som den väsentligaste av alla basverksamheter. Skolans centrala roll understryks också av de intresseorganisationer som i vårt arbete företräder ett brukarperspektiv. De framhåller att det är i vardagen, och då inte minst i skolan, som barnet eller den unge måste få stöd och en chans att utvecklas på ett gynnsamt sätt.

4.3.1 Skolplikt och rätten till utbildning

Barn bosatta i landet har enligt bestämmelserna i skollagens (1985:1100) kapitel 3 skolplikt från och med höstterminen det kalenderår barnet fyller 7 år till och med vårterminen det år då barnet fyller 16 år eller, om barnet fullgör skolplikten inom specialskolan, 17 år. Om det finns särskilda skäl kan skolplikten uppskjutas ett år (3 kap. 7 § skollagen, SFS 1997:1212). Skolplikten upphör om barnet dessförinnan tillfredsställande slutför högsta årskursen i grundskolan eller motsvarande. Skolplikten motsvaras av en rätt att få utbildning inom det offentliga skolväsendet för barn och ungdom. För barn och ungdomar som inte kan gå i grundskolan eller gymnasieskolan därför att de är utvecklingsstörda, har ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder på grund av hjärnskada eller har autism eller ett autismliknande tillstånd finns särskolan (1 kap. 5 och 16 §§ skollagen). Kommunerna är huvudmän för grundskolan och särskolan, medan kommuner och landsting är huvudmän för gymnasieskolan (2 kap. skollagen). Vid sidan av de skolformer som anordnas av det allmänna finns det också fristående skolor, som anordnas av enskilda fysiska eller juridiska personer. Godkännande, tilldelning av bidrag och tillsyn av de fristående skolorna regleras i skollagens 9 kap.

4.3.2 Mobbning – ett skolmiljöproblem

Ett skolproblem som berör alla är mobbningen. Det behövs knappast sägas att den utgör en allvarlig psykisk hälsorisk. Mobbningens omfattning och vad man kan göra åt den har en framträdande plats i mediadebatten. Barnombudsmannen har genom sin "Dialog med unga" låtit landets 13-åringar själva komma till tals (BO 1996). Över 6 000 har besvarat frågan "Vad tycker du man ska göra mot mobbning?". Huvudbudskapet är att alla har ett ansvar att ta ställning och agera mot mobbning. Föräldrar skall aktivt intressera sig för sina barns väl, men det konkreta arbetet mot mobbning måste göras inom skolan, av elever och lärare. Ungdomarna är kritiska till den brist på engagemang som de upplever hos framförallt vuxna i skolan.

Barnkommittén understryker skolans och det omgivande samhällets absoluta skyldighet att skydda barn och ungdomar från mobbning, med hänvisning till FN:s barnkonvention och då främst artiklarna 28 och 29. "Det får aldrig råda minsta tvivel om att barns och ungdomars trygghet och välbefinnande har högsta prioritet i offentliga verksamheter som skolan är" (SOU 1997:116). Man säger vidare att mobbningen måste ses dels som ett akut problem som kräver omedelbara åtgärder, dels som ett symptom på allvarliga missförhållanden i skolmiljön.

Arbetet mot mobbning har ett starkare lagstöd sedan den 1 januari 1998, då 1 kap. 2 § tredje stycket skollagen fick följande lydelse:

Särskilt skall den som verkar inom skolan – – – 2. aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasistiska beteenden.

att jämföra med den tidigare lydelsen:

Särskilt skall den som verkar inom skolan – – – 2. bemöda sig om att hindra varje försök från elever att utsätta andra för kränkande behandling.

Att arbeta mot mobbning kan sägas ingå i basen för all elevvård. I detta avsnitt kommer vi dock fortsättningsvis koncentrera diskussionen kring elever i särskilda behov och elevvårdens roll i förhållande till dem.

4.3.3 Skolans stöd till elever med skolsvårigheter

Det finns behov av att tydliggöra skolans ansvar för elever i särskilda behov. Vilka behov hos barn och ungdomar skall skolan tillgodose och vilken typ av kompetens fordras härför? Svaret på dessa frågor innebär visserligen gränsdragningar i förhållande till andra samhällsinstitutioner, exempelvis socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri, men vi bör i första hand eftersträva att klargöra skolans eget ansvar. Samarbetet

mellan skolan och andra verksamheter ser olika ut i olika kommuner, och man bör undvika att anlägga ett alltför stelt organisatoriskt perspektiv.

Skollagen, grundskole- och gymnasieförordningarna samt läroplanerna tar upp skolans skyldigheter mot och ansvar för elever i behov av särskilt stöd. Enligt 1 kap. 2 § skollagen gäller att:

Alla barn och ungdomar skall, oberoende av kön, geografiskt hemvist samt sociala och ekonomiska förhållanden, ha lika tillgång till utbildning i det offentliga skolväsendet för barn och ungdom. Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig, varhelst den anordnas i landet.

Utbildningen skall ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvarskännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever med särskilda behov.

Grundskolans ansvar för att sådana hänsyn tas förtydligas ytterligare i 4 kap. 1 § andra stycket: "Särskilt stöd skall ges till elever som har svårigheter i skolarbetet". Rektors ansvar för elever i behov av särskilt stöd betonas i läroplanerna. I grundskolans läroplan Lpo 94, sägs att rektor har ansvaret för skolans resultat och har därvid, inom givna ramar, ett särskilt ansvar för "utformningen av undervisningen och elevvårdsverksamheten så att eleverna får det särskilda stöd och den särskilda hjälp de behöver." En liknande formulering finns i läroplanen för gymnasieskolan, Lpf 94.

I grundskoleförordningens 5 kap. som har rubriken Särskilda stödinsatser, sägs det bl.a. att en elev skall ges stödundervisning om det kan befaras att eleven inte kommer att nå de mål som skall ha uppnåtts vid slutet av femte och nionde skolåret. Särskilt stöd skall ges till elever med behov av specialpedagogiska insatser. Stödet skall i första hand ges inom den klass eller grupp eleven tillhör, men om det finns särskilda skäl kan det även ges i en särskild undervisningsgrupp.

Gymnasieskolan

Gymnasieskolan har en svagare formulerad skyldighet att ge elever extra stöd i skolarbetet, och då i form av stödundervisning under en begränsad tid. För elever som har behov av särskilt stöd *får* specialundervisning anordnas inom klassen, och för funktionshindrade elever *får* specialklasser inrättas (gymnasieförordningens 8 kap, vår kursivering). – Den obligatoriska grundskolans skyldighet att ge särskilda stödinsatser uttrycks således långt tydligare än vad fallet är för den frivilliga gymnasieskolan.

Kommittén för gymnasieskolans utveckling konstaterar att andelen elever som behöver stöd har ökat i den nya gymnasieskolan (SOU 1997:107). Samtidigt har lärartätheten i allmänhet minskat något. Man anser att

elever som har studiesvårigheter bör uppmärksammas tidigt och få stöd i en form som passar dem, såsom:

- stödundervisning och specialundervisning
- utökning av undervisningstiden i hela eller delar av utbildningen, dvs. olika studietakt
- ny genomgång av kurs.

Kommittén för gymnasieskolans utveckling understryker vikten av att gymnasieskolan lever upp till de allmänna utbildningsmålen att främja elevernas allsidiga och harmoniska utveckling och förmåga att arbeta självständigt och tillsammans med andra. Det är bättre att elever lämnar ett ämne där de har avsevärda svårigheter än att de avbryter sin gymnasieutbildning.

Skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan

Som framgår ovan är det klart uttalat att elever som har svårigheter i skolarbetet och är i behov av särskilt stöd skall få det, åtminstone så länge de finns inom den obligatoriska skolan. I praktiken är det dock en flytande gräns mellan elever som bedöms ha svårigheter i skolarbetet och dem som inte har det, och det är svårt att ange hur stor andel som tillhör den första gruppen. Man kan utgå ifrån att barn och ungdomar med uttalade svårigheter får särskilt stöd men att det också finns en mellangrupp, som visserligen skulle vara betjänt av särskilda stödåtgärder men som inte kommer till åtnjutande av sådana. Författningstexterna ger ingen tydlig definition av den elevgrupp som skall ges särskilt stöd. Den rimliga tolkningen är därför att skolan har ett långtgående ansvar för att alla barn och ungdomar får en likvärdig utbildning, och att detta ansvar även gäller barn med särskilda behov. Samtidigt finns en avgränsning i skolans åtagande i det att lagstiftaren begränsar sig till att tala om utbildningssituationen och skolarbetet. Elevernas särskilda behov kan vara av olika ursprung och karaktär, men skolans uppgift är att erbjuda eleven en för honom eller henne fungerande utbildningssituation.

En rimlig grundprincip torde vara att varje verksamhet måste klara sin egen uppgift. I detta fall innebär det att skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan. Skolan själv skall kunna utreda och åtgärda elevers särskilda behov i skolsituationen, och ta ansvar för att lämpliga åtgärder sätts in. För att klara denna uppgift måste skolan ha en bred

och kvalificerad kompetens. Det får inte vara så att stödinsatserna för en elev med skolsvårigheter är avhängiga en diagnos från barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Vi ser det som en viktig uppgift att tydliggöra skolans ansvar och uppgift då det gäller barn med särskilda behov, och vill även lyfta fram vilken kompetens uppgiften kräver.

4.3.4 Utvecklingen på 1990-talet

Forskning och utvärderingsprojekt kring elever med särskilda behov

I projektrapporten *Elever med behov av särskilt stöd* ges en sammanfattande bild av vilka kunskaper som finns om situationen för dessa elever under 1990-talet (Skolverket 1996 a). Rapporten bygger på en forskningsöversikt från perioden 1990-1995, på kommunernas uppföljning och utvärdering, några Skolverksprojekt som berör elever i behov av särskilt stöd, intervjuer med personal vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, en kartläggning av rekryteringen till yrket som specialpedagog samt, slutligen, en granskning av Tillståndsbeskrivningen 1995 i de delar som berör elever med behov av särskilt stöd.

Läs- och skrivsvårigheter är det mest "beforskade" området, medan matematiksvårigheter intresserat en mindre men något växande skara forskare. Enligt såväl inhemska som internationella studier har uppskattningsvis 5-8 % av eleverna i den allmänna skolan läs- och skrivsvårigheter. En ännu större grupp barn och ungdomar tycks ha svårigheter med matematikämnet; 10-20 % av eleverna i grundskolan. Svårigheter med matematik blir särskilt uttalade på högstadiet för dessa elever, som brister i begreppslig förståelse och gradvis får allt svårare att hänga med i den gängse lärogången.

Enligt lärare är det framförallt elevernas "förmågenivå" som är avgörande för hur man fördelar skolans specialpedagogiska resurser. Socioemotionella problem kan också vara ett urvalskriterium härför, i synnerhet bland äldre elever (Skolverket 1996 a).

Ökning av elevers skolsvårigheter

Tillståndsbeskrivningen från år 1995 ger vid handen att antalet elever med behov av särskilt stöd ökade i merparten (80 %) av landets kommuner under treårsperioden 1991-1994, enligt uppgifter från kommunal central nivå. Preliminära uppgifter från år 1997 tyder på en fortsatt ökning i 80 % av kommunerna. Det rör sig framförallt om elever med läs- och skrivsvårigheter, elever med koncentrationssvårigheter och ut-

agerande elever. Enligt rektorernas uppfattning är ökningen de senaste två åren ungefär lika stor i grundskolan som i gymnasiet. Ökningen i gymnasieskolan bör ses mot bakgrund av att 98 % av ungdomarna nu går i gymnasiet. Den förändrade läroplanen med fler teoretiska ämnen och mindre arbetsplatsförlagd utbildning spelar sannolikt också en roll. Det nya betygssystemet fokuserar också elevernas problem på ett nytt sätt.

En tredjedel av skolorna uppger att resurserna till skolan minskat under perioden 1991-1994, vilket lett till större klasser och neddragning av antalet speciallärare. Enligt Skolverkets undersökningar har det genomsnittliga antalet lärare per 100 elever i landet minskat från 8,5 läsåret 1992/93 till 7,9 läsåret 1995/96. Undersökningarna tyder dessutom på att resurserna är mindre behovsstyrda nu än tidigare. Den del av resursen som är direkt relaterad till elevantalet tar en större andel av den totala resursen, vilket gör att resurser för riktade stödinsatser minskar. Kommunerna har i stor utsträckning decentraliserat ansvaret för prioriteringarna till de enskilda skolorna (Skolverket 1997).

Inom BUP/PBU har man under 1990-talet sett en påtaglig ökning av antalet anmälda skolelever, något som även vi konstaterat i vårt delbetänkande (SOU 1997:8). I Skolverkets intervjuundersökning uppger de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna att orsakerna till ökningarna kan härledas till såväl skolan som samhället utanför. Orsaker inom skolan anser man vara minskade resurser för stödinsatser i skola och barnomsorg och nedskärningar av elevvårdspersonal. Utredning vid BUP/PBU är kostnadsfri för skolan.

Antalet elever i särskolan har ökat under 1990-talet. Enligt statistik framtagen vid Skolverkets uppföljningsavdelning rör det sig på nationell nivå om en ökning på 16 % (Skolverket 1996 b), men med stora variationer mellan länen. Magnus Tideman vid Högskolan i Halland har inom projektet "Lever som andra?" studerat särskolan och de särskilda omsorgerna, och pekar på en rad faktorer som tycks ligga bakom ökningen. Decentralisering och ett gemensamt huvudmannaskap för skola och särskola har ökat tillgängligheten, men också föräldrars ökade acceptans av särskolan har bidragit till ökningen (Tideman 1997). Det är emellertid nedskärningarna i grundskolan som oftast nämns som orsak till särskolans ökning. Då stödet till elever med särskilda behov minskar i grundskolan, ökar trycket på särskolan att ta emot elever som man tidigare klarade av i den vanliga skolformen (Skolverket 1996 a). Tideman påpekar att på samma gång som grundskolans specialundervisning minskar, ökar antalet individuellt integrerade elever i särskolan. Han drar slutsatsen att "nedskärningen i annan kommunal verksamhet leder till att fler behöver stöd av särskild lagstiftning för att få sina

behov tillgodosedda" (Tideman 1997). Det vore emellertid felaktigt att dra slutsatsen att särskolans ökning är liktydig med att det sker en överinskrivning i formell mening. Andelen skolpliktiga barn som går i särskola ligger nu en bit över 1 % i riket, men är fortfarande lägre än den statistiskt förväntade andelen. I Stockholms stad har man sedan kommunaliseringen år 1994 sett en ökning av särskolan från 0,7 % till 0,9 % av det totala antalet elever. Man har i en genomgång och analys visat att inskrivningskriterierna är desamma som tidigare, det vill säga elever som tas emot i särskolan har en psykisk utvecklingsstörning eller annat betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder (enligt 1 kap. 3 och 16 §§ skollagen) vilket gör att de inte kan förväntas uppnå grundskolans kunskapsmål. I utredningen inför ett eventuellt mottagande aktualiseras det relativa handikappbegreppet (enligt WHO), det vill säga miljöns resurser i förhållande till den enskilde eleven. Man konstaterar att elevökningen i stora delar är en följd av kommunaliseringen och särskolans integrering i helheten Stockholms skolor (Resursförvaltningen 1997).

Brister på åtgärdssidan

Elever med mycket speciella beteende- och/eller inlärningsproblem har ökat, eller i alla händelser uppmärksammas betydligt mer, under 1990-talet. Detta visar Skolverkets sammanställning av de utvärderingar/uppföljningar av skolverksamheten som fram till år 1995 genomförts i 40 % av landets kommuner. Enligt samma källa har specialundervisningen minskat i omfattning, och elever med läs- och skrivsvårigheter tenderar därför att få allt mindre specialpedagogisk hjälp. Specialläraren som handledare för andra lärare har inte slagit igenom och rollen upplevs som diffus för många. I kommunernas rapporter nämns ofta att man använder sig av elevassistenter, och detta är en personalgrupp som enligt samstämmiga kommunala uppgifter ökat. Skolan har ansvar att upprätta åtgärdsprogram för elever i särskilda behov enligt vad som fastslås i grundskoleförordningen: "Om en elev behöver särskilda stödåtgärder, skall ett åtgärdsprogram utarbetas av berörd skolpersonal. Vid utarbetande av programmet bör skolpersonalen samråda med eleven och elevens vårdnadshavare" (5 kap. 1 §, SFS 1997:559). År 1995 konstaterade Skolverket att åtgärdsprogram i själva verket sällan upprättas, men det finns tecken på att en förbättring skett på denna punkt de senaste två åren (Tillståndsbeskrivningen 1997).

Även några forskningsrapporter visar att antalet barn med koncentrationssvårigheter ökar. Trots att MBD/DAMP-problematik varit föremål för stort intresse på kartläggnings- och diagnostiksidan, saknas un-

dersökningar som belyser skolsituationen för dessa barn. Enligt Skolverket utvärderas konsekvenserna av skolans insatser för elever med behov av särskilt stöd i alltför liten omfattning av kommunerna (Skolverket 1996 a).

Specialpedagoger – en bristvara?

Lärarveckotimmarna för specialundervisning i grundskolan har minskat mellan åren 1990/91 och 1995/96 med väl över 20 %. Minskningen har därefter stannat upp, visar Skolverkets uppgifter från året 1996/97 (Skolverket 1997). Ofta ersätts inte en speciallärare som pensioneras med någon ny speciallärare/specialpedagog. En studie som gjordes på grundskolan våren 1996 visade att 20 % av skolorna saknade speciallärare.

Baserat på statistik från berörda institutioner vid lärarhögskolorna konstaterar Skolverket att endast få låg- och mellanstadielärare utbildar sig till specialpedagoger. Antalet minskade successivt från år 1991 till år 1994, för att därefter öka något igen (Skolverket 1996 a). Enligt Kerstin Stenberg, prefekt för Institutionen för specialpedagogik vid Lärarhögskolan i Stockholm, är det ett mycket stort söktryck till specialpedagogutbildningarna. Vid ansökan inför höstterminen 1997 hade man i Stockholm 1 355 sökande till 180 platser (Stenberg 1997, personlig kommunikation). Merparten, närmare bestämt 80 %, av de studerande får tillträde genom så kallad "behovsantagning". Detta innebär att arbetsgivaren söker för en viss medarbetares räkning, och arbetsgivarens behov av kompetenshöjning i verksamheten väger tungt vid antagningen. Ansökningsförfarandet gör att det blir mycket tydligt att de kommunala verksamheternas behov av specialpedagoger inte är tillgodosett. Det ringa nytillskottet av speciallärare kan få negativa konsekvenser för den framtida specialundervisningen av elever med olika slag av inlärningssvårigheter, i all synnerhet som en stor andel av dagens specialpedagoger snart närmar sig pensionsåldern (Skolverket 1996 a).

Den av regeringen tillsatta Lärarutbildningskommittén (dir. 1997:54) har i uppdrag att bland annat se över specialpedagogutbildningen. Man skall enligt direktiven utreda behovet av specialpedagogisk kompetens bland lärarna och särskilt uppmärksamma dimensioneringen av den framtida specialpedagogiska utbildningen. Bakgrunden till denna del av uppdraget är att inte minst särskolan står inför en snar och akut brist på specialpedagoger.

4.3.5 Elevvård – skolhälsovård

Begreppet elevvård har ingen entydig definition. I vid mening är elevvården hela skolans angelägenhet och en välfungerande elevvård kräver att all personal i skolan – skolledare, lärare, skolhälsovårdspersonal, psykologer, kuratorer, syofunktionärer – samarbetar för elevens bästa. I den direkta elevvårdspersonalen ingår dels skolpsykolog och kurator, dels skolläkare och skolsköterska (Djurstedt & Kastan 1996). Skolläkare och skolsköterska tillhör skolhälsovården, som är den medicinska delen av skolans elevvård.

Skolhälsovården

Skolhälsovården har en särställning inom skolans elevvård, i det att dess uppgift, innehåll och personella förutsättningar finns tydligt föreskrivna i lagen. Den övergripande uppgiften beskrivs i 14 kap. 2 § skollagen:

Skolhälsovården har till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem.

Skolhälsovården skall främst vara förebyggande. Den skall omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. För elever i särskolan och specialskolan skall i skolhälsovården också ingå särskilda undersökningar som föranleds av deras funktionshinder.

För skolhälsovården skall finnas skolläkare och skolsköterska.

Skolhälsovården kan ses som elevernas företagshälsovård och bör ges i nära anslutning till deras arbetsplats och av personal med kännedom om den aktuella arbetsmiljön, det vill säga såväl skolans innehåll och verksamhet som den aktuella skolans miljö och inre arbete (Djurstedt & Kastan 1996). I 14 kap. skollagen föreskrivs vidare att alla elever i grundskolan skall erbjudas att genomgå minst tre allmänna hälsokontroller, jämnt fördelade under skoltiden. Elever i gymnasieskolan skall beredas tillfälle att genomgå minst en allmän hälsokontroll. Kontroll av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller skall erbjudas mellan de allmänna hälsokontrollerna. Den skolhälsovård som eleverna har rätt till skall vara kostnadsfri. Skolhälsovården har hälso- och sjukvårdssekretess (7 kap. 1 § SekrL) och står under Socialstyrelsens tillsyn. Den övriga elevvården och skolan i sin helhet har sekretess enligt 7 kap. 9 § SekrL och Skolverket som tillsynsmyndighet.

Elevvård – vad är det?

Den icke-medicinska elevvården har i jämförelse med skolhälsovården en otvivelaktig förankring i gällande lagar och förordningar. Elevvård i ordets vida bemärkelse sammanfattar alla insatser som görs för att eleverna skall må bra. I denna mening har all personal ansvar för elevvården, i synnerhet rektor och klassföreståndare/mentorerna. Den särskilda elevvårdspersonalen skall komplettera och stötta lärarna i skolan och bidra med kunskaper som är nödvändiga i arbetet med elever med svårigheter. "När man drar in på resurser till elevvårdspersonal minskar möjligheterna att tillgodose elevernas behov utifrån en helhetssyn" (Djurstedt & Kastan 1996). Samarbetet kring den enskilde eleven sker vid behov bl.a. inom ramen för den så kallade elevvårdskonferensen, vars sammansättning och befogenheter är detaljerat reglerade och där "företrädare för elevvården" alltid skall ingå (grundskoleförordningen, gymnasieförordningen). Skolans ansvar för elever med särskilda behov lyfts fram i de senaste läroplanerna, Lgr 80 och Lpo 94. Elevvårdens roll kan därmed förmodas ha ökat i betydelse. Den preciseras dock inte närmare, utan skall utformas "så att eleverna får det särskilda stöd och den särskilda hjälp de behöver" (Lpo 94, Rektors ansvar, 2.8).

Elevvård och elevvårdspersonal nämns således som oundgängliga inslag i skolans verksamhet. Samtidigt är elevvårdens uppgift relaterad endast till mål på synnerligen övergripande nivå, så övergripande att de mer handfasta arbetsuppgifterna riskerar osynliggöras. Till skillnad från vad fallet är för rektor, lärare och skolhälsovårdspersonal saknas en konkret bild och beskrivning av den icke-medicinska elevvårdspersonalens insatser. Bristen på konkretion kan bidra till att det ter sig mera möjligt att spara in på elevvård än på andra, tydligare beskrivna inslag i skolans verksamhet.

Elev med eller i behov?

Läs- och skrivkommittén, som nyligen överlämnat sitt slutbetänkande, Att lämna skolan med rak rygg (SOU 1997:108), framhåller att elever i svårigheter är hela skolans ansvar. Läs- och skrivsvårigheter skall inte i första hand ses som elevens problem utan som ett undervisningsproblem. Kommittén menar att man i stället för elever *med* särskilda behov och elever som *har* svårigheter bör tala om elever *i* behov av stimulans och stöd. Man framhåller att hela den situation som eleven är del av skall kartläggas när särskilda åtgärder planeras. Man föreslår att rektor och berörd skolpersonal skall få ett tydligare ansvar för arbetet med åtgärdsprogram, vilka skall fokusera både eleven och undervis-

ningen, och utformas i samråd med eleven och vårdnadshavare. – Läs- och skrivkommittén anlägger ett perspektiv som understryker betydelsen av att elevvården är integrerad med skolans hela verksamhet.

Elevvårdsteamet centralt placerat

I dag blir det allt vanligare att elevvårds- och specialpedagogisk personal finns placerad centralt i kommunerna. I många kommuner utgör den en särskild resultatenheter, vars tjänster kan köpas av skolan, i en del fall också av barnomsorgen och socialtjänsten. Det finns för- och nackdelar med en sådan organisation. Till nackdelarna hör att elevvårdspersonalen kommer längre från eleverna och att det blir svårare för eleverna själva att ta kontakt. Det centralt placerade teamet får möjligen också sämre kännedom om miljön och förutsättningarna ute på skolorna. Det finns också en risk att man med knappa ekonomiska resurser avstår från att köpa in den elevvårdskompetens som man egentligen skulle behöva. Till fördelarna hör att de centralt placerade teammedlemmarna kan ha lättare att fungera som specialister och handledare till personalen än om de vore ute på skolorna. Genom att arbeta tillsammans kan teamet också lättare vidareutveckla sin kompetens.

Hur elevvården praktiskt organiseras måste självklart bestämmas lokalt, ute i kommunerna. Den totala elevvårdsresursen skall dock stå i samklang med behoven och verka i skolmiljön så att eleverna får det särskilda stöd och den hjälp de behöver. Detta innebär bland annat att elevvårdsresursen inte kan spridas hur tunt som helst, och att elevvårdspersonalen skall ha ett tydligt och oavvisligt uppdrag.

Samarbete med föräldrar/vårdnadshavare

Skolan skall samarbeta med hemmen. Detta slås fast i 1 kap. 2 § skollagen och mera konkret i rikets skolförordningar och läroplaner. Enligt föräldrabalken skall barnets rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran i första hand tillgodoseas av föräldrarna/vårdnadshavarna. Enligt huvudregeln i 6 kap. 11 § föräldrabalken skall vårdnadshavaren bestämma i frågor som rör barnet och barnets personliga angelägenheter. I takt med att barnet blir äldre och mognare skall vårdnadshavaren ta allt större hänsyn till barnets egna synpunkter. Undan för undan får barnet bestämma själv i enkla och vardagliga frågor, men när det gäller större avgöranden kvarstår i princip vårdnadshavarens bestämmanderätt tills dess barnet blir myndigt vid 18 års ålder.

För skolans del innebär detta att samarbetet med föräldrar/vårdnadshavare blir mindre intensivt i de högre årskurserna, men att det då det gäller större avgöranden i princip fortfar att vara en skyldighet också på gymnasiet, så länge eleven är omyndig. Omyndiga ungdomars rätt till självbestämmande i vissa frågor får inte leda till att skolans personal regelmässigt avstår från att samarbeta med hemmen i viktiga frågor. En sådan underlåtenhet strider mot barnets rätt till skydd och till den omvårdnad och trygghet som den egna föräldern/vårdnadshavaren kan ge.

Elevens eget inflytande

Elever har rätt till inflytande. Det är viktigt för demokratin i skolan att elever deltar aktivt i beslutsfattandet i styrelser, klassråd och arbetsgrupper. Lika viktigt som det formella inflytandet är att eleverna kan påverka det dagliga arbetet och har makt över sitt eget lärande (SOU 1997:121). Den enskilda elevens inflytande och delaktighet i beslut som rör honom/henne själv är en viktig pedagogisk och etisk princip, som har stöd i FN:s konvention om barnets rättigheter:

Konventionsstaterna skall tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (artikel 12 p. 1).

Barns och ungdomars rätt till medbestämmande är villkorlig. Vuxna har rätt att bestämma över barn och ungdomar i frågor de inte själva kan avgöra följderna av. Gunnel Colnerud har i en avhandling om relationen mellan lärare och elever visat att elevers självbestämmande knappast är en medveten etisk princip i skolan. Lärarna beskriver visserligen att de i större utsträckning än tidigare låter eleverna planera sitt arbete, men motiverar det framförallt med effektivitetsskäl. Att eleverna är egna individer med rätt till självbestämmande används inte som argument. Colnerud anser att detta beror på att skolan är en organisation som har svårt att förhålla sig till individer. Man är van att tänka i termer av grupper och arbetsenheter, och man vilar på en tradition av disciplinering (Colnerud 1995).

Att tillförsäkra eleven ett inflytande i frågor som rör den egna skolsituationen är angeläget av flera skäl. För det första står ett sådant inflytande helt i samklang med skolans bredare pedagogiska uppdrag: att främja elevernas harmoniska utveckling till ansvarskännande människor och samhällsmedlemmar och att bedriva en verksamhet som överensstämmer med grundläggande demokratiska värderingar (se 1 kap.

skollagen). För det andra har pedagogisk forskning visat att den som är engagerad och delaktig i det som hon studerar har bättre och mer bestående kunskaper. Liknande resultat har man från forskning kring psykologisk behandling. Den ömsesidiga överenskommelsen mellan behandlare och klient är en förutsättning för ett positivt förändringsarbete.

Sammanfattningsvis finns det alla skäl att verka för att eleven är delaktig i utformandet av sin egen skolsituation. Ett sådant elevinflytande svarar mot grundläggande etiska och juridiska principer likaväl som mot skolans pedagogiska mål. Allt talar för att det också innebär bättre och mer meningsfull inläring.

4.3.6 Våra överväganden

Bakgrund

Skolans huvuduppgift är pedagogiskt och all skolpersonal skall ha fokus på utbildning. Skolan skall vara en bra miljö för alla elever och den har ett långtgående ansvar för att alla barn och ungdomar får en likvärdig utbildning. Enligt skollagen, grundskole- och gymnasieförordningarna samt läroplanerna gäller detta ansvar även barn med särskilda behov. Gymnasieskolans skyldigheter är dock svagare formulerade än vad fallet är för den obligatoriska skolan.

Vi anser att en grundläggande princip för elevvården skall vara att skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan. Med elevvård i vid bemärkelse menar man alla de insatser som görs för att eleverna skall må bra. Den största delen av det elevvårdande arbetet är förebyggande och i detta deltar all skolpersonal. Läraren brukar framhållas som den viktigaste elevvårdaren. Den särskilda elevvårdspersonalen skall komplettera och stötta lärare och övrig skolpersonal. Behovet av kvalificerad handledning uttalas allt oftare.

Elevvårdsteamet skall besitta kvalificerad kunskap om barns och ungdomars psykiska, sociala och biologiska utveckling, om mellanmänskliga relationer och samspelet i en grupp och en organisation, om samhällsfaktorer och samhällets olika stödorgan, samt – inte minst viktigt – om den pedagogiska vardagen i skolan. I exempelvis skolmiljöfrågor och i arbetet mot mobbning har elevvårdsteamet en given plats. Genom generella åtgärder och genom att bygga trygghet runt barnet minskar behovet av särskilda åtgärder. Elevvårdspersonalen kan också delta direkt i det förebyggande arbetet, exempelvis med elevgrupper, och i viss mån med stödkontakter till enskilda elever.

Elevvårdspersonalen bör finnas tillgänglig så att eleverna själva kan ta kontakt.

Även med en god förebyggande elevvård finns det givetvis elever i särskilda behov. Principen att skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan innebär att elevers särskilda behov inte bara skall uppmärksammas utan även utredas och åtgärdas inom skolan, i samråd med förälder/vårdnadshavare och eleven själv. Detta innebär att skolan själv skall kunna ta ansvar för merparten av de elever som har exempelvis läs- och skrivsvårigheter och koncentrationsproblem, utan att åtgärder görs avhängiga en barnpsykiatrisk diagnos. Vi anser vidare att gymnasieskolans elever skall ha rätt till stöd, i en form som passar dem. I dag finns påtagliga brister på åtgärdssidan. Ett reellt problem är att antalet specialpedagoger har minskat oroväckande och att det råder viss osäkerhet om hur deras kompetens bäst skall utnyttjas.

Vi vill framhålla att specialpedagogerna utgör en mycket viktig resurs i skolan för en stor andel barn och ungdomar med psykiska problem. Specialpedagogresursen kan ha helt avgörande betydelse för att dessa elever får en fungerande utbildningssituation. Vi välkomnar därför att en särskild utredning arbetar med frågan, och vill understryka statens ansvar för specialpedagogutbildningarnas utformning och dimensionering.

I enlighet med resonemang som förs i kapitel 6 om socialtjänstens arbete ser vi anledning understryka att skolpersonal enligt 71 § socialtjänstlagen har skyldighet att till socialnämnden anmäla misstankar om att ett barn kan behöva skydd.

Elevvårdens centrala uppgifter

Elevvårdsteamet skall bistå med:

- *Konsultation* – då lärare behöver ett bollplank och stöd i att förstå enskilda elever och deras situation och processer som sker i klassrummet.
- *Handledning* – till personalen i det dagliga pedagogiska och elevvårdande arbetet.
- *Utredning av elevs skolsvårigheter* som kan ske inom arbetslaget, med hjälp av elevvårdsteamet eller – i enstaka fall – via utredning av specialistteam.

De flesta elevfrågor skall kunna hanteras inom lärararbetslaget. Läraren uppmärksammar att eleven har särskilda behov och samråder med elev och förälder. Läraren/arbetslaget kan vid behov använda sig av kon-

sultation av elevvårdspersonal, och man kan efter samråd med elev och förälder eventuellt kalla till elevvårdskonferens. Eleven skall naturligtvis själv ha möjlighet att kontakta någon i elevvårdsteamet. Målet är att så många som möjligt av eleverns särskilda behov skall kunna tillgodoses inom ramen för ett sådant arbetssätt.

Om skolsituationen likväl är otillfredsställande för en enskild elev skall elevvårdsteamet vid behov kunna genomföra en allsidig utredning. Denna skall kunna innefatta pedagogisk, psykologisk, medicinsk och social utredning, och skall utformas efter de svårigheter och behov eleven har, i samråd med förälder/vårdnadshavare och elev. Utredningen skall vara inriktad på att ge underlag för åtgärd. Elevvårdsteamet skall kunna klara flertalet särskoleutredningar.

Då en enskild elev har ovanliga och/eller komplicerade skolsvårigheter kan utredning av ett specialistteam krävas. Ett sådant team kan bestå av specialpedagog, talpedagog/logoped, läkare, psykolog, kurator. Ibland behövs även andra personalkategorier, exempelvis sjukgymnast. Teamets organisatoriska tillhörighet kan växla. I större kommuner kan specialistteamet kanske finnas inom ett kommunalt resurscentrum, medan mindre kommuner sannolikt måste samarbeta regionalt med andra kommuner, med barnhabilitering eller med BUP-klinik. Specialistteamet tillhör således inte skolans egentliga elevvård. Specialistutredningar av svårare dyslexi-problematik kan göras vid något av de läsepedagogiska centra som numer finns runtom i landet.

– *Åtgärdsprogram*

Elevvårdspersonalen bör vara delaktig i utformandet av åtgärder som rör skolmiljön i stort. I exempelvis arbetet mot mobbning har elevvårdspersonalen en viktig uppgift såväl vad avser akuta insatser som i det långsiktiga skolmiljöarbetet.

En utredning av en enskild elevs skolsvårigheter skall vara inriktad på att ge underlag för åtgärd. Elevvårdspersonal och lärare skall i samråd med förälder/vårdnadshavare och elev, i enstaka fall i samarbete med specialistteam, utforma det åtgärdsprogram som skolan är skyldig att upprätta. Åtgärdsprogrammet skall fokusera både eleven och utbildningssituationen. Det skall ange mål, metod och hur åtgärdsprogrammet skall analyseras och utvärderas.

En ekonomisk konsekvensanalys av våra förslag redovisas i avsnitt 11.1.

4.4 Hälsobefrämjande insatser för barn och ungdomar med invandrabakgrund

Vår bedömning: En femtedel av Sveriges barn och ungdomar har invandrabakgrund. För merparten av dem torde invandrabakgrunden utgöra en tillgång. Som grupp har de dock en högre förekomst av psykiska och sociala problem än jämnåriga med enbart svensk bakgrund. Vi anser att detta sammanhänger med samhällseliga faktorer i stort.

Vi anser att barn och ungdomar med annat modersmål än svenska bör uppmuntras att utveckla detta parallellt med att de tillägnar sig svenska språket, och att de bör erbjudas modersmålsundervisning av god kvalitet. Goda kunskaper i svenska har dock avgörande betydelse för att lyckas i den svenska skolan och vi anser det väsentligt att så tidigt som möjligt stimulera och utveckla kunskaperna i svenska. Förskolesatsningar och svenska som andraspråk i den obligatoriska skolan och i gymnasieskolan bör ges hög prioritet.

Vi anser att det är positivt att hälsofrågorna för barn och familjer i flyktingsituation nu uppmärksammas mer. Långa vistelsetider präglade av osäkerhet då familjer söker uppehållstillstånd utgör en uppenbar hälsorisk, särskilt för barnen. Vi anser att handläggare som utreder barns och familjers asylskäl bör ha barnkompetens. I samband med flyktingfamiljers introduktion i kommunerna bör en allsidig hälsoundersökning genomföras, som också ser till barnets psykiska hälsa.

Vi anser att det finns goda hälsoskäl att uppmuntra barn och ungdomar med flyktingbakgrund att uttrycka sig i ord och bild och att forma "sin" berättelse. Personal i basverksamheterna skall kunna vara mottagare av barnets budskap.

Våra förslag: Regeringen ger den nya integrationsmyndigheten i särskilt uppdrag att i dialog med kommunerna aktivt verka för att introduktionsprogrammen utformas så att de säkerställer barns och ungdomars deltagande i förskola och skola och andra åtgärder inom ramen för kommunens ansvar, samt tillgodoser barns och ungdomars behov av hälsovård och rehabilitering och ger stöd i föräldraskapet.

Barnhälsovården erbjuder flyktingfamiljer med förskolebarn en serie hälsokontroller, för att i lugn takt genomföra vaccinationsprogram och de sedvanliga screeningundersökningarna, samt ge stöd i föräldraskapet och etablera kontakt så att uppkommande hälsoproblem kan uppmärksammas och tas om hand i ett tidigt skede.

Sverige är i dag ett mångkulturellt samhälle. En stor del av befolkningen har utländsk bakgrund, det vill säga är antingen själva födda

utomlands och inflyttade till Sverige, eller är födda i Sverige av en eller två utomlands födda föräldrar. Så definierat har 1,6 miljoner, eller nästan var femte invånare, invandrarbakgrund. Det är en radikal förändring sedan mitten av 1950-talet, då mindre än 5 % av befolkningen hade utländsk härkomst. På relativt kort tid har Sverige förvandlats från ett språkligt och kulturellt tämligen homogent samhälle till ett samhälle som hyser många språk och kulturer.

I direktiven nämns "barn och ungdomar med invandrarbakgrund" som en av de grupper som vi särskilt skall uppmärksamma då vi analyserar stödet från olika instanser och hur samarbete dem emellan ter sig. Inledningsvis kan man konstatera att "barn och ungdomar med invandrarbakgrund" är en stor och synnerligen heterogen grupp. Befolkningsandelen med invandrarbakgrund är större i de yngre åldersgrupperna; bland barn och ungdomar i åldrarna 0-17 år rör det sig om 23 %. Om man räknar bort dem med nordisk bakgrund återstår 17 %, och merparten av dem har europeisk härkomst. Andelen med invandrarbakgrund är i stort sett densamma för förskolebarn (0-6 år), låg- och mellanstadiebarn (7-12 år) och högstadie- och gymnasieungdomar (13-17 år). Vid årsskiftet 1995-96 fanns följande antal barn och ungdomar, 0-17 år, med invandrarbakgrund i landet:

118 000 födda utomlands av en eller två utlandsfödda föräldrar, varav uppskattningsvis 20 % är adoptivbarn
126 000 födda i Sverige av två utlandsfödda föräldrar
192 000 födda i Sverige, med en utlandsfödd förälder,

det vill säga totalt 436.000 individer. Majoriteten av barn med invandrarbakgrund, eller 73 %, är alltså födda i Sverige (Invandrarverket 1997 b).

Barn och ungdomar med invandrarbakgrund kommer från sammellan mycket olika länder och kulturer, och familjens ställning i det svenska samhället varierar kraftigt. "Invandrarbakgrund" är således ett mycket oprecist uttryck. Det enda man kan sägas ha gemensamt inom denna heterogena grupp är att man har språkliga och kulturella erfarenheter som skiljer sig från de ensidigt svenska. För många utgör invandrarbakgrunden enbart en tillgång, medan det för vissa också kan innebära en isolering från, eller konflikt med, det svenska samhällets huvudfåra. En särställning har de barn och ungdomar som befinner sig i en flyktingsituation. För såväl flyktningbarnen som för andra barn med invandrarbakgrund kan man förenklat tänka i termer av stöd på olika nivåer; dels *generella* och i första hand förebyggande åtgärder, dels *riktat stöd och vård* som erbjuds dem som har särskilda behov.

I detta avsnitt skall vi diskutera generella åtgärder som kan befrämja hälsa för barn och ungdomar med invandrarbakgrund. Flyktingbarnen har på grund av sin speciella situation behov av särskilda förebyggande insatser, och dessa behandlas i slutet av avsnittet, framförallt i våra överväganden. De mer riktade åtgärderna behandlas i kapitel 9, avsnittet "Interkulturellt samarbete". I mötet med andra språk och kulturer, sätts gängse verksamheter och metoder på prov. Vid sidan av en otillräcklig kulturkompetens, kommer ofta också generella metodbrister i dagen. Detta blir särskilt tydligt i socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatrins arbete, något som vi ägnar uppmärksamhet i kapitel 9.

4.4.1 Högre ohälsotal bland barn och ungdomar med invandrarbakgrund

En flerkulturell bakgrund och tillhörighet är på många sätt en tillgång, såväl för individen själv som för samhället i stort. Likväl är det så att barn och ungdomar med invandrarbakgrund har en högre förekomst av psykiska och sociala problem än sina svenska jämnåriga. Familjekonstellationerna tenderar vara mindre stabila. Barn som är födda i Sverige men som har utländsk bakgrund genom föräldrarna har således oftare ensamstående föräldrar än övriga sverigefödda barn. Föräldrar som är födda utomlands saknar oftare förvärvsarbete, vilket kan vara en belastning som också drabbar barnen (Statens Invandrarverk 1997).

Barn med invandrarbakgrund har även en konsumtion av kroppsjukvård som är högre än genomsnittet. En studie från Stockholms län visar att barn till föräldrar födda utanför Sverige konsumerar mer än dubbelt så mycket nyföddhetsvård, och har 40 % fler vård dagar på barnmedicinsk klinik och mellan 30 och 40 % fler öppenvårdsbesök än jämförbara barn till svenskfödda föräldrar. Ungdomar födda i Sverige i invandrarfamiljer konsumerar 125 % mer slutenvårdsdagar på BUP-klinik än barn med svenskfödda föräldrar och barn med utlandsfödda föräldrar som själva är födda utomlands (Hjern 1997 b).

En särskild grupp är de utagerande ungdomarna med invandrarbakgrund, som är klart överrepresenterade i de särskilda ungdomshemmen för vård enligt 12 § LVU. Enligt en undersökning som gjordes åren 1990-1991 i Stockholms län var andelen ungdomar med invandrarbakgrund vid dessa ungdomshem 57 % (Bergström & Sarnecki 1996), vilket innebär att överrepresentationen vid ungdomshemmen var nära trefaldig. Enligt tillgänglig socialtjänststatistik förekommer sociala problembeteenden av typen ungdomskriminalitet och våldsbrott i större

utsträckning bland ungdomar med invandrabakgrund, medan missbruksproblem inte är vanligare än bland svenskar.

Från skolans värld rapporteras att många barn och ungdomar med invandrabakgrund har svårigheter med det svenska språket och kunskapsinhämtningen, och i debatten föreslås olika sätt att förbättra dessa elevers förutsättningar att lyckas i skolan. Störst problem har de som kommit till Sverige då de redan befinner sig i skolåldern (Socialstyrelsen 1995:5). En barnhälsovårdsstudie påvisar skillnader i kunskapsutveckling också hos dem som är födda i Sverige, något som visat sig i samband med 4-årskontrollen (Bremberg m.fl. 1996). Barn med invandrabakgrund är också tydligt överrepresenterade inom särskolan i Stockholms kommun (Norrman 1997, personlig kommunikation).

Den relativt sett höga förekomsten av psykosociala problem bland barn och ungdomar med invandrabakgrund kan förmodas sammanhänga bland annat med den påfrestning som det innebär att växa upp med dubbla normsystem och därmed sammanhängande vacklande vuxenstöd, språkbrister och med en allmänt sett svagare ställning i arbetslivet och i samhället i stort (Bredänge 1995). I synnerhet i vissa av storstädernas förortsområden finns en tendens att ungdomar identifierar sig framförallt som icke-svenskar. En upplevelse av utanförskap, tolkas av den unge ensidigt i termer av etnisk tillhörighet. Detta kan skapa hinder för att delta i det svenska samhällslivet.

Adoptivbarn med internationell bakgrund, som enligt officiell statistik anses ha invandrabakgrund, är något överrepresenterade bland dem som söker hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri. Skälet härtill kan vara tidiga separationer, upplevelsen av att vara både avvisad och utvald och i många fall exposition för hälsorisker under fostertiden (se avsnitt 9.5)

4.4.2 Generella hälsobefrämjande insatser för barn och ungdomar med invandrabakgrund

På den mest fundamentala nivån är hälsoutvecklingen hos barn och ungdomar med invandrabakgrund avhängig hur Sverige lyckas i sin mångkulturella utveckling. Om icke-svenska erfarenheter och språkkunskaper värderas positivt och tillvaratas innebär det automatiskt en självklar delaktighet och status för alla med invandrabakgrund. För närvarande tillvaratas utlandsföddas erfarenhet, kompetens och examina i mindre grad än vad som vore optimalt. Den samhällsekonomiska krisen med lågkonjunktur och arbetslöshet försvårar förvisso utvecklingen mot öppenhet och mångfald. Det är dock viktigt att framhålla att

invandrabarnens och -ungdomarnas utveckling inte kan förstås isolerat utan påverkas av de attityder som råder i samhället i stort.

Mer direkta insatser riktade mot barn och ungdomar finns på olika nivåer. På den mest övergripande nivån har vi bland annat sett kampanjer som syftar till att överbrygga klyftor mellan barn och ungdomar med invandrabakgrund å den ena sidan och dem som har en ensidigt svensk bakgrund å den andra. Ett exempel är "Ungdom mot rasism", utgående från dåvarande Civildepartementet som förutom en allmän kampanjverksamhet stöttade självinitierade projekt runtom i landet. Kulturprojekt av olika slag kan fylla en viktig funktion för att sprida information och påverka attityder i samhället, och för att stärka självkänslan hos barn och ungdomar med invandrabakgrund. – I mars 1996 avsatte regeringen 125 miljoner kr till olika åtgärder och projekt i kommuner med bostadsområden där det bor många människor med invandrabakgrund. De statliga medlen var avsedda som delfinansiering av kommunala projekt och avsikten var att stimulera ett långsiktigt och kontinuerligt arbete. Detta projektarbete skall nu utvecklas under perioden 1998-2000 i ett antal bostadsområden till "nationella exempel" på projektarbete.

Språkfrågan

Språkfrågan har en framskjuten plats i debatten, inte minst då man diskuterar skolmisslyckanden bland barn och ungdomar med invandrabakgrund. Den kan sägas ha fått förnyad aktualitet då man under det sista året, i samband med dyslexikampanjen, har uppmärksammat den avgörande betydelse som basfärdigheter som läsning och skrivning har för den långsiktiga sociala anpassningen. Språkutvecklingen är en av hörnstenarna för läs- och skrivförmågan. Det råder delade meningar om hur man på bästa sätt skapar gynnsamma förutsättningar för språkutvecklingen hos de barn som växer upp i mångspråkliga miljöer exempelvis i vissa av storstädernas förorter.

Modersmålsundervisningen

Vi har under 1990-talet sett en neddragning av modersmålsundervisning, den som tidigare kallades hemspråksundervisning. I grundskolan får nu drygt 50 % av de berättigade eleverna modersmålsundervisning, mot som mest nära 70 %. Inom ramen för förskolan fick tidigare 55 % av alla barn med invandrabakgrund denna träning, mot nu cirka 20 % (Ds 1996:57, Socialstyrelsen 1996 a). Neddragningarna har huvudsak-

ligen skett av besparingsskäl. Att det varit politiskt möjligt att spara just här kan delvis hänga ihop med att man i otillräcklig utsträckning dokumenterat innehåll och resultat av modersmålsundervisningen, och även att det i vissa fall varit svårt att få till stånd en välfungerande undervisning. Från invandrarorganisationerna ser man med oro på neddragningarna av modersmålsundervisningen. Förutom undervisningens direkta effekter för barnen pekar man på att hemspråklärarna har en viktig funktion att fylla, också som samhällsinformatörer till den invandrade familjen och som kulturförmedlare till den svenska skolan (Hearing med invandrarorganisationer, Utredningen för föräldrautbildning, 1997-05-26).

Modersmålsundervisningen har i relativt liten utsträckning varit föremål för forskning. De studier som ändå finns pekar på positiva samband mellan deltagande i modersmålsundervisning och elevens allmänna utveckling; språkligt, i kunskapshänseende samt vad trygghet och självkänsla beträffar. Urvalet är förvisso skevt eftersom så många berättigade elever inte deltar i undervisningen, och det går inte att entydigt slå fast vad som är orsak och verkan. De positiva sambanden mellan modersmålsundervisning och elevens allmänna utveckling och anpassning stämmer dock med vad som redovisas i internationella studier (Skolverket 1993:41, Hyltenstam & Toumela redovisade i SOU 1996:143). Regeringen har nyligen uttalat att barn med annat modersmål än svenska bör uppmuntras att utveckla detta parallellt med att de tillägnar sig det svenska språket (prop. 1997/98:16).

Kunskaper i svenska

Goda kunskaper i svenska är den väsentligaste förutsättningen för skolframgång i gymnasieskolan. Den slutsatsen drog Skolverket av en omfattande studie av elever med invandrarbakgrund och en svensk jämförelsegrupp fyra år efter att de hade slutat grundskolan. Svensk språkfärdighet är i denna liksom i flera andra undersökningar den faktor som är mest betydelsefull för framgång i studierna. Skolverket drar slutsatsen att man bör satsa på svenska så tidigt som möjligt och se till att elever som har behov av svenska som andraspråk får denna undervisning (Skolverket 1993:41). Som grupp presterar invandrarelever något lägre än svenska elever på läsförståelseprov, visar den svenska delen av IEA:s läskunnighetsundersökning av elever i årskurserna 3 och 8 (Taube 1995). Invandrareleverna är dock en heterogen grupp som finns representerade längs hela förmågeskalan, från de lägst presterande till de högst presterande. Att satsa på att ge dem som har

svårigheter goda kunskaper i svenska måste betraktas som en god investering (Skolverket 1995).

Svenska som andraspråk

I den förra läroplanen för grundskolan, Lgr 80, angavs att elever med ett annat modersmål än svenska skulle delta i undervisningen i svenska som andraspråk tills de väl kunde tillgodogöra sig den reguljära undervisningen i svenska. I samband med den nya läroplanen, Lpo 94, fick inte ämnet svenska som andraspråk någon egen kursplan. I och med ett riksdagsbeslut i juni 1995 blev emellertid svenska som andraspråk ett eget ämne i den obligatoriska skolan och i gymnasiet. Undervisningen i svenska som andraspråk är obligatorisk för elever som behöver undervisningen. Under läsåret 1994/95 deltog drygt 62 000 eller 7 % av grundskolans elever i undervisning i svenska som andraspråk (SOU 1996:143).

Särskilda insatser i förskolan

Runtom i landet finns exempel på projekt som syftar till att stimulera språkinläring, förbättra svensk kunskaper och förbereda eller stötta barn med invandrabakgrund i deras svenska skolgång. En handfull sådana projekt har fått statliga igångsättningsbidrag (genom ovan nämnda 125 miljoner kr, avsatta i mars 1996). I Rosengård i Malmö, i Solna, Södertälje och flera stadsdelar i Stockholm finns språkförskolor och sexårsverksamheter som bl.a. har som mål att stärka invandrabarnens möjligheter att erövra det svenska språket (SOU 1996:143). Syftet är att ge dem bättre förutsättningar att klara skolan och då även fortsatta studier och integrationen i stort.

En ensidig svenskträning möts dock av skepsis bland de etnologer och pedagoger som vill se språket ur ett helhetsperspektiv, det vill säga som något som är kopplat till bakgrund, erfarenheter och aktuella livsvillkor och som innebär ett sätt att uppleva omvärlden (Sjögren m.fl. 1996).

Ett intressant försök med språkpedagogisk handledning inom förskolans ram pågår för närvarande i Skärholmen (Språkprojektet 1996). Den svenskspråkiga förskolepersonalen får stöd och vägledning i sin roll som förmedlare av svenska. De invandrade föräldrarna görs medvetna om hur de kan förmedla sitt hemspråk i dialog, i berättande, genom sagor och genom att läsa exempelvis Astrid Lindgren översatt till det egna modersmålet.

Några initiativ från Storstadskommittén

Storstadskommittén har riktat ljuset på barns och ungdomars levnads- och uppväxtvillkor i utsatta stadsdelar i sju storstadskommuner (SOU 1995:142, SOU 1997:61). Som utsatt definieras en stadsdel om huvuddelen av hushållen har låg till extremt låg inkomst. Majoriteten av barnen i de utsatta stadsdelarna har utländsk bakgrund och de åtnjuter barnomsorg i betydligt mindre utsträckning än andra barn mellan 1 och 12 år. Skolresultaten är genomgående lägre i de utsatta och invandratäta bostadsområdena. Mot denna bakgrund tog Storstadskommittén och Allmänna arvsfondsdelegationen våren 1995 ett initiativ som har lett till att regeringen under en treårsperiod ställt 45 miljoner kronor till förfogande för att utveckla barnomsorgsverksamheterna i de utsatta stadsdelarna. Flertalet projekt som hittills beviljats medel syftar till att ge barnen språkstimulans, att ge föräldrar stöd och att bedriva pedagogisk metodutveckling. Invandrarföreningar är ofta den drivande ideella resursen i projekten. Storstadskommittén föreslår nu att alla 3-5-åringar som står utanför den reguljära barnomsorgen i utsatta stadsdelar skall erbjudas kostnadsfri deltidsförskola. Denna skall drivas i enlighet med de nationella, pedagogiska målen för förskolan och utformas i samarbete med föräldrarna, samt präglas av hög professionalitet och medverkan av kulturkompetent personal. Storstadskommittén föreslår också att regeringen skall avsätta medel ur Allmänna arvsfonden för att ideella organisationer skall kunna utveckla sommarlovsverksamhet för barn och ungdomar i de utsatta områdena (SOU 1997:61).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att språkfrågan är minst sagt aktuell, och att den i hög grad sammanhänger med invandrarbarnens och -ungdomarnas långsiktiga integration i det svenska – alltmer mångkulturella – samhället.

4.4.3 Flyktingbarnen

Enligt statistik från Invandrarverket var vid årsskiftet 1997-98 omkring 4 000 barn under 18 år asylsökande. Av dessa var drygt 200 barn här utan vårdnadshavare; de flesta av dessa är tonåringar och drygt hälften är somalier. Av samtliga som söker uppehållstillstånd, för närvarande totalt 14 000 i alla åldrar, räknar man med att 25 % får det beviljat.

Migration innebär alltid en viss påfrestning; individen och familjen måste orientera sig och hitta nya förhållningssätt och mönster. Flyttar man till ett annat kultur- och språkområde krävs särskilda ansträngningar och vilja att lära nytt, samtidigt som man vårdar relationer till närstående och sitt ursprung. Detta är en krävande process, även i de

fall då flyttningen är frivillig och på olika sätt berikande. För en flykting är migrationen i grunden ofrivillig och har dessutom föregåtts av en mer eller mindre lång period av stress. I många fall har man direkta krigsupplevelser, erfarenheter av tortyr eller långvariga flyktinglägervistelser med sig i bagaget. De personliga och sociala resurser som individen och familjen har att tillgå kan således vara hårt ansträngda redan vid ankomsten till Sverige. Eftersom endast en mindre del av de sökande kommer att beviljas permanent uppehållstillstånd, fortfar situationen att präglas av djup ovisshet och otrygghet. Långa väntetider har negativa effekter, också på barnens psykiska hälsa (Hjern 1995). Sedan man fått uppehållstillstånd och blivit mottagen i en kommun vidtar en lång och mödosam anpassningsprocess, som för familjen ofta innebär ofrivilligt bidragsberoende, marginalisering och påfrestningar på de inbördes relationerna. Enligt en projektrapport från Lidköpings kommun uttrycker flyktingarna en önskan att lägga det onda bakom sig, men brottas med traumatiska minnen, sorg och saknad, utanförskap och känslor av meningslöshet – något som många försöker dölja också för sina närmaste (Lindmark & Vernersson 1997). Tillvaron är inte hanterlig, förståelig och meningsfullt sammanhängande – det vill säga man saknar mycket av det som vi vet befrämjar hälsa (salutogena faktorer, i Antonovskys terminologi, 1991).

Barn drabbas av flyktingsituationen på olika sätt. I jämförelse med svenska barn är den procentuella andelen flyktingbarn med tecken på psykisk ohälsa hög (Näreskog 1997). Tidigare trauman samt flyktens orsak och förlopp är självklart av betydelse, men också barnets ålder spelar roll för hur stora påfrestningarna blir. För det lilla barnet är det avgörande om föräldrarna förmår ge dem god och oavbruten omsorg och om de kan upprätthålla illusionen om att "du är trygg hos mamma och pappa" (Almqvist 1997). Att klara denna uppgift är naturligtvis svårare för den förälder som själv är traumatiserad. Ett äldre barn har egna kontakter utanför familjen, ser omvärldshändelserna tydligare och löper oundvikliga förluster i form av avbrutna kontakter vid en ofrivillig migration. Ungdomar i 11-20-årsåldern befinner sig i en särskilt känslig ålder för sådana uppbrott; man är utanför familjen delvis men är ännu inte självständig. Tonåringarnas och flyktingbarnens hälsa i ett längre perspektiv vet vi ännu så länge otillräckligt om i Sverige. Den forskning som ändå finns ger oss anledning att räkna med att flyktingbarnen även långsiktigt har en högre andel psykisk ohälsa än svenska barn i motsvarande åldrar (Hjern 1997 a). – Långa vistelsetider under osäkerhet riskerar bli särskilt uppslitande för barn och ungdomar, något som rönt stor och berättigad uppmärksamhet i massmedia.

Traumatiska upplevelser i samband med migrationen är hos vuxna flyktingar förenade med generellt sämre psykisk och fysisk hälsa och

sämre social anpassning än vad som är fallet för dem som lyckats fly under mindre dramatiska omständigheter (Ekblad, Belkic & Eriksson 1996). Tillgänglig forskning tyder på att detsamma gäller för barn (Almqvist & Brandell 1992, Almquist & Brandell-Forsberg 1995, Ekblad 1993, Näreskog 1997). Vanliga symtom hos barn som genomlevt sådana trauman är delvis av ganska generell art: överaktivitet, koncentrationssvårigheter, regression, undvikande och psykosomatiska symtom. Mer specifika symtom är påträngande bilder och sinnesintryck, monoton och repetitiv lek, allvarsamhet och framtidspessimism. Man kan också möta en störd tonårsutveckling, där den unge iklär sig en Rambo-identitet (Ekblad 1997).

Sammanfattningsvis kan man bara konstatera att flyktingsituationen innebär påtagliga hälsorisker, psykiska likaväl som fysiska. Invandrarverket drar därför i sin rapport Individuell mångfald slutsatsen att hälsofrågorna bör lyftas fram mer (Invandrarverket 1997 a).

4.4.4 Hänsynen till flyktingbarns hälsa och utveckling

Barnkommittén, som gjort en bred översyn av hur svensk lagstiftning och praxis förhåller sig till bestämmelserna i FN:s konvention om barnets rättigheter, hade i uppdrag att med förtur behandla frågan om barns ställning i ärenden enligt utlänningslagen (SOU 1996:115, SOU 1997:116).

De av konventionens artiklar som är av särskild betydelse för flyktingbarnen är följande. Enligt Barnkonventionens artikel 24 erkänner konventionsstaterna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Enligt artikel 39 skall man vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter. Artikel 28 fastställer barnets rätt till utbildning. Enligt artikel 2 i Barnkonventionen föreligger ett förbud mot diskriminering av något barn som vistas i landet, vilket innebär att de asylsökande barnen åtnjuter samma rättigheter som de permanent boende barnen. En särskild problematik uppstår då barnet vistas illegalt i landet. Dessa "gömda" barn blir isolerade och kan vanligtvis inte ta del av samhällets service i form av förskola och skola. De gömda barnen löper den allra största hälsorisk och man vet att många far mycket illa. De har endast rätt till akutsjukvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen, vilket

är en begränsning som enligt Barnkommittén står i strid med konventionens artiklar 2 och 24 (SOU 1996:115).

Den 1 januari 1997 infördes en bestämmelse i 1 kap. 1 § utlänningslagen: "I fall som rör ett barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets hälsa och utveckling samt barnets bästa i övrigt kräver" (SFS 1996:1379). Vid samma tillfälle ändrades utlänningslagens bestämmelser för när barn får tas i förvar så att åldersgränsen utsträcktes från 16 år till 18 år (6 kap. 3 §). Det blev också lagfäst att i utredning om barn skall, med beaktande av barnets ålder, mognad och om det inte är olämpligt, hänsyn tas till vad barnet har att anföra (11 kap. 1 a §).

Asylsökande barn och de flyktingbarn som fått uppehållstillstånd har fullt ut samma rätt till hälsa, vård och utbildning som alla andra barn som vistas i landet. För att tillmötesgå dessa rättigheter behöver samhället emellertid avpassa de generella stödåtgärderna efter flyktingbarnens speciella behov och situation.

Introduktionen i kommunerna

Riksdagen har under senhösten 1997 fattat beslut om mål och inriktning för den framtida integrationspolitiken. En ny myndighet med ansvar för integrationspolitikens genomförande skall inrättas från den 1 juli 1998. I regeringens proposition 1997/98:16, särskilt i avsnitten som rör skyddsbehövande invandrares introduktion i kommunerna, uppmärksammas barns och ungdomars särskilda behov med stor tydlighet.

Introduktionen måste bygga på respekt för familjen och barnets bakgrund, och ske i samverkan med dem. Goda exempel där man särskilt uppmärksammat barnen finns och gemensamt för dem är att man ute i kommunerna funnit sätt att samverka över de gängse organisatoriska gränserna. Barn i förskoleålder och skolpliktiga barn bör få sådant stöd att de på bästa sätt kan delta i förskoleverksamhet och skolverksamhet. Ungdomar som inte har genomgått gymnasieutbildning eller motsvarande bör ges stöd i att delta i sådan utbildning eller i åtgärder inom ramen för kommunernas ansvar för ungdomar. Man bör inom ramen för introduktionen uppmärksamma hälsoproblem och ta initiativ till rehabilitering. Samarbete mellan kommuner och barn- och ungdomspsykiatri lyfts fram. "Om föräldrarna ges stöd i att vara föräldrar och barnen tillåts bearbeta sina upplevelser, underlättas möjligheterna för hela familjen att kunna tillgodogöra sig introduktionsprogrammet och förbättra sitt hälsotillstånd" (prop. 1997/98:16).

4.4.5 Våra överväganden

Sverige har sedan 1950-talet utvecklats till ett land som hyser många språk och kulturer. En femtedel av alla barn och ungdomar har invandrarbakgrund enligt den gängse definitionen, det vill säga är antingen själva födda utomlands eller är födda i Sverige av en eller två utomlands födda föräldrar. Det rör sig alltså om en mycket stor och även mångskiftande grupp. För flertalet av dem torde invandrarbakgrunden utgöra enbart en tillgång. Likväl kan man inte blunda för att barn och ungdomar med invandrarbakgrund har en högre förekomst av psykiska och sociala problem än sina jämnåriga med enbart svensk bakgrund. Detta sammanhänger med samhällsliga faktorer i stort, exempelvis arbetsmarknadsfaktorer och segregerade bostadsområden, och i många fall också med svårigheter på grund av kulturella normkonflikter, ansträngda familjerelationer och med attityder. Hälsoutvecklingen hos barn och ungdomar med invandrarbakgrund är i inte ringa grad avhängig hur Sverige lyckas i sin mångkulturella utveckling.

Språket har en mycket stor betydelse för barns och ungdomars utveckling, kommunikativt, socialt och för begreppsbildning. Den språkliga förmågan och mognaden utgör ett fundament då barnet skall lära sig läsa och skriva. Att ha goda basfärdigheter i läsning och skrivning är i sin tur av mycket stor betydelse för den framtida sociala anpassningen. Det finns studier som visar signifikanta samband mellan språkutveckling i tidig förskoleålder och långsiktig social anpassning. Språket är också centralt som förmedlare av kultur och tradition. Vi anser att barn och ungdomar med annat modersmål än svenska bör uppmuntras att utveckla detta parallellt med att de tillägnar sig svenska språket, och att de skall erbjudas modersmålsundervisning av god kvalitet.

Goda kunskaper i svenska är den väsentligaste förutsättningen för att barn och ungdomar med invandrarbakgrund skall lyckas väl med sin skolgång, och senare i arbetslivet. Vi anser det därför väsentligt att så tidigt som möjligt stimulera och utveckla kunskaperna i svenska. Förskolesatsningar, inte minst för de barn som nu står utanför barnomsorgen, och kvalitativa satsningar på svenska som andraspråk bör stå på dagordningen.

Vi anser att det är positivt att hälsofrågorna för barn och familjer i flyktingsituation nu uppmärksammas mer. Vi vill understryka att långa handläggnings- och vistelsetider då familjer söker uppehållstillstånd utgör uppenbara hälsorisker, inte minst för barnen. Vi anser att resurser och kompetens bör koncentreras till den inledande fasen av asylprocessen. Vi anser också att utredande handläggare bör ha kvalificerad barnkompetens.

Hälsobefrämjande insatser för flyktingbarn

En allsidig hälsoundersökning, som också ser till barnets psykiska hälsa, bör ingå i kommunernas introduktionsprogram. Vi anser att detta bör ske i samverkan mellan kommun, barnhälsovård/barnmedicinsk mottagning och barn- och ungdomspsykiatri. Det är väsentligt att ta upp ordentlig anamnes av föräldrarna samt att tala med barnet själv. Man bör undvika att psykiatisera problem som är förväntade och kan lösas inom det normala sociala nätverket.

Barnhälsovården är en viktig generell och icke-hotfull resurs, och dess roll för flyktingfamiljerna skulle kunna stärkas ytterligare. Barn och föräldrar bör kunna erbjudas det vanliga barnhälsovårdspaketet "retrospektivt", om man anländer då barnet är exempelvis 3 år. Därigenom skapas förutsättningar för en förtroendefull kontakt med BVC, som kan innebära att hälsoproblem uppmärksammas och tas om hand på ett tidigt stadium. Vi föreslår därför sjukvårdshuvudmännen att erbjuda flyktingfamiljer med förskolebarn en serie hälsokontroller inom ramen för barnhälsovården, för att i lugn takt genomföra vaccinationsprogram och de vanliga screeningundersökningarna samt ge stöd i föräldraskapet och etablera kontakt med familjen.

"Den goda förskolan" skall erbjuda barnet en hanterlig miljö, där det kan känna sig tryggt och bekräftat. Kommunikation, språk och interkulturellt utbyte på barnens villkor står på dagordningen. Verksamheten måste bygga på respekt för familjens behov i mötet med förskolan.

Kamratrelationer är av avgörande betydelse för barnets psykiska hälsa och positiva utveckling i Sverige. De olika verksamheterna bör uppmärksamma hur man kan underlätta för barnet att skapa kamratrelationer, exempelvis i skola, fritids, kollo.

Basverksamheterna – framförallt i förskola och skola men också inom barnhälsovården – bör ha beredskap att lyssna på barnets egen berättelse. Att berätta är ett sätt att närma sig och organisera inre upplevelser till en sammanhängande berättelse, upplevelser som annars riskerar förbli kaotiskt fragmentiserade och smärtsamma. Det är också ett sätt att göra sig synlig och få bekräftelse från omgivningen. Att forma berättelsen och att möta en mottagare befrämjar psykisk hälsa. En sådan lyhördhet bör prägla inte bara förskola utan också skola, barnhälsovården och andra som möter barnet. Pedagogiken bör alltså utformas så att barnen uppmuntras att uttrycka sig i ord och bild och att forma "sin" berättelse.

Frivilligorganisationernas insatser

Ett mycket viktigt arbete görs för flyktingbarnen och deras familjer inom ramen för frivillig verksamhet. Invandrarorganisationer, Röda Korset, Rädda Barnen m.fl. gör stora och betydelsefulla stödinsatser runtom i landet. I regeringens proposition om integrationspolitiken (1997/98:16) framhålls att folkrörelserna framgent bör få spela en viktigare roll i den kommunala introduktionen. Vi instämmer i detta.

Uppdrag till den nya integrationsmyndigheten

Vi föreslår att regeringen ger den nya integrationsmyndigheten i särskilt uppdrag att i dialog med kommunerna aktivt verka för att introduktionsprogrammen utformas så att de säkerställer barns och ungdomars deltagande i förskola och skola och andra åtgärder inom ramen för kommunens ansvar, samt tillgodoser barns och ungdomars behov av hälsovård och rehabilitering och ger stöd i föräldraskapet.

4.5 Förebyggande verksamhet – särskilt utsatta grupper

Vår bedömning: Stöd i föräldraskapet är alltid ett stöd även för barnen. Verksamheter som erbjuder föräldrautbildning bör ha möjlighet att i vissa fall anpassa denna till föräldrar som är i behov av särskilt stöd.

Verksamheter som behandlar eller ger stöd till vuxna (alkoholrådgivningar, vuxenpsykiatriska mottagningar m.fl.) bör erbjuda möjligheter till dem som är föräldrar att samtala kring föräldraskapet. Stödet bör omfatta båda föräldrarna, alltså även förälder som inte missbrukar och/eller har psykiska funktionshinder.

Våra förslag: När en förälder vårdas eller söker hjälp för sitt missbruk eller sina psykiska funktionshinder eller när en förälder är svårt sjuk eller skadad eller när en förälder plötsligt dör, skall särskilt beaktas barnets behov av information, råd och stöd. Stödet till barnen kan organiseras på olika sätt. Den verksamhet där föräldern söker hjälp får ansvaret att förhöra sig om barnets behov och att ansvara för att rådgivning/stöd kommer till stånd. Vi föreslår att bestämmelser om detta införs i hälso och sjukvårdslagen, åliggandelagen och i socialtjänstlagen.

Vi föreslår vidare att en hänvisning till 71 § socialtjänstlagen införs i hälso- och sjukvårdslagen och åliggandelagen för att tydlig-

göra ansvaret att genast anmäla misstankar om att ett barn kan behöva skydd.

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart. Föräldrarna har huvudansvaret för vård och fostran av sina barn enligt förädrabalken. Samhället skall stödja och komplettera föräldrarna i deras uppgift att ge barnen goda och trygga uppväxtvillkor. Om föräldrar av en eller annan orsak brister i sitt föräldraskap utgör detta en särskild risk för barnets psykiska hälsa och utveckling.

I vårt uppdrag ingår att överväga och föreslå insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem om de väl har uppstått, inte fördjupas och befästs. Vi vill rikta uppmärksamhet på några särskilt sårbara riskgrupper som i många sammanhang identifierats som "barn i behov av särskilt stöd" och där samhället ännu inte enligt vår mening tar sitt fulla ansvar att tidigt identifiera barnen och att i samarbete mellan myndigheter se till att barnen får stöd och hjälp. Hit hör barn till missbrukare, barn till psykiskt funktionshindrade och i vissa fall barn till allvarligt sjuka.

I detta avsnitt diskuteras på vilket sätt samhället bättre än i dag kan ta ansvar för och stödja särskilt utsatta barn. Även barn som lever i familjer där våld och övergrepp förekommer mellan de vuxna samt barn vars föräldrar är förståndshandikappade behandlas kort i detta avsnitt.

4.5.1 Barn till missbrukande föräldrar

Livet i en alkoholistfamilj brukar beskrivas som kaotiskt och oförutsägbart. De som arbetar med missbrukarfamiljer säger att det finns tre outtalade lagar som styr livet i familjen: tala inte om det verkliga problemet, lita inte på någon, känn inte efter.

I Sverige har 10-15 % av alla barn föräldrar som missbrukar alkohol (Alkoholpolitiska kommissionen 1994). Dessa barn kallas ofta "de glömda barnen". Missbruk i familjen leder till att båda föräldrarna, även den som inte missbrukar, har svårigheter att vara bra föräldrar. Ett aktivt missbruk hindrar ett normalt samspel mellan föräldern och barnet. I perioderna däremellan hindrar det dåliga samvetet hos föräldern ett bra samspel med barnet/den unge. Den nyktra föräldern har oftast fullt upp med att till varje pris skydda familjehemligheten och har därför inte tid och energi för barnen (bl.a. Alkoholpolitiska kommissionen 1994).

Många föräldrar i familjer med missbruk är själva barn till missbrukare. De saknar därmed modeller för ett tillfredsställande föräldraskap

och de bär med sig sina egna svåra upplevelser från barndomen. Bristen på socialt nätverk och familjehemligheten kring missbruket försvårar möjligheterna att få och ta emot hjälp och stöd i föräldraskapet. Situationen i hemmet kan självfallet variera stort. Givetvis finns t.ex. stora variationer när det gäller relationerna mellan de vuxna, förekomsten av våld, kontakten mellan föräldrar och barn och förmågan hos föräldrar att trots problem ta hand om barnen och ordna för barnen under perioder av missbruk.

Många barn till missbrukare har dock senare i livet beskrivit sin förlorade barndom och de svårigheter och konflikter det inneburit att ha haft ett vuxenansvar för sin missbrukande förälder och sina syskon. Berättelserna handlar om en ständig kamp för att förmå föräldern att sluta dricka, upplevelsen av att kastas mellan hopp och förtvivlan när föräldern slutat dricka och sedan återfallit, stressen av att försöka skydda familjen från utomstående inblickar, skammen och skuld känslorna över att inte alltid hantera situationen. Utöver detta tillkommer ständiga gräl inom familjen, isolering – även inom familjen – och inte sällan förekommer våld och kränkningar av olika slag. Många undersökningar visar att barn till missbrukare har symtom som störande beteende, ångest och depression. De utvecklar dålig självkänsla, det går dåligt för dem i skolan och de lider allmänt av stress, skam och skuld känslor som i sin tur leder till anpassningsproblem. Många utvecklar tidigt ett eget missbruk.

Givetvis får inte alla barn till missbrukare bestående men. Huruvida skador kommer att framträda sammanhänger bl.a. i hög grad med barnets förmåga och möjligheter att knyta positiva kontakter med människor utanför familjen.

Rädslan att bli ifrågasatt som förälder eller att barnen skall omhändertas är ett mycket effektivt hinder att söka hjälp. Föräldrar i familjer med missbruk blir därmed mycket ensamma i sitt föräldraskap (bl.a. Alkoholpolitiska kommissionen 1994). Av tradition har verksamheter för missbruksvård och vuxenpsykiatri behandlat missbrukare utan att på allvar beröra föräldraskapet och barnens situation. Föräldern kan förneka missbrukets konsekvenser för barnen. Även föräldrarnas behandlare kan förneka missbrukets konsekvenser för barnen. Det kan bero på brister i kunskaper om hur missbruket påverkar samspelet barn – föräldrar, men det kan också bero på att behandlaren är rädd för att förlora behandlingskontakten genom att fråga om barnen, eller helt enkelt på att behandlaren inte vågar/vill se barn fara illa därför att han/hon inte vet hur i så fall agera.

Insatser för barn till missbrukare

Den första gruppverksamheten för barn till missbrukare och gruppledarutbildning startade vid Ersta Vändpunkten i Stockholm år 1989. Arbets sättet vid Ersta Vändpunkten är inspirerat av Minnesotamodellen som bygger på ett tolvstegsprogram som utformats av Anonyma Alkoholister (AA) i USA.

När Socialstyrelsen år 1992 gjorde en kartläggning av omfattningen av verksamheter för barn upp till 12-13 års ålder fanns det 10 gruppverksamheter i landet som omfattade totalt ca 140 barn (Socialstyrelsen 1993:18). Tonårsgruppen ingick inte i kartläggningen.

Kunskapsbrist om barns utsatthet hos personal som arbetar med missbrukare har påtalats från olika håll. Personal har ofta otillräckliga kunskaper om missbrukets konsekvenser för barnen, om barnens reaktioner samt om hur man kan samtala med barn om alkohol och om alkoholproblem i familjen. De som har goda kunskaper, upptäcker fler barn och har beredskap att på ett kraftfullt sätt ingripa (Alkoholpolitiska kommissionen 1994 och Kommun-Aktuellt, våren 1995).

Trots att det fortfarande finns kunskapsbrister kan man säga att de lärdomar och den erfarenhet som finns från forskning och praktik om konsekvenserna för barn vid missbruk i familjen, lett till utbildning av personal och utbyggnad av verksamheter som riktar sig till barn och ungdom. År 1996 fanns det, enligt en kartläggning som Folkhälsoinstitutet gjort, närmare 80 verksamheter för barn och ungdomar mellan 4 och 20 år. Ytterligare drygt 20 verksamheter var under planering i landet (Folkhälsoinstitutet 1996). De som leder gruppverksamheter har med få undantag genomgått en eller flera gruppledarutbildningar. De erfarenheter av gruppverksamheter som redovisats i Folkhälsoinstitutets kartläggning är undantagslöst positiva. Såväl gruppledare som andra som kommit i kontakt med verksamheterna anser att insatsen uppnår målet att ge barnen stöd och hjälp både i den aktuella situationen och i ett längre perspektiv (Folkhälsoinstitutet 1996).

Trots att barnens situation i dag uppmärksammas mer än tidigare är det uppenbart att vuxenperspektivet fortfarande ofta dominerar. Många stödgruppsverksamheter för barn till missbrukare har t.ex. alltför svårt att rekrytera barn till grupperna, vilket till stor del anses bero på svårigheten att få den personal som arbetar med missbrukaren att se barnens behov. Omvänt är det kö till stödgrupper på orter där missbruksenheterna också arbetar aktivt och medvetet med barnens behov (Folkhälsoinstitutet 1996).

4.5.2 Barn till psykiskt sjuka/funktionshindrade föräldrar

Flera studier kring barn till psykiskt funktionshindrade visar att barn till allvarligt psykiskt funktionshindrade löper en förhöjd risk för störd psykosocial utveckling och för att utveckla egen psykopatologi under uppväxtåren eller i vuxen ålder.

I en litteraturgenomgång som Parment gjort år 1996 för Socialstyrelsens räkning framgår bl.a. att barn till schizofrena föräldrar löper en väsentligt förhöjd risk att själva utveckla schizofreni och annan psykopatologi, i synnerhet affektiva störningar. Avvikelse i det tidiga spelet mellan schizofrena mödrar och deras barn har påvisats. Många barn som senare kommit att utveckla schizofreni, har visat neuropsykologiska avvikelser, uppmärksamhetssvårigheter och psykosociala problem under – eller strax före – adolescensen. Det finns starka belägg för att familjesituationen under uppväxten hänger samman med risken för att senare bli schizofren (Parment 1996).

En mängd studier har funnit att barn till deprimerade föräldrar visar generella anpassningsproblem i större utsträckning än andra barn och risken för dem att bli kliniskt deprimerade är väsentligt förhöjd. Förhöjd risk för depression hos barn till deprimerade föräldrar har också påvisats i icke-kliniska sammanhang (Parment 1996). I många studier kring barn till deprimerade föräldrar har man funnit ökade psykosociala svårigheter, dysfunktionella familjemönster och negativa föräldraattityder. Därtill kan antas att barnen är mer sårbara eftersom den ärftliga komponenten vid förstämningssyndrom är stark. Flera författare uppmanar enligt Parment till ökad uppmärksamhet på att barn till föräldrar med förstämningssyndrom löper förhöjd risk för anpassningssvårigheter och egentlig depression.

Psykisk störning hos föräldrar medföljs ofta av annan psykosocial påfrestning för barnet. Flera forskare har visat att allvarligt psykiskt funktionshindrade har ett starkt begränsat kontaktnät och lever mer eller mindre isolerat. En mängd studier har påvisat ökad förekomst av samlevnadsproblem och osämja mellan föräldrarna, skilsmässa, ensamföräldraskap och dysfunktionella familjemönster i övrigt bland psykiskt funktionshindrade föräldrar.

Parment har i litteraturgenomgången inte hittat systematiska studier kring barn till föräldrar med andra specifika syndrom än schizofreni och förstämningssyndrom.

Vuxenpsykiatri och barnen

Varken för patienter som tas in i slutenvård eller för dem som besöker öppenvårdsmottagningar inom vuxenpsykiatri finns uppgifter om patienten har minderåriga barn. I begränsad omfattning kan det finnas statistik vid en viss klinik eller ett visst sjukvårdsområde men nationell statistik saknas.

Det har gjorts ett antal undersökningar och inventeringar av hur många patienter inom psykiatri som har minderåriga barn. Det har rört sig om 10-30 % av alla patienter (bl.a. Skerfving 1996, art.). Utifrån dessa begränsade undersökningar är det dock svårt att dra slutsatser kring hur många föräldrar och barn det kan röra sig om totalt i landet.

I ett projekt under åren 1996/97, vars syfte var att öka kunskaperna om psykiska sjukdomars inverkan på föräldrars omsorgsförmåga och om konsekvenserna för barnen, har Socialstyrelsen granskat hur socialtjänsten och vuxenpsykiatri arbetar med familjer där någon av föräldrarna är psykiskt handikappad. Man har granskat akter och journaler samt inhämtat information via enkäter och intervjuer.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för att barn som behöver det får skydd, hjälp och stöd. För att socialtjänsten skall kunna fullgöra sin skyldighet finns en bestämmelse om anmälningsskyldighet i socialtjänstlagen (71 §) enligt vilken myndigheter vars verksamhet rör barn och unga samt myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, liksom var och en som arbetar inom sådana myndigheter har skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialtjänsten behöver ingripa till en underårigs skydd.

Socialstyrelsens undersökning visar att vuxenpsykiatri sällan anmäler till socialtjänsten enligt 71 § socialtjänstlagen. Detta gäller i synnerhet öppenvården. Benägenheten att anmäla/inte anmäla hänger ihop med vuxenpsykiatri inställning till sin roll och sitt ansvar och även med vårdideologin (Socialstyrelsen 1998, Drejhammar, personlig kommunikation).

Några initiativ

När det gäller stöd till anhöriga till psykiskt sjuka har ett statligt bidrag på 45 miljoner kronor anslagits inom ramen för genomförandet av psykiatrireformen. Anslaget skall användas till att, i samverkan med de anhörigas intresseorganisationer, bygga upp nätverk kring den psykiskt handikappade patienten (prop. 1993/94:218). En genomgång av ett antal ansökningar som beviljats medel visar att av ett sjuttioal projekt

är det endast två som även riktar sig till barnen (Orhagen 1996). Det första projektet innehåller anhörigutbildningar bl.a. med barn- och syskongrupper och drivs av Intresseföreningen för Schizofreni i Göteborg, det andra projektet, "Barn till psykiskt sjuka föräldrar" (Källan), som presenteras lite närmare nedan, drivs av Riks-IFS i Stockholm.

Källan är en gruppverksamhet för barn med psykiskt sjuka föräldrar inom ett sjukvårdsområde i Stockholm. Programmet har en pedagogisk inriktning med psykoterapeutiska inslag. Verksamheten vänder sig till barn och ungdomar mellan 7 och 17 år, som har en förälder med en allvarlig och långvarig psykisk sjukdom/psykiskt handikapp. Syftet med verksamheten är bl.a. att låta barnen träffa andra barn och upptäcka att de inte är ensamma i sin situation och att hjälpa barnen att se till sina egna behov. Andra syften är att ge barnen kunskaper om psykiska sjukdomar och handikapp, att hjälpa barnen att förstå varför mamma eller pappa uppträder konstigt. Barnen lär sig att det inte är någons fel att föräldern är sjuk och inte minst viktigt, att de inte kan ta ansvar för föräldern (Waltré och Granath 1995).

En liknande verksamhet för barn och ungdomar är det s.k. Barnprojektet som är ett samarbetsprojekt mellan socialtjänstens ungdomsbyrå och Forsknings- och utvecklingsverksamheten för psykiatri i Västra Stockholms sjukvårdsområde. Syftet med detta projekt är att öka kunskaperna om barn till föräldrar med svåra psykiska problem och att utveckla metoder för att hjälpa och stödja barn och föräldrar (Skerfving 1996).

Grupper för anhöriga i form av studiecirkel förekommer inom den slutna psykiatriska vården. Där får anhöriga möjligheter till information och diskussion i frågor som berör behandling, medicinering, lagstiftning m.m. I dessa grupper deltar sällan barn (Socialstyrelsen 1998, Drejhammar, personlig kommunikation).

Olika gruppverksamheter för anhöriga arrangeras också av intresseföreningar och patientföreningar som Riksförbundet för intresseföreningar för schizofreni i Sverige (Riks-IFS) och dess lokalföreningar (IFS) samt Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH).

Vid läns- och regionspsykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Lund finns en särskild enhet för patienter som har gjort självmordsförsök. Till enheten är knuten en verksamhet som syftar till att stödja patientens närstående efter ett självmord. Vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund finns ett kris- och konsultteam som samarbetar med vuxenpsykiatrien kring de patienter som läggs in på suicidenthetens avdelning i samband med självmordsförsök. Syftet med teamets arbete är att underlätta för barnen i dessa familjer att förstå vad som händer, att kunna sätta ord på det, att kunna uttrycka sina känslor m.m.

4.5.3 Barn till föräldrar med svår kroppslig sjukdom

Ytterligare en grupp barn och ungdomar som har behov av information, råd och stöd, är de barn och ungdomar vars föräldrar drabbats av svår kroppssjukdom. Den sjuke vuxne står i centrum för uppmärksamheten, också inom familjens eget nätverk. Barnen riskerar lämnas ensamma med sin oro, sina otillfredsställda behov och sina frågor, och upplever på så vis ett dubbelt svek från vuxenvärlden.

Det vanliga tycks vara att barn lämnas utanför då sjukvårdspersonal informerar om sjukdom, behandling och en negativ prognos. Enligt en undersökning av kuratorerna Monica Antser och Marianne Jakobsson finns hos många läkare en osäkerhet om hur man hanterar vetskapen att det finns minderåriga barn, och man tar ogärna initiativ till kontakt med anhöriga barn (Antser & Jakobsson 1997).

Problemet har dock alltmer uppmärksamrats inom kroppssjukvården. Där har man också de bästa möjligheterna att identifiera de anhöriga barnens behov, under förutsättning att man ser det som sin uppgift. Personal inom sjukvården har på många håll tagit initiativ till metodutvecklingsprojekt för att ge de drabbade barnen ett bättre stöd. I viss utsträckning har Socialstyrelsen givit projektstöd bl.a. för att ta fram kunskapsmaterial och driva försöksverksamhet. Också patientföreningarna, exempelvis bröstcancerföreningarna samt de Blodsjukas Förening, har visat aktivt intresse för frågor som rör barnen och föräldraskapet (enligt Skydds nät, se nedan).

Några initiativ

"Skydds nät" är ett nätverk för skydd till barn till svårt sjuka föräldrar och barn i sorg. Nätverket består av ett 70-tal personer i stockholms-trakten (Skydds nät, Nyhetsblad nr 3, december 1996). Genom dessa når Skydds nät fyra sjukhus, flera hemsjukvårdsteam och enheter för terminalvård, 8-9 st. PBU-mottagningar, ett par vuxenpsykiatriska mottagningar, vård för yngre hjärnskadade och AIDS-vården. Nätverket vill bryta tystnaden om att barn drabbas av föräldrars sjukdom, öka kunskapen om barns behov då de är i kris och stödja föräldrarna så att de kan hjälpa sina barn. Man vill genom tidiga insatser förebygga psykiska problem. Särskilt intressanta mål är också att man vill

- koppla ihop resurserna hos dem som vårdar vuxna patienter med dem som har kunskapen om barn till ett skydds nät
- ta reda på när ordinarie resurser inom vuxensjukvården räcker och när de som är sakkunniga omkring barn med problem behöver kopplas in.

Sedan år 1992 finns i Västerås arbetsgruppen "Barn som anhöriga", vilken representerar barnhälsovården, barnkliniken, onkologkliniken och skolhälsovården. Målen överensstämmer väl med dem som Skyddsnetet formulerat, med det tillägget att man särskilt säger att man vill arbeta för en för barnen anpassad sjukhusmiljö. Man säger också att man vill sprida kunskap om barnens behov genom utbildning av personal, vilket är ett uppdrag som också Skyddsnetet påtagit sig.

I Lund arbetar ett barnpsykiatriskt konsultteam, organisatoriskt tillhörigt BUP-kliniken, med de familjer och barn som drabbas av föräldrars sjukdom.

Metodutveckling och utbildning

Vid Huddinge sjukhus pågår försök att utveckla metoder att ge drabbade barn adekvat stöd i avsikt att förebygga ohälsa och psykosociala problem (Olsson 1997, personlig kommunikation). Vid rehabiliteringskliniken har man startat ett projekt för barn i familjer där någon drabbats av hjärnskada (Huddinge sjukhus 1996). Vid den geriatriska kliniken hade man redan förra året en gruppverksamhet för 16-20-åriga ungdomar med en förälder som drabbats av tidig demens. Den sistnämnda ungdomsgruppen har letts av en BUP-kurator och en psykolog från geriatriska kliniken, som genomfört "ett pedagogiskt program med terapeutiska effekter", i likhet med den metodik som utarbetats inom Ersta Väändpunkt för barn till missbrukare. Man har funnit att den somatiska avdelningens sakkunskap om föräldrarnas sjukdom, i kombination med BUP:s kompetens att leda samtalsgrupper med barn, lett till att man kunnat möta det mycket stora stödbehov som visat sig hos ungdomarna (Amberla 1997, personlig kommunikation).

Inom Rädda Barnen har man sedan länge bedrivit gruppverksamhet och stöddagar för barn i sorg (Dyregrov 1990). Ett nytt inslag år 1997 är kortare utbildningar för professionella som vill starta egen gruppverksamhet. Studiecirkelverksamhet i patientföreningarnas regi kan enligt Skyddsnetet vara ett kompletterande sätt att sprida kunskap om barnens behov och att arrangera gruppverksamhet för barn och ungdomar.

4.5.4 Barn i familjevåld

En grupp särskilt utsatta barn är de som lever i familjer där våld och övergrepp mellan de vuxna förekommer. Barnen kan vara extremt utlämnade och skyddslösa. Sambandet mellan kvinnomisshandel och barnmisshandel bör understrykas för att barnen på ett bättre sätt skall uppmärksammas. Barnen far illa av att mamman misshandlas och det finns alltid en risk att även barnen misshandlas.

Barnen försummas som regel av bägge föräldrarna. Pappan är en person som hotar och slår, och barnen kan inte förlita sig på att mamman skall skydda dem. Misshandeln är ofta så psykiskt nedbrytande att förmågan till omsorg och omhändertagande sviktar. En kvinna i kris, passiverad och med låg självkänsla, har svårt att orka med föräldraskapet (Hindberg 1997).

Vi behandlar frågan om barnmisshandel och åtgärder för att höja kompetensen hos olika personalgrupper när det gäller barnmisshandel och sexuella övergrepp i kapitel 9. När det gäller barn i familjevåld och vuxenvårdens ansvar är vår bedömning att bestämmelserna i 71 § socialtjänstlagen om anmälan till socialtjänsten av barns eventuella behov av skydd, alltid gäller för personal inom hälso- och sjukvården och inom kvinnojourer m.fl. som tar hand om en misshandlad kvinna som har barn hemma. Vi föreslår i detta kapitel att en hänvisning till 71 § socialtjänstlagen förs in i hälso- och sjukvårdslagen och åliggandelagen för att informera om och tydliggöra anmälningskyldigheten. Någon ytterligare lagbestämmelse anser vi inte behövas utan det handlar i stället om ökad observans för barnens situation samt om kompetens och arbetsmetoder för att hjälpa barnen.

4.5.5 Barn till utvecklingsstörda

Barn till utvecklingsstörda kan i många fall vara i riskzonen för att fara illa. Vi anser rent allmänt att barns rätt till goda och trygga uppväxtvillkor alltid måste komma före den vuxnes rätt att vara förälder. Det går dock inte att generalisera de förståndshandikappades föräldraskap. Det går därför inte heller att generalisera barnens behov. Faktorer som stabila emotionella egna uppväxtvillkor hos föräldern, graden av handikapp/begåvningsnivån samt det sociala nätverkets kompetens och grad av engagemang, kan vara helt avgörande för hur barnet har det. Det är viktigt att se förståndshandikappet som en del, inte en helhet i sammanhanget och stödja föräldrarna och nätverket utifrån påvisade behov.

Det är också viktigt att samhället aktivt ser barnens behov och följer barnens utveckling. Socialtjänsten har skyldighet att i nära samarbete

med hemmen sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver (12 § socialtjänstlagen).

I lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns bestämmelser om kommunens ansvar att följa upp vilka som omfattas av lagen och därmed rätten till stöd och service (15 respektive 9 §§). Landstinget har enligt 9 § 1 p. LSS skyldighet att lämna rådgivning och annat personligt stöd, som ställer krav på särskilda kunskaper om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Sådana insatser bör enligt förarbetena till lagen ofta utformas som rådgivning och personligt stöd till hela familjen, alltså även barnen.

Ett aktivt samarbete mellan habiliteringen och socialtjänsten borde som helhet kunna ge ett bra stöd till barnet och familjen.

När det gäller vuxenvårdens ansvar för barn till utvecklingsstörda gäller även bestämmelserna i 71 § socialtjänstlagen när det finns skäl att misstänka att barnet behöver skydd. Någon ytterligare lagbestämmelse anser vi inte behövas utan även här handlar det i stället om ökad observans för barnens situation samt om kompetens och arbetsmetoder för att hjälpa barnen.

4.5.6 Våra överväganden

Stöd i föräldraskapet

Utgångspunkten för allt föräldrastöd måste vara att föräldrar vill sina barns bästa och vill vara goda föräldrar men att förutsättningarna för detta skiftar. För att föräldrar skall våga se barnens behov och bristerna i sitt föräldraskap krävs stöd- och motivationsarbete, som bör utgå från den positiva kraften i föräldraskapet och syfta till att stärka föräldrarna genom att ge dem bättre redskap att klara av sitt föräldraskap. Ur ett barnperspektiv är det samtidigt viktigt att inte underlåta att bedöma de svårigheter som finns och så objektivt som möjligt även värdera/bedöma föräldrarnas omsorgsförmåga.

När det gäller stöd till föräldrar har mödra- och barnhälsovården en central roll. Där möter man 99 % av alla blivande och nyblivna föräldrar bl.a. i föräldrautbildning. För att föräldrar som har missbruksproblem och föräldrar med psykiska handikapp skall kunna/våga tillgodogöra sig utbildningen måste den anpassas efter situation och behov. Detta kan även gälla föräldrar med utvecklingsstörning. Vi anser att mödra- och barnhälsovården, eller den myndighet som i framtiden kommer att ha ansvar för föräldrautbildning, bör ha bered-

skap att utforma föräldrautbildning som individuellt stöd. Ett nära samarbete med alkoholmottagningar, socialtjänstens missbruksgrupper, vuxenpsykiatri och frivilliga organisationer m.fl. underlättar och utvecklar det egna arbetet samtidigt som familjerna kan få kompetent hjälp.

Även Utredningen om föräldrautbildning, vars betänkande nyligen överlämnats till regeringen, har uppmärksammat behoven av särskilt utformat stöd i föräldraskapet/föräldrautbildning för "föräldrar som sviktar i sitt föräldraskap". Utredningen föreslår att ansvaret för föräldrastöd till barn mellan 1 och 18 år skall läggas på kommunerna (SOU 1997:161).

Instanser som vanligen möter missbrukare eller personer med psykiska problem, t.ex. socialtjänstens vuxenmottagningar/enheter, alkoholmottagningar/rådgivningar samt vuxenpsykiatriska mottagningar arbetar sällan medvetet med stöd i föräldrarollen. Detta konstaterades redan av Alkoholpolitiska kommissionen (1994) när det gäller missbrukare. Kommissionen uttalade också att särskilda insatser behöver göras, annars riskerar de föräldrar som behöver mest stöd i sitt föräldraskap att få minst stöd. Vi delar denna bedömning.

Stöd till barnet

Det är naturligt att tänka sig att barn till föräldrar som av olika skäl brister i sin omvårdnad, tillfälligt eller för längre tid, får särskilt stöd i basverksamheter som skola och barnomsorg, när man där upptäcker att barnet behöver särskilt stöd. Många gånger har det dock gått ganska långt innan problemen i familjen tydligt syns hos barnen. Långt innan kan verksamheter som alkoholmottagning, vuxenpsykiatrisk klinik och/eller socialtjänstens individ- och familjeomsorg ha haft kontakt med föräldern/föräldrarna. Vi anser att den kontakten måste tas tillvara för barnen på ett bättre sätt än i dag.

Barn drabbas också när föräldrar blir svårt kroppssjuka. Vi anser att ett viktigt förebyggande arbete kan göras genom att tillgodose barnens behov av information, råd och stöd.

Vi vill alltså skapa förutsättningar för att barnen skall få en ökad förståelse för den situation de lever i och de problem och svårigheter de möter i vardagen. En sådan förståelse främjar psykisk hälsa (bl.a. Antonovsky 1991).

Barnperspektiv i socialtjänstlagen

Socialtjänstlagen har givits ett förstärkt barnperspektiv genom ett nytt fjärde stycke i portalparagrafen: "När åtgärder rör barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver" (SFS 1997:312). Bestämmelsen har tillkommit bl.a. som en följd av de krav som FN:s barnkonvention (art. 3) innehåller. Bestämmelsen gäller fr.o.m. den 1 januari 1998.

I propositionen till ändringar i socialtjänstlagen diskuteras frågan om vilka beslut/åtgärder som rör barnen. Enligt regeringen avses i detta sammanhang insatser på individnivå, dvs. utrednings-, stöd- och behandlingsinsatser. Regeringen skriver vidare att "ett stärkt barnperspektiv inom socialtjänsten betyder att även barnens situation bör uppmärksammas när vuxna vänder sig till socialtjänsten med en ansökan om ekonomiskt eller annat bistånd till familjen" (prop. 1996/97:124).

När bistånd till familjen sökes skall alltså särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Vår bedömning är att det är möjligt att ytterligare stärka det förebyggande arbetet när det gäller särskilt utsatta barngrupper genom att ge barnen en egen rätt till stöd med utgångspunkt i den verksamhet där föräldern/föräldrarna får hjälp.

Ökat ansvar till vuxenvården

Behovet av direkt stöd till barn vars föräldrar missbrukar har synliggjorts under 1990-talet. Gruppverksamheter har startats på olika håll i landet. Det finns många goda exempel på pedagogiskt utformat stöd och det finns bra gruppledarutbildningar för personal. Samtidigt finns det många barn som inte får detta stöd därför att personal som arbetar med vuxna missbrukare av olika skäl inte uppmärksammar barnen. Vi vill stärka barnens rätt genom att ålägga hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal, som arbetar med behandling av och rådgivning till missbrukare, att alltid underrätta sig om barnens situation och behov och att ta ansvar, utöver den skyldighet som regleras i 71 § socialtjänstlagen, för information och stöd.

Liksom när det gäller missbrukande föräldrar finns även när det gäller föräldrar med psykiska handikapp en rädsla både hos föräldrar och behandlare att se barnens utsatthet. Inte desto mindre borde även dessa barn få ett första stöd i den verksamhet dit familjen naturligt vänder sig eller där föräldern söker hjälp för sina psykiska problem. Metodutveckling pågår på flera håll i landet för att bättre tillgodose barnens behov. Samtidigt är bristerna på andra håll i landet oacceptabla.

För att stärka barnens ställning och påskynda utvecklingen föreslår vi en skyldighet för vuxenpsykiatrien att underrätta sig om barnens situation och behov samt att ta ansvar för att barnen får information om föräldrarnas sjukdom/handikapp och i förekommande fall adekvat stöd. Hjälp och stöd till barnen kan organiseras på olika sätt. Det viktiga i detta sammanhang är skyldigheten att fånga upp barnen.

Både vid missbruk och psykiska problem är det vanligt att föräldrar förnekar att barnen tar skada. För att barnen skall kunna få stöd krävs att personal har viss kunskap om familjemönster, föräldraskap och om barnens situation när föräldern missbrukar eller har psykiska problem. Det är också viktigt att personal vid olika vuxenverksamheter skaffar sig kunskap om hur man kan motivera föräldrar att låta barnen få hjälp. Sådan kunskap finns i dag på många håll i landet i pågående projekt riktade till dessa grupper. Rådgivning till barnen kan, i samråd med föräldern och om det bedöms som lämpligt för barnet, ersättas med deltagande i gruppverksamhet där sådan finns. Samarbetet mellan olika verksamheter i samhället måste utarbetas på ett sådant sätt att barnen kan fångas upp. Således krävs att olika verksamheter känner till varandra och har tilltro till varandras kunskaper och kompetens. Samarbete med frivilliga organisationer bör uppmuntras.

Behovet av stöd till barn och ungdomar som drabbats av förälders sjukdom har också på många håll redan uppmärksammats inom den somatiska vården. I första hand rör det sig om ett pedagogiskt utformat stöd och en möjlighet att träffa barn och ungdomar i samma situation, och att därmed få de egna upplevelserna begripliggjorda och bekräftade. Det finns flera goda exempel på hur man kan uppmärksamma och möta barnens behov av information, stöd och i vissa fall behandling.

Vi anser att utvecklingen bör uppmuntras och tillförsäkras resurser genom att ålägga kroppssjukvården en skyldighet att alltid underrätta sig om huruvida en livshotande eller svårt kroniskt sjuk patient har minderåriga barn, och då så är fallet ta ansvar för att barnet får saklig information och adekvat stöd. Detsamma gäller för barn vars förälder plötsligt dör. Verksamheter för att fånga upp barnen kan bedrivas i samarbete med, eller självständigt av, samhällsinstanser med särskild kunskap om och ansvar för barn. Exempel på sådana kan vara socialtjänsten, BUP, skolhälsovården/elevvården, Rädda Barnen m.fl. Det är tänkbart att även patientföreningar och studieförbund kan utgöra samarbetspartners.

Vi ställer krav även på vårdgivaren

Vuxenvårdens skyldigheter att beakta barns behov av information, råd och stöd bör gälla såväl för vårdgivaren som för de enskilda yrkesut-

övarna. Därför föreslår vi att bestämmelserna införs i såväl HSL som i åliggandelagen.

Anmälningsskyldigheten i 71 § socialtjänstlagen

Varken missbrukarvården, vuxenpsykiatrien eller hälso- och sjukvården i övrigt har i tillräcklig omfattning uppmärksammat barnens situation när föräldrarna har problem. Därför har man inte sett barnens behov och inte heller arbetat med föräldrarollen, utan arbetet har i stället varit inriktat enbart på den vuxnes problem. Många känner till anmälningsskyldigheten i 71 § socialtjänstlagen men har inte skaffat sig den information om barnens förhållanden att de kan/vill bedöma huruvida anmälningsskyldighet föreligger eller inte. Andra känner inte till sin anmälningsskyldighet. Inom hälso- och sjukvården är det heller inte naturligt att läsa socialtjänstlagen där bestämmelsen om anmälningsskyldighet finns.

Att barnet/den unge får stöd av olika slag inom ramen för den verksamhet där föräldern får hjälp fräntar inte verksamheten dess skyldighet i 71 § socialtjänstlagen. Vår diskussion och våra förslag ovan påverkar alltså inte anmälningsskyldigheten. Däremot kan man förmoda att en skyldighet att underrätta sig om barnens situation kommer att ha effekter även på medvetenheten när och om ett barn eventuellt kan behöva skydd. För att i någon mån ytterligare understryka anmälningsskyldigheten och göra den bättre känd för personal inom hälso- och sjukvården föreslår vi att hälso- och sjukvårdslagen och åliggandelagen kompletteras med en hänvisning till 71 § socialtjänstlagen.

En ekonomisk konsekvensanalys av våra förslag ges i avsnitt 11.3.

4.6 Barnomsorg för barn till arbetslösa

Vår bedömning: Möjligheten att ha kvar sin plats eller erhålla plats inom barnomsorgen trots föräldrars arbetslöshet, kan vara en mycket viktig insats när det gäller barns psykiska hälsa och utveckling i övrigt. Plats i förskolan kan också utgöra ett särskilt stöd för föräldrarna/föräldern i en svår situation.

Barn måste få finnas i grupper som är någorlunda stabila i sin sammansättning och där det finns kontinuitet i vuxenkontakterna.

När det gäller barn som inte har plats inom barnomsorgen när föräldern blir arbetslös, anser vi att bedömningen av barnets eget be-

hov enligt 2 kap. 6 § skollagen bör vara generös. Förskolans möjlighet att förebygga psykisk ohälsa bör beaktas.

Barnomsorgens integration med skolan ökar vikten av generell tillgång till barnomsorg i samhället.

Våra förslag: Barn som redan har plats skall få ha kvar platsen i samma barngrupp när föräldrar blir arbetslösa. Vi föreslår ett förtydligande i skollagen om detta.

Möjligheten att jämställa arbetslösa föräldrar med föräldrar som arbetar, när det gäller kommunernas skyldighet att erbjuda förskoleplats, bör utredas.

Kommittén har inte som uppgift att utreda förutsättningarna för barns tillgång till förskola. Vi har dock sett det som vår uppgift att bedöma förskoleverksamhetens roll och betydelse för barns behov när en förälder blir arbetslös. Vi vill i det sammanhanget också granska de särskilda verksamheter som tillkommit för att lösa barnpassning för barn när föräldrar söker arbete eller har kortvarig anställning.

Familjens situation påverkar barnen på olika sätt. Vi vet att familjer där någon av föräldrarna är arbetslös kan bli hårt ansträngda ekonomiskt, socialt och psykologiskt. Flera undersökningar visar också att klyftorna i samhället ökar och att detta tydligt avspeglar sig i att barn och ungdomar mår dåligt och saknar framtidstro. Arbetslöshet är en av orsakerna som ges stor betydelse, vid sidan av samhällsklimat och kommunala nedskärningar, för barns psykiska hälsa (SOU 1997:8).

Många barn till arbetslösa riskerar i dag att förlora sin daghemsp plats, eller få villkoren för vistelsen inom barnomsorgen drastiskt förändrade enligt en undersökning från Socialstyrelsen (Begränsad barnomsorg 1997).

Barn kan påverkas av föräldrars arbetslöshet på olika sätt och i olika grad. Otryggheten ökar, aggressivitet och rastlöshet i kravsituationer och psykosomatiska besvär är vanligare hos barn till arbetslösa än hos andra barn (Socialtjänstkommittén SOU 1994:139).

4.6.1 Kommunernas ansvar att tillhandahålla barnomsorg

Kommunernas skyldighet att tillhandahålla barnomsorg för barn från 1-12 år skärptes genom lagreglering som trädde i kraft den 1 januari 1995. Lagen anger att kommunerna är skyldiga att utan dröjsmål tillhandahålla plats i barnomsorgen och att barnomsorg skall tillhandahållas i den omfattning som behövs med hänsyn till föräldrarnas

förvärvsarbete eller studier eller barnets eget behov (14 a och 14 b §§ SoL¹).

Kommunerna kan bereda plats i egen verksamhet eller fullgöra sin skyldighet genom att hänvisa till enskild förskola. Skälig hänsyn skall tas till vårdnadshavarens önskemål gällande val av omsorgsform och geografisk placering (14 b och 14 c §§ SoL²).

Om barnet har behov av barnomsorg ställer lagen inget krav på att föräldrarna förvärvsarbetar eller studerar. Ett barn som har behov av det, skall alltså ha möjlighet att delta i verksamheten även när föräldern är arbetslös, genomgår behandling av någon form osv. I dessa fall skall bedömning göras utifrån barnets behov av trygga förhållanden och av behovet att delta i verksamheten. Socialnämndens skyldigheter i 12 § socialtjänstlagen att verka för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden samt medverka till att främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn bör beaktas.

Kommunernas tolkning av begreppet barnets eget behov i 14 a § första stycket SoL³ är uppenbarligen olika i olika delar av landet när det gäller barn till arbetslösa. Någon rättslig prövning av begreppet har inte gjorts. I förarbetena anges att

det bör vara en strävan att ett barn, om föräldrarna så önskar, får behålla en plats i förskolan även vid ändrade sociala förhållanden, t.ex. om en förälder blir arbetslös eller tar ledigt för vård av yngre syskon. Det bör undvikas att barnet rycks upp ur barngruppen när sådana förändringar inträffar. Bedömningar bör således i dessa fall göras med beaktande av barnets behov av trygga förhållanden och av att delta i pedagogisk verksamhet (prop. 1993/94:11).

Socialstyrelsen har i sina allmänna råd Barnomsorgen i socialtjänstlagen betonat att behovet av plats bör bedömas från fall till fall utifrån det enskilda barnets och föräldrarnas behov och utifrån lokala förutsättningar. Barn med invandrarbakgrund nämns som en grupp barn som av språkskäl kan ha ett eget behov av barnomsorg oavsett föräldrarnas sysselsättning (Socialstyrelsen 1995:2).

Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling skall anvisas plats i förskola, fritidshem eller integrerad skolbarnomsorg, om inte barnets behov av sådant stöd tillgodoses på annat sätt (16 § första stycket SoL⁴). Kommunerna har alltså ett aktivt, längre gående ansvar för barn som behöver särskilt stöd i sin utveckling.

¹ Numera 2 a kap. 6 och 7 §§ skollagen, SFS 1997:1212

² Numera 2 a kap. 7 och 8 §§ skollagen, SFS 1997:1212

³ Numera 2 a kap. 6 § första stycket skollagen, SFS 1997:1212

⁴ Numera 2 a kap. 9 § första stycket skollagen, SFS 1997:1212

4.6.2 Barnomsorg som stöd och stimulans

År 1995 infördes kvalitetskrav i barnomsorgslagen (13 b § SoL⁵). Kvalitetsparagrafen anger förskoleverksamhetens och skolbarnomsorgens uppgifter samt de kvalitetskrav som ställs på verksamheterna. I paragrafen anges att verksamheten skall utgå ifrån varje barns behov och att det skall finnas personal med sådan utbildning eller erfarenhet att barnens behov av omsorg och god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Barngrupperna skall ha en lämplig sammansättning och storlek och lokalerna skall vara ändamålsenliga. Barnomsorgen har fortsättningsvis ansvar för att barn i behov av särskilt stöd får det.

De övergripande målen för barnomsorgen har fastställts av regering och riksdag till:

- att genom pedagogisk gruppverksamhet ge barnen stöd och stimulans för deras emotionella, sociala och intellektuella utveckling och bidra till goda upp växtvillkor,
- att ge barn i behov av särskilt stöd i sin utveckling den omsorg som deras speciella behov kräver,
- att underlätta för föräldrar att förena förvärvsarbete och studier med vård och ansvar för barn,
- att göra det möjligt för föräldrarna att i ökad utsträckning själva välja mellan olika alternativ och därigenom öka deras inflytande över den omsorg barnen får,
- att utforma stöd och regleringar så att verksamheten bedrivs ekonomiskt effektivt (prop. 1992/93:100, bil.6).

Ansvar för barnomsorgens verksamhet ligger hos kommunerna. Utifrån de övergripande målen beslutar kommunen om konkreta mål och riktlinjer för barnomsorgen som är anpassade till lokala förhållanden samt om de resurser som erfordras för att nå uppställda mål (prop. 1993/94:11).

⁵ Numera 2 a kap. 3 § skollagen, SFS 1997:1212

4.6.3 Barnomsorgen knyts närmare utbildning

Barnomsorgen i Sverige har en dubbel funktion. Den skall möjliggöra att föräldrarna kan arbeta och den skall ge barnen stöd och stimulans och bidra till goda uppväxtvillkor. Barnomsorgen skall också ge barnen gemenskap med andra barn och vuxna utanför den egna familjen och kunskaper, erfarenheter och upplevelser anpassade till barnens ålder och utvecklingsnivå. Den skall vidare förmedla ett kulturarv och lägga grunden till att barnen kan finna sig väl tillrätta i samhället (bl.a. prop. 1993/94:11).

Barnomsorgen har under hela uppbyggnadsskedet varit en del av familje- och socialpolitiken och barnomsorgsfrågorna har behandlats av Socialdepartementet med Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet. Från och med den 1 juli 1996 ligger ansvaret för barnomsorgen på Utbildningsdepartementet. Skolverket skall vara tillsynsmyndighet. Därmed förstärks barnomsorgens utbildningspolitiska betydelse och möjligheterna öppnas för att integrera förskoleverksamheten, skolan och skolbarnomsorgen i ett "livslångt lärande".

Ett första steg i detta är redan taget genom att regeringen tillsatt en utredning (Barnomsorg och Skolakommittén) som först tog fram ett gemensamt måldokument för den obligatoriska skolan, förskolans verksamheter för sexåringar och skolbarnomsorgen. Måldokumentet skulle enligt direktiven utgå ifrån att den pedagogiska verksamheten skall ses som en helhet. Denna del av utredningen, som alltså gäller barn mellan 6 och 16 år, blev klar under våren 1997. Utredningen har sedan fått ett tilläggsdirektiv av regeringen med uppdraget att ta fram motsvarande måldokument för barn mellan 1 och 5 år. I sitt slutbetänkande föreslår utredningen att förskolan blir en egen skolform och att bestämmelserna om förskolan blir en egen förordning. Förskolan kommer på det sättet att få en ökad betydelse som skolförberedande verksamhet (SOU 1997:157).

I kommunerna har omorganiseringar lett till att det i dag kan se väldigt olika ut vad gäller barnomsorgens organisatoriska tillhörighet. Många kommuner har särskilda barn- och ungdomsnämnder där skolfrågor och barnomsorg, ibland även kultur- och fritidsfrågor, samordnas under gemensamma nämnder. Barnomsorg och skola har således organisatoriskt närmat sig varandra.

4.6.4 Tillgången till förskolan

De skärpta kraven på kommunerna som trädde i kraft den 1 januari 1995 kan främst ses mot bakgrund av 1985 års riksdagsbeslut "Förskola för alla barn" som innebar att alla barn hade rätt att fr.o.m. ett och ett halvt års ålder fram till skolstarten delta i en organiserad förskoleverksamhet. Förskolan skulle vara fullt utbyggd år 1991. Trots en intensiv utbyggnad var det emellertid fortfarande brist på platser under de första åren av 1990-talet (Socialstyrelsen 1996, särtryck). Principbeslutet i riksdagen blev att barn till förvärvsarbetande och studerande föräldrar samt barn med eget behov skulle erbjudas plats i daghem eller familjedaghem (14 a § SoL, SFS 1994:11⁶).

I 131 kommuner sägs förskolebarn upp från sin plats i barnomsorgen när en förälder blir arbetslös, antingen direkt eller efter ett visst antal månader. Detta avser förhållanden våren 1997. Två år tidigare hade 114 kommuner sådana regler. Tidsfristen innan barnet måste lämna daghemmet eller familjedaghemmet har blivit kortare. Våren 1997 hade var tredje kommun i landet regler som innebar att förskolebarnet sägs upp inom tre månader efter det att föräldern förlorat sitt arbete. År 1995 var motsvarande andel en fjärdedel. Reglerna är än mer restriktiva för skolbarnen (Socialstyrelsens Mblad nr 24/97).

För barn som inte redan har plats i förskola eller skolbarnsomsorg har det blivit allt svårare att få plats om någon av föräldrarna saknar arbete. Våren 1997 svarar över 60 % av kommunerna nej på frågan om de erbjuder barnomsorg till förskolebarn med arbetslös förälder, jämfört med knappt hälften två år tidigare. För skolbarnen har motsvarande andel stigit från knappt 60 till närmare 70 % (Socialstyrelsens Mblad nr 24/97).

4.6.5 Begränsad barnomsorg för vissa grupper

De stora barnkullarna och kravet på kommunerna att med begränsade ekonomiska resurser bygga ut barnomsorgen till full behovstäckning har fört med sig att allt fler kommuner begränsat eller helt tagit bort rätten till plats för barn till arbetslösa, visar en studie som Socialstyrelsen gjort om barn till arbetslösa och föräldralediga i barnomsorgen åren 1995-1997. Färre kommuner låter barnen behålla sin plats utan tidsbegränsning i daghemmet, fritidshemmet eller familjedaghemmet om föräldern mister sitt arbete och det är också färre kommuner som erbjuder barnomsorg till barn med arbetslösa föräldrar som står utanför

⁶ Numera 2 a kap. 6 § skollagen, SFS 1997:1212

barnomsorgen (Begränsad barnomsorg 1997). Det vill säga under svårare tider följer kommunerna lagens bokstav och gör så snäva tolkningar som möjligt, i detta fallet när det gäller tolkningen av barnets eget behov i 14 a § socialtjänstlagen⁷.

För att lösa "barnpassningsproblemet" när föräldern skall söka arbete erbjuder många kommuner en begränsad barnomsorg eller annan särskild verksamhet. Sammanlagt fanns det år 1997 särskilda verksamheter för barn till arbetslösa i ett fyrtiotal kommuner i landet, dvs. i ungefär var sjunde kommun. I allmänhet vänder sig verksamheterna till förskolebarn. Benämningarna på verksamheterna varierar. Organisatoriskt kan de vara fristående eller ligga i anslutning till ett daghem eller en öppen förskola. Det kan också röra sig om platser i redan befintliga daghemsgrupper, som alltså tar emot barn tillfälligt under en kortare tid. I en kommun kan flera former finnas parallellt. Samarbete med öppna förskolan förekommer. Det kan t.ex. gå till så att föräldrarna under arbetslöshetsperioderna regelbundet besöker den öppna förskolan tillsammans med sitt barn. När föräldern sedan får en kortare anställning eller utbildning lämnas barnet på en korttidsavdelning i anslutning till den öppna förskolan (Begränsad barnomsorg 1997).

De verksamheter som Socialstyrelsen redovisar i rapporten präglas av korttidsplaceringar – ibland återkommer samma barn flera gånger – oregelbundenhet, stor genomströmning av barn, korta invänjningstider m.m. Verksamheterna är inte sällan inhysta i tillfälliga eller dåliga lokaler.

Enligt Socialstyrelsens bedömning avviker de särskilda verksamheterna som erbjuds barn till arbetslösa, på flera punkter från de riktlinjer som gäller för svensk barnomsorg. Gemensamt för dessa alternativ är, enligt Socialstyrelsen, att de är inrättade för att tillgodose ett tillsynsbehov och inte för att tillhandahålla en god pedagogisk gruppverksamhet. De är i stället maximalt anpassade till de olika arbetsmarknadsåtgärder som föräldrarna deltar i. Tillsynsbehovet utgör själva ramen för den verksamhet som bedrivs vilket ställer höga krav på flexibilitet. Flexibiliteten gäller dock endast i förhållande till föräldrarnas arbetstider och deltagande i arbetsmarknadsåtgärder, inte till det enskilda barnets eller barngruppens behov och inte heller till föräldrarnas önskemål i övrigt (Begränsad barnomsorg 1997). Detta leder till brister i kvaliteten. Framförallt gäller det brister i kontinuitet. Omsättningen på barn är hög och närvarotiderna varierar. Barnens behov av stabila relationer och välfungerande pedagogisk verksamhet har kommit i bakgrunden (Begränsad barnomsorg 1997).

⁷ Numera 2 a kap. 6 § skollagen, SFS 1997:1212

4.6.6 Förslag från Socialstyrelsen samt Barnomsorg och Skolakommittén

Barnomsorg och Skolakommittén har dragit slutsatsen att det, eftersom barnantalet sjunker, är möjligt att öka tillgängligheten till förskola för barn som inte har plats i förskolan. Barnomsorg och Skolakommittén menar att det är angeläget att förskolan blir en förskola för alla barn vars föräldrar så önskar, genom att förslagsvis genomföra detta årskull för årskull (SOU 1997:157).

Socialstyrelsen föreslår att lagstiftningen ändras så att arbetslösa föräldrars barn jämställs med förvärvsarbetande när det gäller kommunens skyldighet att anordna plats. Socialstyrelsen motiverar sitt ställningstagande med att:

Barnomsorgen har byggts ut under en period med höga födelsetal. Idag är babyboomens barn på väg att lämna förskolan. De lämnar gott om plats efter sig. Kostnaderna för barnomsorg kommer att sjunka. Enligt våra beräkningar kommer personalkostnaderna i förskolan att vara i storleksordningen två-tre miljarder lägre per år kring sekelskiftet än vad de är idag. En ändrad lagstiftning skulle bromsa minskningen med en halv miljard per år.

(Begränsad barnomsorg 1997, Begler & Nordenstam 1997, art.).

Mot detta resonemang kan anföras att babyboomen i stället nått skolan och om ett antal år når gymnasieskolan och därmed ekonomiskt belastar dessa verksamheter. Den integrerade barnomsorgen och skolan innebär att barnomsorgspersonal i ökad utsträckning används i skolan.

4.6.7 Våra överväganden

Antalet arbetslösa har ökat under hela 1990-talet. Särskilt bland invandrare och ensamstående mödrar är arbetslösheten stor. Socialstyrelsens undersökning visar att kommunerna allt oftare inför begränsningar i rätten till barnomsorgsplatser för barn till arbetslösa för att i stället ibland erbjuda annan särskild verksamhet som inte utgår ifrån barnets behov.

Barnomsorgen har en dubbel roll. Dels behövs den för att föräldrarna skall kunna arbeta, dels kan den spela en viktig roll för barns uppväxtvillkor. Vi har i första hand begränsat oss till att bedöma förskolans roll för barns psykiska hälsa i avsikten att så långt möjligt förebygga psykisk ohälsa.

Barn behöver finnas i någorlunda stabila grupper och behöver kontinuitet i sina vuxenkontakter. Uppbrott och byte av grupptillhörighet bör därför i möjligaste mån undvikas. Vi delar Socialstyrelsens bedöm-

ning avseende de parallella former av barnomsorg som nu är på väg att växa fram. Dessa riskerar att förstärka skillnader i uppväxtvillkor mellan barn vars föräldrar är arbetslösa och barn vars föräldrar har ett fast arbete. När en förälder blir arbetslös är det naturligtvis ett slag mot familjens försörjning och trygghet. Att då också, mot familjens önskemål, stänga ute barnen från den daghemsmiljö de är vana vid, är att förvärra familjens situation ytterligare och öka riskerna att barn mår dåligt av situationen. Vår bedömning är därför att barn som redan har plats i förskolan skall få behålla den även vid föräldrars arbetslöshet.

När det sedan gäller barn till arbetslösa som ännu inte har plats i förskolan anser vi rent allmänt att det i ett samhälle som vill främja jämlikhet, solidaritet och demokrati måste vara viktigt att barn vars familjer drabbas av arbetslöshet ges så likvärdiga chanser som möjligt. Rätten till likvärdig barnomsorg är en sådan chans och borde därför vara självklar. I denna bedömning väger vi också in barnomsorgens ökade betydelse som skolförberedande verksamhet. Vi anser att möjligheterna att genomföra en sådan reform, dvs. att i enlighet med Socialstyrelsens förslag jämställa arbetslösa föräldrar med dem som arbetar eller studerar, visavi barnens rätt till förskola, bör utredas närmare. Detta faller dock utanför vårt uppdrag.

Vi vill däremot poängtera att vi anser att bedömningen av barnets eget behov enligt 2 a kap. 6 § skollagen bör vara generös när föräldrar är arbetslösa på så sätt att kommunerna i denna bedömning även beaktar förskolans möjlighet att förebygga psykisk ohälsa hos barnet. Vi anser alltså att speciell uppmärksamhet skall ägnas barn i särskilda behov även i fall där dessa behov inte är så uttalade att bestämmelser i 2 a kap. 9 § skollagen är tillämplig. När plats erbjuds bör detta ske enligt samma regler som för barn vars föräldrar arbetar.

Att särbehandla barnen genom att på grund av förälders arbetslöshet hänvisa dem till tillfälliga verksamheter som jourdaghem för att föräldern skall kunna söka arbete, är enligt vår mening inte att tillgodose barnens behov. Snarare kan det öka otryggheten för många barn. Denna särbehandling strider också mot bestämmelserna i FN:s konvention om barnets rättigheter, art. 2, där det klart uttalas att barn inte får särbehandlas. I praktiken innebär detta, som vi ser det, att de parallella verksamheter som vuxit upp under senare år antingen bör läggas ner eller granskas kritiskt ur ett barnperspektiv och utvecklas så att de svarar upp mot kvalitetskrav m.m. som gäller för vår förskoleverksamhet.

En ekonomisk konsekvensanalys av våra förslag ges i avsnitt 11.4.

5 Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa

Vår bedömning: Förslaget till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa, så som det redovisas i den rapport som Socialstyrelsen och dess Epidemiologiska Centrum (EpC) överlämnat till regeringen, bör ligga till grund för den framtida epidemiologiska bevakningen av den psykiska hälsan hos barn och ungdomar.

Huvudförslaget innebär att en ny nationell studie initieras för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa, genom att man vart tredje år gör tvärsnittundersökningar bland en hel årskurs skolelever i åldersintervallet 11-16 år.

I det fortsatta utredningsarbetet anser vi att man bör pröva möjligheten att vart tredje år undersöka två hela årskullar i det föreslagna åldersintervallet. Värdet av det förväntade kunskapstillskottet måste vägas mot de kostnadsökningar och praktiska utmaningar en sådan uppläggning skulle betinga. Om enbart en årskull undersöks anser vi det önskvärt att någon av de yngre årskullarna kommer till tals.

Vårt förslag: Vi föreslår regeringen att ställa erforderliga medel för fortsatt utredningsarbete och pilotstudier till Socialstyrelsens och EpC:s förfogande, så att modellen för mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa kan färdigutvecklas.

Vi föreslår vidare att den epidemiologiska bevakningen därefter förverkligas och att regeringen tillser att erforderliga medel finns att tillgå.

5.1 Regeringsuppdraget

Socialstyrelsen och dess Epidemiologiska Centrum (EpC) fick i februari 1997 regeringens uppdrag att utarbeta en modell för återkommande mätningar av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige.

Bakgrunden till regeringsuppdraget var det förslag som vi lade i vårt delbetänkande (SOU 1997:08). Vårt förslag var i sin tur föranlett av bristen på kunskap om den psykiska hälsans förändringar över tid, inte minst mot bakgrund av 1990-talets samhällsförändringar och den pågående samhällsdebatten. I uppdraget från regeringen ingick bland annat att

- övergripande definiera syfte med en epidemiologisk bevakning
- precisera begrepp och krav på ett system för att mäta barns och ungdomars psykiska ohälsa
- inventera metodernas kostnadseffektivitet och möjligheterna att samordna med andra behov eller statistikinsamlingar.

Därutöver ingick i uppdraget att

- diskutera vilka åldersgrupper mätningarna bör inrikta sig på
- inventera för- och nackdelar med att registrera socioekonomiska faktorer på individ- eller aggregerad nivå
- inventera för- och nackdelar med att persondata insamlas i identifierbar eller helt avidentifierad form
- lämna ett eller flera alternativa förslag till hur ett system för uppföljning av barns och ungdomars psykiska hälsa kan byggas upp.

Utredningsarbetet har bedrivits i nära samråd med Barnpsykiatrikommitténs ordförande och sekreterare, centrala myndigheter och frivilliga organisationer samt forskare. Fil. dr Curt Hagqvist har tjänstgjort som projektledare. Fredagen den 12 december 1997 överlämnade Socialstyrelsen sin rapport till regeringen.

5.2 Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa

I sin rapport till regeringen lämnar Socialstyrelsen en utförlig redogörelse för de metodologiska, etiska och praktiska överväganden som lett fram till förslagen till en modell för den framtida epidemiologiska bevakningen av det psykiska hälsoläget bland barn och ungdomar i Sverige. Rapporten innehåller ett huvudförslag samt ett antal kompletterande förslag. Förslagen stakar ut en färdriktning för den framtida epidemiologiska bevakningen, men ytterligare utredningsarbete och

fältarbete i form av pilotstudier krävs innan ett slutgiltigt förslag kan presenteras.

Nedan följer en kort sammanfattning av rapporten och en presentation av förslagen. De läsare som önskar en fullständig redovisning hänvisas till rapporten Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa (Socialstyrelsen 1997-12-12).

5.2.1 Huvudförslaget

Huvudförslaget innebär att en ny nationell studie initieras för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa. Vart tredje år görs tvärsnittsundersökningar bland en årskurs skolelever i åldersintervallet 11-16 år. Det fortsatta utredningsarbetet, med pilotstudier, får avgöra vilken åldersgrupp man slutgiltigt bestämmer sig för. Datainsamlingen bör genomföras som en totalundersökning och ske med hjälp av frågeformulär som eleverna själva individuellt och anonymt kan besvara i klassrummet under ett 40-minuterspass. Anonymiteten är viktig för att uppnå tillförlitliga svar och hög svarsfrekvens. Även ur etisk synvinkel är ett anonymt besvarande av frågeformuläret en fördel.

Frågeformuläret bör täcka såväl psykiskt välbefinnande som psykisk ohälsa, såväl riskfaktorer som frisk- och skyddsfaktorer liksom familjeförhållanden, sociala förhållanden och skolförhållanden.

En totalundersökning ger möjlighet att

- återföra lokala data – på kommun- och skolnivå – vilka kan användas i hälsoundervisning och lokalt hälsoarbete samt som planeringsunderlag,
- tillskapa en Sverige-studie som sätter barns och ungdomars psykiska hälsa i fokus och bidrar till att mobilisera olika krafter bakom en gemensam uppgift,
- studera lokala och regionala variationer med avseende på barns och ungdomars psykiska hälsa och relatera dessa variationer till skilda egenskaper hos geografiska områden och skolor,
- undvika de problem av metodmässig och praktisk art som är förknippade med urvalsundersökningar.

Fokusering bör ske på en årskull av barn i 11-16-årsåldern (skolår 6-9) eftersom det ger möjlighet att

- samla in data om barn för vilka få möjligheter finns i dagsläget att via befintliga och reguljära system och rutiner följa utvecklingen av den psykiska hälsan
- samla in data med hjälp av självskattningsformulär, vilket ger barnen tillfälle att själva komma till tals och rapportera om sin egen hälsa
- genomföra undersökningen inom ramen för det obligatoriska skolsystemet vilket erbjuder närmast unika möjligheter att nå ut till ungdomar.

Överväganden i valet av årskull

Det som kan tala för att man vänder sig till de yngre barnen i det föreslagna åldersintervallet 11-16 år är bl.a. att resultaten då ger underlag för intervention i yngre åldrar, att yngre barn i det aktuella åldersintervallet som grupp är mer homogena med avseende på biologisk och social mognad och att klassläraresystemet i lägre årskurser underlättar dattainsamling med gruppenkäter i skolan.

Det som talar för att studera de äldre barnen i det föreslagna åldersintervallet är att fler och andra typer av problem kan studeras bland de äldre barnen än bland de yngre, samt att äldre barn har lättare att förstå och besvara vissa typer av självskattningsfrågor.

Valet av årskull bör avgöras på grundval av teoretiska överväganden i kombination med pilotstudier.

Nationellt forskningsprogram

För att kontinuerligt utvärdera och metodologiskt utveckla den nationella studien bör någon form av forskningsprogram tillskapas.

5.2.2 Kompletterande förslag

Det vore en styrka om huvudförslaget kan kompletteras med information i mindre skala också från andra än barnen själva, från föräldrar och/eller lärare, som anonyma individdata eller som data i aggregerad form. Olika former och modeller för detta bör prövas i de pilotstudier som föreslås komma till stånd.

Den skisserade huvudinriktningen har vissa begränsningar. En viktig sådan är att endast en årskull studeras och att därigenom yngre barn och äldre ungdomar hamnar utanför. Därför bör huvudförslaget kompletteras ytterligare. Följande föreslås:

- Inarbetning av frågor om psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa i den pågående WHO-studien om europeiska skolbarns hälsovanor.
- Inarbetning av enstaka frågor i CAN:s drogstudier, bland annat för att belysa sambandet mellan drogvänor och psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa.
- Främjande av "gränsöverskridande" forskning, exempelvis att via forskningsråden skapa incitament för att inom ungdomsforskningen i högre grad uppmärksamma barns och ungdomars psykiska välbefinnande och ohälsa.
- Bättre användande av SCB:s ULF-studier genom kompletterande frågor och specialbearbetningar med avseende på psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa för ungdomar mellan 16 och 24 år.
- Bättre utnyttjande av patientstatistik både från den öppna och den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården, vilket kan ske om data samlas in och sammanställs på ett enhetligt sätt.
- Bättre utnyttjande av värnplikregistrets potential.
- Kohortstudier baserade på det medicinska födelseregistret. Denna fråga bör prövas inom ramen för den utredning som Socialstyrelsen tillsatt med syfte att utarbeta strukturerade BVC-journaler.

5.2.3 Informationsförmedling

De redovisade förslagen innebär att ett antal databaser i varierande storlek och med varierande inriktning byggs upp. Detta aktualiserar behovet av system för att göra data tillgängliga inte endast för forskning, utan även för skolor, kommuner och andra avnämare. I syfte att öka tillgängligheten föreslås att

- möjligheterna att utveckla ett dataprogram på temat "Hur mår eleven?" utreds, som till sin idé och uppbyggnad skulle likna EpC:s program "Hur mår Sverige?"
- orienteringstavlor om barns och ungdomars psykiska hälsa, som uppdateras och ständigt hålls aktuella, skapas på Internet.

Olika myndigheter kan bidra till att lösa denna uppgift, med utgångspunkt från sina respektive ansvarsområden.

5.2.4 Etik

Åtminstone två omständigheter understryker betydelsen av att noggrant uppmärksamma etiska aspekter vid planeringen och genomförandet av huvudförslaget. Dels kommer frågeformuläret att innehålla en del frågor som kan upplevas känsliga, dels är målgruppen minderårig.

Eftersom känsliga frågor knappast kan undvikas i en undersökning om psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är det särskilt viktigt att undersökningen genomförs på ett seriöst sätt och att enskilda elevers integritet skyddas. Det är därför väsentligt att resultaten från undersökningen inte presenteras på ett sådant sätt att identiteten – trots anonyma svar – kan röjas på grund av identifiering bakvägen. Det är också viktigt att information om undersökningen i förväg lämnas till både elever, föräldrar och lärare. En handlingsberedskap måste också finnas hos dem som genomför undersökningen för att möta eventuella känslomässiga och andra reaktioner och frågor från eleverna.

Huvudförslagets nationella studie bör genomföras i enlighet med de forskningsetiska principer som formulerats av Humanistisk-Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet (HSFR 1990).

5.2.5 Kostnader och kostnadseffektivitet

Kostnaderna för att genomföra huvudförslaget kan delas upp i två delar; en för fortsatt utredningsarbete och fältstudier och en för tänkt permanent verksamhet. Kostnaderna för den senare är självfallet svårare att mer precist beräkna beroende på att dessa är beroende av utfallet av det fortsatta utredningsarbetet och de pilotstudier som genomförs. Fyra huvudtyper av kostnader kan förutses, nämligen för datainsamling, analys, återföring av resultaten samt utvärdering av studien. Därutöver tillkommer de kostnader det medför för skolan att administrera och genomföra datainsamlingen.

En mycket grov och preliminär skattning visar att kostnaderna för en totalundersökning kan beräknas uppgå till 3-5 miljoner kronor för varje datainsamlingstillfälle, som äger rum vart tredje år, exklusive skolans personalkostnader för medverkan vid genomförandet av datainsamlingen.

Kostnaderna för det fortsatta utredningsarbetet och pilotstudierna under ett år beräknas uppgå till 1,5 miljoner kronor, exklusive personalkostnader för de skolor som medverkar vid pilotstudiernas genomförande.

5.2.6 Fortsatt utredningsarbete och pilotstudier

För att i detalj kunna precisera förslagen och hur de senare skall genomföras krävs ytterligare utredningsarbete i kombination med pilotstudier på fältet. När det gäller huvudförslaget är det framförallt tre frågor som närmare behöver belysas och runt vilka praktiska erfarenheter måste fås.

Valet av instrument för insamlande av data

Ambitionen bör vara att så långt möjligt använda redan existerande och välfungerande instrument. Sannolikt finns emellertid inget färdigkonstruerat formulär som ensamt förmår täcka både psykiskt välbefinnande och ohälsa, varför frågor från olika formulär antagligen måste integreras i ett "nytt" formulär. Inom området psykisk ohälsa finns ett antal olika självskattningsformulär att välja mellan, av vilka Youth Self Report (YSR, Achenbach 1991) kanske är det mest kända. Även inom området psykiskt välbefinnande finns ett antal formulär att välja mellan. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt att finna användbara indikatorer och frågor vad avser barns/ungdomars familjeförhållanden, sociala förhållanden och skolförhållanden. De förslag till instrument som utarbetas bör noggrant prövas i pilotstudier, där också möjligheten att reducera antalet frågor bör uppmärksammas.

Valet av årskurs

Erfarenheter från redan genomförda studier bör analyseras och nya datainsamlingar i form av pilotstudier bör genomföras i syfte att utröna vilken årskurs som bör studeras.

Praktiska och administrativa rutiner

Här bör särskilt belysas etiska problem vid genomförandet liksom erfarenheter av att undersöka hela populationer – inom pilotstudiens ram i form av totalundersökningar inom vissa begränsade geografiska områden. Vidare bör skolhälsovårdens möjligheter att medverka vid datainsamlingens genomförande undersökas.

Fortsatt utredningsarbete

Även några av de kompletterande förslagen kräver ytterligare utredningsarbete och pilotstudier innan de kan genomföras. I samband med att pilotstudier genomförs bland skolelever bör också undersökas om det är möjligt att komplettera huvudförslaget med reliabel och valid information från föräldrar, lärare och/eller skolhälsovård.

Det är vidare av stor vikt att huvudförslaget, och i tillämpliga delar även de kompletterande förslagen, förankras hos berörda fackliga organisationer, elevorganisationer, föräldraorganisationer och myndigheter.

Huvudansvaret för det fortsatta utredningsarbetet liksom för genomförandet av pilotstudier bör, enligt en samstämmig uppfattning från referensgruppen, ges till EpC.

EpC är berett, och ser mycket positivt på, att ta ett huvudansvar för såväl det fortsatta förberedelsearbete som föreslås som för det framtida genomförandet av de förslag som redovisas – under förutsättning att erforderliga medel ställs till EpC:s förfogande.

5.3 Våra överväganden

Vid kommittésammanträde den 17 december 1997 redovisade projektledaren Curt Hagqvist det ovan beskrivna förslaget till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa. Kommittén hade då även tagit del av den skriftliga rapporten.

Rapporten visar att utredningsarbetet bedrivits på ett seriöst och effektivt sätt. Trots den begränsade utredningstiden har frågan om epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa fått en betryggande allsidig genomlysning. Vi anser att förslaget bör ligga till grund för beslut om den framtida bevakningen av barns och ungdomars psykiska hälsa och att modellen har förutsättningar att bidra med kunskaper som i sin tur kan motverka psykisk ohälsa och befrämja psykiskt välbefinnande. Vi ställer oss bakom den föreslagna färdriktningen, med ett huvudförslag om återkommande tvärsnittsundersökningar av en hel årskull och kompletterande förslag som belyser andra åldrar, nyttjar andra informanter och vidgar möjligheterna att klargöra orsaker till psykiskt välbefinnande alternativt ohälsa. Vi ställer oss också bakom planeringen för det fortsatta utredningsarbetet, med pilotstudier, diskussioner med berörda parter och praktiska överväganden. Vi anser att den medvetna forskningsanknytningen är framsynt och stödjer planerna på att skapa ett nationellt forskningsprogram i anslutning till huvudförslagets nationella studie.

Kostnaderna för genomförande av modellen ter sig synnerligen rimliga. Genom att finna en optimal kombination av å ena sidan initiering av nya datainsamlingar och å andra sidan tillvaratagande av redan pågående eller planerade undersökningar är förslaget mycket kostnadseffektivt. För huvudförslaget räknar rapporten med en budget på ca 1,5 miljoner kronor per år, exklusive skolans personalkostnader för medverkan. Kostnaderna för det fortsatta utredningsåret uppgår också till 1,5 miljoner kronor. – Möjligen är kalkylen för huvudförslaget tilltagen i underkant, vilket dock inte i sak förändrar vår bedömning att förslaget är kostnadseffektivt.

Inför valet av åldersgrupp för huvudförslagens nationella studie bör möjligheten att vart tredje år undersöka två hela elevårskullar prövas. De två som skulle ligga närmast till hands är årskurserna 6 och 9. En sådan design skulle ge möjligheter att tolka förändringar över tid på ett mer nyanserat sätt. Värdet av det förväntade kunskapsstillskottet måste vägas mot de kostnadsökningar och praktiska utmaningar en sådan uppläggning skulle betinga. Om enbart en årskull undersöks, i enlighet med rapportens huvudförslag, anser vi det särskilt önskvärt att låta en av de yngre årskullarna komma till tals. – De fortsatta etiska övervägandena bör särskilt fokusera hur undersökningsresultat skall återföras till lokal och regional nivå. Individens och grupperns integritet måste skyddas, samtidigt som undersökningsresultaten återförs så att de kan bidra till det lokala och regionala kvalitetsarbetet.

Vi föreslår regeringen att ställa erforderliga medel för fortsatt utredningsarbete och pilotstudier till Socialstyrelsens och EpC:s förfogande, så att modellen för mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa kan färdigutvecklas.

Vi föreslår vidare att den epidemiologiska bevakningen därefter förverkligas och att regeringen tillser att erforderliga medel finns att tillgå.

I avsnitt 11.5 redovisas kostnaderna för epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa närmre.

6 Olika instansers arbete med barn och ungdomar som har psykiska problem

6.1 Brukarnas perspektiv

Vår bedömning: Bredden i vårt uppdrag innebär att de hjälpsökande, eller brukarna, utgör en mycket heterogen grupp.

Ett kvalitetskriterium för brukare är att bli tagen på allvar och att få sina synpunkter respekterade. Kompetent bemötande är viktigare än geografisk närhet. Många brukare är nöjda. Det kan emellertid vara svårt att veta vart man skall vända sig. Barn och föräldrar med behov av specialiserade insatser anser ofta att vägen till hjälp varit mycket krånglig och att man fått alltför lite stöd i att hitta rätt. Det finns behov av bättre uppföljning och av att ha möjlighet att kontakta någon även efter den mer intensiva hjälpinsatsen. Samordning och samarbete verksamheter emellan är en förutsättning för att vardagen skall fungera. Intresseorganisationerna ser brister i detta hänseende, vilket också innebär ineffektivt resursutnyttjande. Barnhälsovården och skolans elevvård inklusive skolhälsovården tillmäts stor betydelse av både barn och föräldrar, för tidig upptäckt och för vardagsstöd. Äldre barn och ungdomar utgör den minst nöjda gruppen. De uttrycker inte sällan att de inte blir tagna på allvar, att de vuxnas syn är den som gäller, att de inte har någon att vända sig till för egen del.

Alla verksamheter som bedriver insatser för barn och ungdomar med psykiska problem och deras familjer bör eftersträva ett ökat brukarinflytande. Delaktighet bör prägla såväl de individuella insatserna som övergripande verksamhetsplanering och utvärdering. Socialtjänstens brukare, och då speciellt barnen, har som grupp förhållandevis svårt att göra sig hörda. Det är en utmaning för socialtjänsten att utveckla arbetet i samspel med brukarna.

Vid all individuell åtgärdsplanering skall barnet eller den unge själv få ge sin syn, i enlighet med Barnkonventionens artikel 12.

Barns medverkan vid utvärdering och verksamhetsplanering av vård- och behandlingsinsatser kräver noggranna etiska och även metodmässiga överväganden. Ungdomar bör engageras då man utvecklar nya arbetssätt för åldersgruppen 16-25 år (se avsnitt 9.6).

Olika intresseorganisationer bedriver ett omfattande arbete till en mycket låg kostnad. De bör inbjudas att delta i verksamhetsplanering och utvärdering av alla de instanser som arbetar med stöd och vård till de barn som respektive organisation företräder.

I våra direktiv sägs att utredningens redogörelser och analyser skall inkludera de "hjälpökandes" perspektiv. Bland dem som har egna erfarenheter av samhällets stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem finns unika kunskaper om vad som är fungerande insatser respektive vad som är otillfredsställande och ineffektivt. I verksamheternas praktik bör man eftersträva ett arbetssätt där individens och familjens egna upplevelser och önskemål ständigt tas tillvara; all erfarenhet talar för att delaktighet bidrar till ett bättre resultat. "Samhällsinstanserna skall lyssna på de hjälpökande, de är experter på sin egen situation" är ett samlat budskap från den referensgrupp med intresseorganisationer som vi har arbetat med (se nedan). Det är också ett synsätt som har fått alltmer genomslag i lagar och förordningar.

6.1.1 Hjälpökande – brukare – klient?

I inledningsskedet av utredningen stod vi inför utmaningen att hitta en strategi för att få tillgång till de hjälpökandes perspektiv. Med tanke på utredningsuppdragets bredd var detta ingen helt enkel uppgift. En term som man ofta möter, då man kollektivt talar om människor som använder sig av en viss samhällelig service, är "brukare". Denna term är på sitt sätt problematisk. Samhällets instanser kan ge såväl direkt som indirekt stöd till barn och ungdomar med psykiska problem, och det är inte alltid självklart vem som egentligen är "brukare". I sig innebär uttrycket "brukare" att individen placeras i relation till verksamheterna, snarare än tvärtom. Brukaren använder sig av en befintlig resurs, men inbjuds inte automatiskt att vara en aktör i samspel med samhällsinstanserna.

Att som i direktiven i stället allmänt tala om "hjälpökande" är inte mindre problematiskt, i synnerhet då man betänker att motivationen för kontakten kan vara mycket växlande och att det i vissa fall rör sig om tvångsåtgärder. Beteckningen "patient" har relevans endast för hälso- och sjukvården, och används sparsamt även inom den egentliga barnpsykiatrin, eftersom den innebär ett ensidigt fokus på individen och ett

medicinskt synsätt. Mer generell är då termen "klient", som används inom socialtjänsten, men den har knappast en mer aktiv klang än termen "brukare". Uttrycket "kund" har kommit till användning på 1990-talet. Till dess fördel kan sägas att det för tanken till valfrihet och rätt att ställa krav.

I denna text har vi trots allt valt att som övergripande term använda "brukare". Oavsett vilken samlingsterm man använder innebär den något av en objektifiering och ett avstånd i förhållande till individens personliga upplevelser. Vi vill därför undvika en slentrianmässig användning av den övergripande termen "brukare". Så snart vi diskuterar konkreta problem och verksamheter är det naturligare att i stället tala om "barnets", "familjens", "tonåringens" etc. perspektiv.

6.1.2 Våra brukare

Brukargruppens stora heterogenitet utgör en särskild utmaning. Vissa verksamheter finns till för de riktigt små barnen medan andra riktar sig till skolbarn eller tonåringar, på väg in i vuxenlivet. Vård, stöd och behandling kan ges inom specialresurser som socialtjänstens individ- och familjeomsorg, barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomshabiliteringen. Den kan också ges inom ramen för generella verksamheter som barnhälsovården, barnomsorgen eller skolan. Insatserna kan vara tidiga och närmast förebyggande eller de kan handla om kvalificerad behandling eller rehabilitering.

Barnet själv, föräldrarna och ibland hela familjen kan betraktas som brukare. Vissa har själva aktivt sökt hjälp, medan andra kommit till vård genom tvingande åtgärder (vanligtvis LVU). Brukarna kommer dessutom från skiftande sociala och kulturella miljöer, vilket innebär att de kan ha mycket varierande syn på problemen i sig och därmed också olika förväntningar på hur de vill bli hjälpta.

Hur kommer brukarna till tals?

Med hänsyn till brukargruppens stora heterogenitet vore en heltäckande brukarundersökning en övermäktig uppgift. Vi riktade i stället in oss på att låta brukare med skilda erfarenheter komma till tals på olika vägar.

- Ett första steg var att inventera redan befintligt skriftligt material, och att sammanfatta brukarsynpunkter som kommit fram i tidigare utredningar och undersökningar.

- Nästa steg blev att ta tillvara erfarenheter som finns i de intresseorganisationer som företräder vissa grupper av barn och ungdomar med psykiska problem och deras familjer. Kommittén inbjöd 12 sådana organisationer till en hearing i Riksdagshusets Andrakammarsal, den 16 april 1997. En referensgrupp med representanter för dessa intresseorganisationer har därefter bistått sekretariatet för resten av utredningstiden.
- I kommittén har Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa (RUS/RSMH) varit representerat med en sakkunnig och en biträdande sakkunnig.
- Slutligen har vi bemödat oss om att fånga upp brukarsynpunkter i samband med sakfrågor och i våra kontakter med fältet.

Centrala frågor

De frågor som vi på ovanämnda sätt riktat till brukarna har gällt deras upplevelser av bemötande, vård och stöd, med särskilt fokus på

- insatsernas ändamålsenlighet och effektivitet
- insatsernas tillgänglighet
- erfarenheter av samordning och samarbete mellan olika verksamheter
- om man hade kunnat få hjälp tidigare.

Det har varit en ambition att inte enbart peka på brister utan om möjligt även på goda exempel, det vill säga arbetssätt som enligt brukarerfarenhet fungerar bra. Siktet var också inställt på att lyfta fram modeller för hur individernas och familjernas egna erfarenheter och synpunkter bättre skall kunna tas tillvara, i det fortlöpande arbetet ute i verksamheterna.

Vårt underlag

Intresseorganisationerna har givit mycket värdefulla bidrag, vid vår hearing den 16 april 1997 samt i våra fortlöpande kontakter med referensgruppen. De intresseorganisationer som medverkat är Anorexi/BulimiKontakt, Familjehemmens centralorganisation (FACO), Familjehemmens riksförbund (FR), Intresseförbundet för schizofreni (RiksIFS), Intresseföreningen för schizofreni i Stockholm, Patientföreningen för anorexi och bulimi, Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU) DAMP-sektionen, Riksförbundet för utvecklings-

störda barn, ungdomar och vuxna (FUB), Riksföreningen Ananke, Riksföreningen Autism, Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa (RUS/RSMH) samt Svenska Touretteföreningen.

Vår inventering av vad som skrivits de senaste åren om brukarerefarenheter och -synpunkter gav ett rikhaltigt material. Här bland återfinns rapporter från utredningar, forskningsprojekt, intresseorganisationer och examensarbeten på vårdutbildningar. Ett stort antal rapporter bygger på kvalitetssäkringsenkäter runt om i landet. Deras tyngd är mycket växlande och vissa rapporter har begränsat intresse, samtidigt som vi saknar rapporter från viktiga verksamheter. Sammantaget redovisar det skriftliga materialet ändå värdefull erfarenhet att bygga vidare på.

Två underlag som belyser brukarperspektivet har tagits fram just för kommitténs räkning. Den första är en enkel enkätundersökning av hur tonåringar ser på psykiska problem (Lagerberg & Sundelin, publicerad 1998). Den andra utgörs av en undersökning som Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa (RUS/RSMH) gjort bland sina medlemmar, kring hur de ser på diagnoser och på den behandling och det bemötande de fått.

6.1.3 Brukarsynpunkter på tidiga insatser

Vart vänder sig barn och ungdomar?

De flesta barn och ungdomar vänder sig i första hand till vuxna inom familjen med sina bekymmer, det vill säga till föräldrar eller äldre syskon. Enligt en undersökning bland gymnasieungdomar är det viktigt att de vuxna då bemöter dem med respektfullhet, pålitlighet, förståelse och ärlighet (Lindqvist 1996). Ungdomarna vill att vuxna skall gripa in då de befinner sig i fara eller i en svårbemästrad situation, men skall lämna dem i fred om de inte riskerar att ta skada och om de markerar att de vill vara i fred. För de vuxna kan det vara svårt att avgöra var gränserna går för vad som är en åldersadekvat avvisande hållning och vad som är ett tecken på att den unge har psykiska problem.

Det är inte alla barn och ungdomar som har sådana pålitliga vuxna att ty sig till. Detta visar bland annat BRIS årliga statistik (BRIS 1997). Majoriteten av de barn som ringer till Barnens hjälptelefon uppger direkt eller indirekt att de saknar sådant stöd och omsorg. Också barn och ungdomar som har någorlunda goda vuxenkontakter kan i vissa lägen känna behov av att få stöd och hjälp av någon utanför familjen. I en undersökning tillfrågades 114 barn i åldrarna 10-14 år om vart de tycker att de kan vända sig om de har problem (Kruse 1994). En tred-

jedel av barnen tyckte inte att det fanns någon vuxen utanför familjen, med vilken de kunde prata om sina problem. Vissa av dem kunde inte heller tänka sig att söka hjälp hos någon alls utanför familjen. Bland dem som sökt kontakt var flickorna i majoritet, och de hade då vanligen vänt sig till en lärare eller till BRIS. Bland pojkarna var det vanligare att man haft kontakt med skolsköterskan och med PBU (Psykiska barn- och ungdomsvården i Stockhoms län). De äldre barnen var mindre nöjda med hjälpkontakter än de yngre.

Hur skall den vuxne som man vänder sig till vara? Det skall vara någon som lyssnar, inte skvallrar och som kommer med konkreta förslag till hjälp, säger 10-14-åringarna (Kruse 1994). Dessutom framhåller barnen att man behöver tid att lära känna den man pratar med. Idel nya och kortvariga kontakter fungerar inte.

Ungdomars definition av psykiska problem

Vad är psykiska problem, enligt ungdomar i allmänhet? Eleverna i två teoretiskt inriktade gymnasieklasser i två olika skolor, fick i uppdrag att skriva ned vad de själva ansåg vara "psykiska problem" (Lagerberg & Sundelin, publicerat 1998). Dessa ungdomar är inte brukare i snäv mening, och har därför inte ombetts att uttala sig om samhällets vård och stöd. På frågan vad de betraktar som psykiska problem uppger de både subjektiva och objektiva symtom. De subjektiva är dock i förgrunden, och det är framförallt inåtriktade problem de nämner; "att må dåligt", "dåligt självförtroende", "inte värd någonting". Skälen till de psykiska problemen antas vara att man är missnöjd med något i sin omgivning. Bland allvarigare problem nämns tvång och självmordstankar. Enstaka psykiatriska diagnoser anges också, exempelvis schizofreni. Sammanfattningsvis lägger ungdomarna stor vikt vid det subjektiva psykiska lidandet, och bakom problemen ser man psykosociala orsaker, snarare än biologiska.

Förebyggande insatser i skolan

Barnombudsmannen har regeringens uppdrag att samordna ett nationellt initiativ mot mobbning. Inom ramen för en särskild kampanj, Dialog med unga, har man samlat synpunkter och idéer från 6 000 trettonåringar om hur mobbning kan motverkas. Ungdomarna uttrycker en tydlig besvikelse på vuxenvärldens bristande förmåga att se och ingripa mot problemen, och lämnar konkreta förslag på hur de anser att det borde vara (BO 1996, 1998).

I en särskild inlaga till Utredningen om Funktionshindrade elever i skolan (FUNKIS, dir. 1995:134) förespråkar intresseorganisationen RUS/RSMH att man på skoltid skall införa undervisning i "livskunskap". En sådan undervisning skall ge kunskap om hur människans kropp och själ fungerar i olika situationer, om mänskliga relationer, känslor och mobbning (RUS om psykisk ohälsa i skolan, 1996-08). För att uppnå detta föreslår man exempelvis dramaövningar och en metod som utarbetats av kurator Britt-Marie Ahlner och skolsköterskan Eva Bengtsson för att ge ett "psykiskt första förband". Metoden bygger bland annat på gruppverksamhet och kamratstöd för att stärka elevers självkänsla och hjälpa utsatta (Ahlner & Hildingsdotter Bengtsson 1995).

Referensgruppen framhåller elevvårdens betydelse för att hjälpa barn och ungdomar i tidiga skeden. Det bör finnas elevvårdspersonal tillgänglig i skolorna, så att alla elever själva kan ta kontakt. Inte minst för barn och ungdomar med "tysta" problem är tillgängligheten och möjligheten att ha någon att prata med mycket viktig, anser man. Ett problem är att exempelvis skolsköterskan många gånger blir ensam i sin uppgift, vilket gör att hon kan ha svårt att räcka till då eleven har uttalade svårigheter (se våra förslag avsnitt 4.3).

Hjälp i tidiga skeden

Intresseorganisationerna i referensgruppen är eniga om att det allmänt sett är problematiskt att få adekvat hjälp i tidiga skeden. Detta torde vara särskilt svårt om problembilden är ovanlig och/eller sammansatt, eftersom berörd personal i de generella verksamheterna har begränsad eller ingen erfarenhet av sådana problem. Många barn och föräldrar har fått vagt lugnande besked då de sökt stöd och hjälp. "Barn är olika", "det växer säkert bort", "det är du som förälder som är expert" är utsagor som enligt många uppreps alltför ofta.

Följande förhållningssätt förordas av intresseorganisationerna:

- Lyssna på barnet och föräldrarna; de har rätt i sina upplevelser och observationer, om än inte nödvändigtvis i sina tolkningar.
- Vuxna måste vara villiga att se vad barnet och den unge signalerar. Man måste våga fråga vidare, exempelvis då ett barn har diffusa symtom, man måste våga bry sig.
- Checklistor som är tydliga och lätta att använda kan fungera som väckarklockor som leder till att barnet undersöks närmare. Sådana listor kan vara inriktade på exempelvis kontaktstörningar eller problem med uppmärksamhet och hyperaktivitet. De kan utformas

- för personal inom barnhälsovården, barnomsorgen, skolhälsovården/elevvården.
- Barnkunskapen måste upprätthållas och förstärkas inom primärvården, dvs. barnhälsovården och distriktsläkarmottagningarna.
 - Kunskap om psykiska problem hos barn och ungdomar behövs på alla nivåer. Primärvården brister här, vilket bland annat visar sig i att man på BUP får endast ett litet antal remisser från distriktsläkare.
 - Allmän informationsspridning om problembilder och vart man kan vända sig om man upplever svårigheter behövs likaså. Kampanjer i media, studiedagar och broschyrer på exempelvis apotek kan här fylla en viktig funktion.
 - Barn till psykiskt sjuka och barn till missbrukare behöver få tidigt stöd. I detta sammanhang bör särskilt vuxenpsykiatrians ansvar diskuteras.

Brukarsynpunkter på förebyggande arbete inom mödra- och barnhälsovården

Intresseorganisationerna anser att barnhälsovården har en mycket viktig roll. BVC behöver dock bli bättre på att möta föräldrar och att ta föräldrars oro på allvar. Då föräldrar uttrycker oro bör BVC alltid inbjuda till tätare kontakt. De lugnande beskederna – "barn är olika", "det kommer" – kan kännas bra för stunden, eftersom föräldrar själva försöker hitta normala förklaringar. Klappen på axeln blir en tillfällig livlina (Touretteföreningen, RBU/DAMP m.fl.), men oron kvarstår. Om inte personalen möter föräldrars oro, genom mer ingående samtal, tätare kontakt och observation av barnet, dröjer det innan barn och föräldrar får den hjälp de behöver. Riksföreningen Autism har visat att 80 % av deras föräldrar såg att barnet var klart avvikande före 2 års ålder men fick diagnos först vid i genomsnitt 6 års ålder. Enligt Rf Autism behövs bättre kunskap bland BVC-personalen, uppfattningen att man inte kan göra något åt problemet leder till att man skjuter upp att initiera utredning (se också avsnitt 4.2).

En viktig uppgift för mödra- och barnhälsovården är att arbeta med psykisk hälsovård och att förebygga störningar i relationer mellan barn och föräldrar. I två uppföljningsstudier med kvinnor som haft psykologkontakt under graviditeten uttrycker merparten (mer än 80 %) sin uppskattning av att barnmorskan föreslagit att de skulle få "någon att prata med" (Borg m.fl. 1996, Sköld 1995). Orsaken till en sådan kontakt kan vara tidigare traumatisk graviditet, oro inför att bli förälder, förlossningskräck eller relationsproblem. Kvinnorna tycker att de

blivit hjälpta, men vissa säger att de helst skulle ha påbörjat samtalen tidigare under graviditeten. Möjligheten att få denna sorts stöd är för dåligt känd, påpekar många. Det är ett uttalat önskemål att psykologen har ett flexibelt arbetssätt, och är beredd att med vissa arbeta praktiskt stödjande och med andra mer psykoterapeutiskt.

Barnhälsovårdpsykologens insatser uppskattas i lika stor utsträckning (80 % enligt Borg m.fl. 1996). Att man har kommit tillrätta med problemet tror man dock beror på många faktorer: förbättrad barnomsorg, barnmedicinsk hjälp, att man kommit till en lösning med egna relationsproblem och att barnet mognat. Man nämner ofta att man uppskattat att få psykologhjälp inom den förebyggande verksamheten, och inte har tvingats söka psykiatrisk hjälp.

Mammors syn på behandling av tidigt samspel

Spädbarnspsykiatri tillhör organisatoriskt barn- och ungdomspsykiatri men arbetar i nära samröre med MVC, BVC, vuxenpsykiatri och socialtjänstens IFO. Man behandlar problem i relationen mellan mödrar och barn under det första levnadsåret, och insatsen är mer specialiserad och intensiv än den som kan erbjudas inom MVC/BVC. Mammor som fått delta i denna typ av öppenvårdsbehandling tycks vara mycket nöjda: "Allt var som en livboj – – – Jag övertygades om att jag dög som mamma – – – Jag blev lugnad – – – Lärde mig tänka med hjärtat – – – Det finns mycket kärlek mellan mig och barnet" (Skagerberg & Karlsson 1997). Ett påtagligt uttryck för att denna typ av behandling uppskattas är att många kommer på rekommendation av tidigare "brukare" (Christina Petersson 1997, personlig kommunikation, *Barnet i Fokus* 1994).

6.1.4 Brukarsynpunkter från barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård

Inom barn- och ungdomspsykiatri förutsätts i allmänhet att även barnens föräldrar deltar i behandlingskontakten. Ett sådant arbetssätt är välmotiverat, men kan ibland innebära att barnen känner sig besvärade och hämmade av föräldrarnas närvaro. Sådana synpunkter har ibland framförts av barnen och ungdomarna själva (BRIS, Kruse 1994, Sahin & Vettergren 1996). Mot detta står föräldrars önskan om fullständig information i utredning och behandling av det egna barnet (BUP Falun 1996, BUP Gävle 1995).

Nöjda mammor

I en studie inom PBU i Stockholm har man med en enkät vänt sig till alla besökande som fyllt 13 år (Carlberg & Eriksson 1996). Syftet var kvalitetssäkring, och frågorna ställs i enlighet med detta. De belyser förtroendet för PBU, hur man tycker sig ha blivit hjälpt och vad man skulle vilja ändra på. Trots att man uttryckligen riktat sig till ungdomarna själva var det bara i 25 % av fallen som enkäten verkligen besvarats av tonåringen själv. Svarsfrekvensen var hög (90 %), och vanligen var det mamma som fyllde i enkäten. Det var också oftast mamman som tagit kontakt med PBU (65 %).

Mer kritiska tonåringar

Bilden av mamma som den som tar och håller kontakt återkommer i många undersökningar (BUP Gävle 1995, Forsbeck 1994, Stavréen 1994). Mödrarna är nöjda med personalens bemötande och kompetens och med den nytta man haft av kontakten. Ungdomarna själva är ganska nöjda, men uttrycker även kritik. De anger ofta att det fanns problem man inte kunde tala om, och är mer missnöjda än de vuxna med lokaler och besökstider. Det som nämns på plussidan är att man tycker sig ha fått hjälp att se saker från andra sidor, att någon har lyssnat och att man har blivit tagen på allvar, samt att man blivit allmänt vänligt bemött.

Som mest kritiska mot vuxenvärlden är tonåringar i allmänhet i 14-16-årsåldern. Via telefonintervju tillfrågades en grupp ungdomar i denna ålder vad de tyckte om sina behandlingskontakter vid två PBU-mottagningar (Sahin & Vettergren 1996), vilka mestadels varit kortvariga (ca 4 besök). De var ganska kritiska, bland annat mot att föräldrarna var för inblandade, och flertalet tyckte inte att de blivit hjälpta och att problemet kvarstod. Ändå uppgav de att de kunde tänka sig att vid behov söka hjälp på PBU igen och att de kunde tänka sig att tipsa en kompis om PBU. Denna synbara paradox kan möjligen förstås som att de flesta ansåg att de blivit tagna på allvar och att de kunde lita på behandlarna, något som de uppskattade, men att de ändå kände reservation inför vuxenvärlden och nyttan med kontakten.

Positiv och negativ kritik

Precis som barnen och ungdomarna själva, tycks föräldrarna värdesätta den möjlighet till reflektion som bjuds, och att få hjälp att lyfta problemen till ytan. Det som på fackspråk kan kallas "containing", att någon

förmår lyssna, ta emot och hålla ens oro, nämns som betydelsefullt, liksom möjligheten att få stöd och råd. Merparten anser att de haft nytta av öppenvårdskontakten (se Ajax & Patricks 1993, Jarkman-Björn 1992, Parment & Ringler 1997, Lotsen PBU 1996). Detta uttrycks som att problemen och symtomen minskat eller försvunnit och att man anser att öppenvården varit betydelsefull för utvecklingen (Hemming & Eldin 1995, Kempe & Wikberg 1991).

Av en kvalitetsstudie från BUP i Falun (1996) framgår att problemen minskat eller försvunnit för 80 % av de familjer som man tillfrågat ½-1 år efter avslutad kontakt. Av dem ansåg mer än hälften att BUP varit av avgörande betydelse för den positiva utvecklingen. Vissa av de vuxna svarande i Falu-studien anser dock att det finns brister i samarbetet mellan BUP och socialförvaltningen, mellan BUP och vuxenpsykiatri, och att det också finns ett glapp mellan öppen- och slutenvård inom BUP. Detta är kritik som känns igen från andra håll, och i den allmänna diskussionen. Många familjer uttryckte att de var nöjda med det vänliga och tillåtande bemötandet, och det faktum att det inte alls varit skrämmande att gå till BUP.

På den negativa sidan framträder i olika undersökningar brister i tillgänglighet och långa väntetider (i allmänhet 3-4 veckor men med stor variation, vilket bekräftas i vår egen enkätundersökning 1997). Vidare är man kritisk mot att det är svårt att även efter inledd kontakt få bra besökstider och att nå behandlaren per telefon. Detta uppges av ungdomar själva och av familjer (BUP Falun 1996, BUP Gävle 1995, Carlberg & Eriksson 1996, Stavrén 1994 m.fl.). Det framkommer också kritik mot hur barn- och ungdomspsykiatri samarbetar med andra vårdgivare. Vissa svarande, såväl bland barn som föräldrar, skulle vilja ha fått en annan sorts hjälp, oftast av mer konkret karaktär. Vissa riktar också kritik mot att barn- och ungdomspsykiatri lägger för stor vikt vid föräldrar och familj. De som har sökt för skolproblem tenderar att vara mindre nöjda än de som sökt för intrapsykiska eller relationsproblem.

Det tycks finnas ett samband mellan hur nöjd man är och längden på kontakten, så att de som är nöjda har gjort genomsnittligt fler besök (Carlberg & Eriksson 1996, Hemming & Eldin 1995, Wulff 1996 m.fl.). Delvis beror det naturligtvis på att familjen kan ha avbrutit kontakten i förtid just för att man inte tyckte att den gav något, men det kan också vara så att behandlaren underskattat eller inte kunnat tillmötesgå familjens faktiska behov.

Nöjda brukare av öppenvården?

Brukare som besvarat kvalitetsenkäter ger sammantaget en positiv bild av den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården. Det är mestadels nöjda personer; i samtliga undersökningar tycker majoriteten tillfrågade att deras situation förbättrats och att behandlingskontakten har varit av betydelse. Trots kritik är den sammantagna bilden alltså att brukarna är nöjda med den hjälp de fått, att de tycker sig ha blivit respektfullt bemötta och förstådda och att personalen besitter professionell kompetens. Är bilden möjligen för glättad?

Man bör hålla i minnet att den här sortens enkäter har ett ganska begränsat fokus. De formuleras inom ramen för en viss verksamhet, och frågor av typen "skulle du kunnat få hjälp tidigare/någon helt annanstans?" ställs inte. Ganska sällan förekommer frågor som rör samordning med andra verksamheter. Dessutom görs intervjun i många fall av någon med anknytning till mottagningen, vilket kan göra det svårare att uttrycka kritiska synpunkter. Som brukare blir man måhända extra vänligt stämd just för att man uppskattar att bli tillfrågad. Det är också sannolikt så, att de mottagningar som gör seriösa uppföljningar av den här typen är måna om att insatserna skall vara av god kvalitet och kanske utgör ett positivt urval bland likvärdiga verksamheter.

Slutligen bör man komma ihåg att den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården endast är en instans som finns till för att ge stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Många potentiella brukare stiger aldrig över mottagningströskeln. Den höga graden av "nöjdhet" kan ses som ett uttryck för att man inom öppenvården arbetar väl med flertalet av de barn, ungdomar och familjer som söker sig dit.

Mindre nöjda intresseorganisationer

Intresseorganisationerna i vår referensgrupp ger en mindre ljus bild. Flertalet av dem företräder specifika diagnosgrupper, och de kan alla ge exempel på hur svårt det kan vara att få hjälp. Ofta har vägen fram till kunnigt bemötande varit lång (t.ex. konferensen Familjens nätverk 1996, föräldragruppen vid Nytorgets dagbehandlingsavdelning 1997). För att denna ska göras smidigare krävs förstärkt uppmärksamhet i basverksamheterna.

Det finns ett allmänt önskemål om ökad tillgång på specialiserad kompetens just då det gäller den egna diagnosgruppen. Det behövs "kraftcentra" som kan samla erfarenheter, driva utvecklingsarbete och ta sig an de svåra problemen, anser man. Specialenheter är mycket uppskattade av brukare. Det visar både internationella studier (Rosenbaum

1995) och vår referensgrupps samlade erfarenheter. Att få komma till en specialenhet innebär att man får adekvat professionell hjälp – men också att man känner sig förstådd, respekterad och mindre ensam med sina svårigheter (Lotsen PBU 1996, BUH Myrberga 1996 m.fl.). Samtidigt framför vår referensgrupp att det ligger en fara i att behov ställs mot behov, då "alla vill ha plusteam". Specialiseringen får inte ske på bekostnad av tillgänglighet och ett gott generellt stöd, som är allmänt tillgängligt och utgör ett första skyddsnät (intresseorganisationerna; Sjöholm-Lif 1997, Stenhammar 1997).

Flera intresseorganisationer vittnar om att prestigetänkande kan utgöra reella hinder för samverkan och smidiga remissgångar. Personalen inom en viss verksamhet kan vara obenägen att remittera vidare eller samverka, eftersom de anser att de borde klara av problemet själva. Det kan finnas en ovilja att avbryta den behandlingskontakt man en gång tagit sig an. Detta kan vara särskilt påtagligt, då det råder motsättningar mellan olika förklarings- och behandlingsmodeller, som är fallet då det gäller exempelvis ätstörningar.

6.1.5 Brukarsynpunkter från barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård

Förhållandevis få barn och ungdomar kommer i kontakt med slutenvården. År 1996 rörde det sig om cirka 4 000 intagningar, vilket kan förmodas betyda ett något mindre antal barn (se kapitel 7). Det är alltså en förhållandevis liten skara "brukare" vi här talar om, men det är individer som har haft den intensivaste och mest genomgripande kontakten med barn- och ungdomspsykiatrin. Detta visar sig då man tar del av de kvalitetsuppföljningar som gjorts. Här möter man inte så många ljumma eller diffust välvilliga svar. De synpunkter som förs fram är färgade av betydligt starkare känslor och åsikter, både positiva och negativa, än vad som är fallet inom öppenvården. Det är framförallt kritiken som uttrycks i målande termer; är man nöjd lägger man inte så ofta ut texten utöver konstaterandet att det varit bra. Till saken hör att undersökningsgrupperna också är relativt små, och att större utrymme givits åt kvalitativa svar.

Ungdomar och föräldrar

Vi har vare sig inom öppen- eller slutenvården stött på någon undersökning där yngre barn själva tillfrågats om sina vårderfarenheter. Där emot har man ofta inkluderat ungdomar från 12 år och uppåt. I till-

gängliga undersökningar från den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården har man konsekvent gjort detta; i ett fall har barn tillfrågats från 10 års ålder (Nerström-Bjerre 1993). I flertalet undersökningar har också föräldrarna ombetts ge sin syn.

Ungdomarna i de undersökningar vi tagit del av har i många fall vårdats mot sin vilja. I knappa enkätsvar beskriver många av dem tydligt nog känslor av maktlöshet, olust och ensamhet under vårdtiden. En del är kritiska mot att föräldrarna har för stort inflytande och att personalen inte lyssnar tillräckligt på ungdomarna själva. Föräldrarna å andra sidan är oftast nöjda med slutenvården. Inläggningen har skett i ett mycket pressat skede, och för det mesta på föräldrarnas initiativ. På olika sätt framskymtar det att föräldrarna behövt vila och avlastning, och att de också behövt uppmärksamhet för egen del (Lindh m.fl. 1995, BUP Gävle 1995, Engqvist 1995, Möller & Wettergren 1994). De uppskattar det bemötande och den förståelse de mött på avdelningen/behandlingshemmet. Såväl ungdomar som föräldrar önskar dock bättre information om utredning, åtgärdsplaner och medicinering.

Tycker man att man fått hjälp?

Ungdomarna mår i allmänhet betydligt bättre vid undersökningstillfället än under inläggningen. Att slutenvården skulle ha varit av betydelse för den positiva utvecklingen anser dock mindre än hälften av ungdomarna (varierar mellan 30 % och 50 %; Martinsson & Grönnevik 1994, Lindh m.fl. 1995), medan flertalet föräldrar tillmäter den en stor betydelse. En minoritet föräldrar tycker dock inte att vården bidragit med något positivt.

En studie från en familjebehandlingsavdelning följer mönstret att föräldrarna är mer nöjda än barnen. Samtidigt uppger dessa föräldrar att hjälpen varit otillräcklig och att familjebehandlingen skulle behövt följas upp på ett tydligare sätt (Nerström-Bjerre 1993).

Intresseorganisationerna i vår referensgrupp är eniga i sin syn att de äldre tonåringarna med psykiska problem riskerar "falla mellan stolarna". De behöver både barnpsykiatrins familjeperspektiv och vuxenpsykiatrins bemötande av dem som självständiga individer, i en avvägd form. Vi ägnar denna problematik särskild uppmärksamhet i avsnitt 9.6.

6.1.6 RUS undersökning – Synpunkter från unga vuxna med brukarerfarenhet

För kommitténs räkning har Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa (RUS) gjort en undersökning bland sina medlemmar kring hur de ser på diagnoser och på den behandling och det bemötande de fått. Av drygt hundra enkäter som distribuerats genom föreningskontakter, återsändes 32 ifyllda till RUS/RSMH:s kansli. På grund av bortfallet är det svårt att bedöma hur pass representativa svaren är, men kvaliteter i dem är likväl av stort intresse.

Vilket värde har en diagnos?

RUS-medlemmarna ger här blandade och nyanserade svar. På den positiva sidan nämns att en diagnos har "värde för behandling", att den kan få en att "inse att man behöver söka hjälp" och att den kan vara en "trygghet" i det att "man förstår sig bättre själv".

De negativa erfarenheterna av en diagnos finns förvisso också. En diagnos "försämrar självförtroendet", den är "som att få en stämpel" och den riskerar "bli kvar fast man själv förändras". Några uttrycker att en diagnos inte har något värde alls, och en svarande framhåller det ensidigt destruktiva: "diagnosen ledde till missbruk".

Man har funderingar kring om diagnoser kanske är mindre viktiga för barn och ungdomar än vad de är inom vuxenpsykiatrin. Det kan vara lätt att sätta fel diagnos, eftersom barn inte kan förklara sig och beskriva sina upplevda svårigheter så tydligt. Det får inte heller bli så att en tidig diagnos blir "en livstidsdom".

Kritik mot medicinering

Majoriteten av de svarande beskriver negativa erfarenheter av medicinering. Även de som anser att de nog behövde medicin, har ofta obehagliga minnen av biverkningar och svårigheter att hitta rätt typ och dosering. I samband med medicinering, framträder en hel del bitterhet mot vården.

Vad brister i samhällets stöd?

Många tycker att de fått otillräckligt stöd i skolan, och vissa uttrycker att skolan borde sett problemen tidigare. Flera bär på en allmän besvikelse över att ingen, vare sig i eller utanför skolan, sett och ingripit i ett

tidigt skede. – Men det finns också röster som uttrycker sin belåtenhet med det stöd man fått i skolan och på arbetsplatsen.

Många av ungdomarna har erfarenhet av att det blir ett glapp mellan skolan och arbetslivet, och mellan försäkringskassan och de arbetslivsinriktade stödåtgärderna.

Ett krisperspektiv

RUS är kritisk mot sjukdomsbegreppet inom psykiatrin, och anser inte att kommittén bör ta ställning till vad som är sjukt eller inte. Man föreslår i stället att psykiska problem skall ses som en krisreaktion, och att problemet inte skall ses isolerat utan också som en del av personens miljö.

RUS uttrycker i rapporten djup oro över dagens stora nedskärningar av antalet vuxna i barnens och ungdomarnas miljöer. Det finns för få som kan se barnet och ungdomen i kris, och då problemet vuxit sig tillräckligt stort hänvisar man till experter, det vill säga till psykiatrin. Om psykiatrin inte har ett helhetsperspektiv utan arbetar med ett snävt individinriktat diagnostänkande, finns risk för att dagens barn och ungdomar som utsätts för stora påfrestningar dessutom stämplas som sjuka, framhåller RUS.

6.1.7 En stärkt ställning för brukare

Delaktighet bör prägla såväl den individuella vården som den övergripande planeringen. Detta är ett synsätt som alltmer vunnit inträde, i samhället i stort och mest handfast i beslut och riktlinjer som rör hälso- och sjukvården. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har gjort en grundlig genomlysning av frågor som rör patientinflytandet i vården (Patienten har rätt, SOU 1997:154). HSU 2000 noterar att dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning, i första hand HSL (1992:763) och åliggandelagen (1994:953), är baserad på skyldigheter för sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal. Den tar alltså inte sin utgångspunkt i patientens perspektiv. Mot denna bakgrund föreslår HSU 2000 att regeringen tar initiativ till en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att skyndsamt åstadkomma en patientfokuserad lagstiftning och tydlig reglering av patientens ställning. Välinfomerade patienter som ges tillfälle att utöva inflytande i det kliniska beslutsfattandet är en tillgång för hälso- och sjukvården.

God vård på lika villkor kräver att även svagare grupper i samhället tillförsäkras rätten till valfrihet, inflytande och delaktighet i vården. Människor med psykiska problem hör ofta till dem som har svårt att göra sina röster hörda. I Socialstyrelsens nyligen avslutade nationella översyn av den psykiatriska vården (Socialstyrelsen 1997:8) framhålls också att patientens och anhörigas ställning behöver stärkas. Vården skall planeras tillsammans med de närmast berörda, dvs. i vårt fall med barnet/den unge och föräldrarna. Representanter för "brukarna" skall inbjudas att delta i verksamhetsplaneringen, och i arbetet med kvalitets-säkring bör "brukarrevisioner" vara ett inslag, anser Socialstyrelsen.

6.1.8 Våra överväganden

På olika vägar har vi fått ta del av brukares upplevelser av bemötande, vård och stöd, med särskilt fokus på insatsernas ändamålsenlighet och effektivitet, tillgänglighet, graden av samordning och samarbete mellan olika verksamheter, samt om man anser att man hade kunnat få hjälp tidigare. Brukarna uttalar sig om vitt skilda problem, insatser och erfarenheter, och vi har eftersträvat att arbeta in deras synpunkter i de avsnitt av betänkandet där de sakinnehållsligt hör hemma. På grund av områdets bredd är det svårt att på ett enkelt sätt sammanfatta dessa synpunkter. Mycket allmänt kan dock följande sägas:

- Att bli tagen på allvar och få sin syn på problematiken respekterad nämns återkommande som ett kvalitetskriterium på insatserna. Detta tycks utgöra en viktig grund för ett positivt förändringsarbete.
- Tillgänglighet är inte liktydig med geografisk närhet; man är villig att förflytta sig för att få kompetent bemötande. Svårigheten vad beträffar tillgänglighet är att hitta rätt och veta vart man skall vända sig. Till specialiserad vård är väntetiderna ofta långa, vilket är särskilt negativt då problematiken är komplicerad och förenad med ett stort lidande för barn och familj. Man uttrycker ofta en önskan att insatserna skall följas upp och att det skall finnas någon att vända sig till exempelvis per telefon, även efter det akuta skedet.
- Samordning och samarbete mellan olika verksamheter är en förutsättning för att vardagen skall fungera. Brister i detta hänseende blir skriande uppenbara för barn och familj. Många föräldrar kommenterar att de ser att resurser utnyttjas ineffektivt. De brister i samarbetet som vi diskuterar och föreslår åtgärder för i kapitlen 8 och 9 kan omvittnas av berörda brukargrupper.
- Att få hjälp i tidigare skeden är ett önskemål som ofta framkommer. Barnhälsovård och skolans elevvård inklusive skolhälsovården till-

mäts stor betydelse. Många föräldrar har erfarenheter av att vägen till hjälp varit lång, beroende både på att man själv helst vill att allt skall vara " normalt " och att de professionella man mött inte varit tillräckligt alerta. Den egna oron och beredskapen att ta emot hjälp finns där, men man är samtidigt ambivalent och låter sig gärna tillfälligt lugnas.

Vi har fått tillgång till brukarsynpunkter rörande basverksamheter som barnhälsovården, skolan och barnomsorgen. Beträffande riktade insatser är det brukare av barn- och ungdomspsykiatri och av barnhabiliteringen som gjort sig hörda. Alltför lite har sagts om socialtjänstens individ- och familjeomsorg, även om vissa av intresseorganisationerna i vår referensgrupp har förmedlat en del sådana erfarenheter. Det gäller framförallt Familjehemmens Riksförbund, som i någon mån har kunnat göra sig till tolk för barn och ungdomar med psykiska problem och social problematik. Vi måste dock konstatera att dessa barn inte för egen del är tydligt företrädna i någon intresseorganisation och att de även i övrigt har svårt att göra sig hörda. Socialtjänstens verksamhet är tillika mycket varierad och det är många typer av insatser som man egentligen skulle vilja ha brukarnas syn på. För den del av socialtjänstens insatser som rör sig om myndighetsutövning måste brukarinflytandet ges en delvis annan innebörd och i det praktiska arbetet tillämpas på andra villkor. Att hitta sätt att utveckla arbetet i samspel med brukarna är en utmaning för socialtjänsten.

En begränsning i vårt samlade material är att barn under 12 år knapast tillfrågats om sina brukarerfarenheter. I enlighet med Barnkonventionen, artikel 12, bör barnen och ungdomarna själva få ge sin syn. Detta bör tillämpas i det enskilda fallet, vid alla typer av insatser. Då det gäller utvecklingsarbete bör ungdomar och barn över en viss ålder tillfrågas om sin syn på insatserna. Arbetet mot mobbning är ett tydligt exempel där det ter sig självklart att insatserna ute på skolorna utformas i samråd med de närmast berörda, det vill säga eleverna. Barns medverkan vid utvärdering och utveckling av riktade insatser kräver noggranna etiska och även metodmässiga överväganden. Ungdomar bör engageras aktivt då man utvecklar nya arbetssätt för åldersgruppen 16-25 år (se avsnitt 9.6).

Olika intresseorganisationer bedriver ett omfattande arbete till en mycket låg kostnad. Vissa finansierar hela sin verksamhet genom medlemsavgifter och andra genom frivilliga bidrag. Arbetet innefattar informationsspridning, attitydpåverkan och även direkta stödjande insatser. Deras roll torde framgent bli allt viktigare, inte minst genom att de aktivt inbjuds att delta i utvärderingar och i planeringsarbete.

Alla verksamheter som bedriver insatser för barn och ungdomar med psykiska problem bör eftersträva ett ökat brukarinflytande.

6.2 Barnomsorgen och barn med psykiska problem

Vår bedömning: God pedagogisk verksamhet inkluderande kontinuitet i grupp- och vuxenkontakter är kvalitetskrav som vi ställer på barnomsorgen. Möjligheterna för föräldrar att påverka innehållet i verksamheten utifrån sina barns behov hör också hit. Lagstiftningen kring barnomsorgen i Sverige har ett starkt barnperspektiv. Speciellt stora krav ställs på hjälp och stimulans till barn i särskilda behov.

Kommuner har dock svårt att leva upp till dessa krav, framförallt när det gäller barn med psykiska och/eller psykosociala problem. Samtidigt har förskolan de bästa möjligheterna att tidigt upptäcka problem, motivera familjen att söka hjälp och ge konkret stöd till barnet inom förskolan. För barn som har ett långsiktigt behov av stöd är barnets vardag och det som händer i barnets närhet ofta helt avgörande. Olika stödinsatser inom barnomsorgen för barn med psykiska eller psykosociala problem är därför, i ett längre perspektiv, väl investerade medel.

Det finns 500 000 barn (0-6 år) inskrivna i barnomsorgen, vilket utgör ca 75 % av samtliga barn i åldersgruppen. Inom barnomsorgen ges extra stöd till barn i behov av särskilt stöd, t.ex. genom resurspersonal/förstärkningstimmar eller nedskärningar av antalet barn i barngruppen. Personalen får ofta handledning av psykolog, specialpedagog eller annan erfaren och kunnig person.

Hur många barn som beviljas stöd inom barnomsorgen för psykiska eller psykosociala problem är svårt att uppskatta, men enligt vår enkätundersökning uppgick resurserna för stödinsatser per inskrivet barn (1-6 år) och år till 1 000 kr. Resurserna är något större i storstäderna, främst i Stockholm och Malmö. Vi vill här också nämna den öppna förskolan som utgör ett viktigt förebyggande inslag för många genom att skapa kontaktytor för både barn och föräldrar. Öppna förskolan är särskilt viktig för familjer som består av bara en förälder eller familjer där en eller båda föräldrarna är arbetslösa. I kapitel 7 redogörs närmare för kostnader för insatser inom barnomsorgen för målgruppen barn i behov av särskilt stöd, och då särskilt barn med psykiska eller psykosociala problem.

6.2.1 Barnomsorgens ansvar

Bestämmelser om barnomsorg finns, sedan den 1 januari 1998, i skollagens 2 a kapitel (SFS 1997:1212). Där sägs att förskoleverksamhetens uppgift är att genom pedagogisk verksamhet erbjuda barn fostran och omvårdnad. Skolbarnomsorgens uppgift är att komplettera skolan samt erbjuda barn en meningsfull fritid och stöd i utvecklingen (3 § första stycket).

Det bör finnas personal med sådan utbildning eller erfarenhet att barnens behov av omsorg och en god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Barngrupperna skall ha en lämplig sammansättning och storlek och lokalerna skall vara ändamålsenliga (3 § andra stycket).

Förskoleverksamheten och skolbarnomsorgen skall utgå från varje barns behov. Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling skall ges den omsorg som deras speciella behov kräver (3 § tredje stycket).

Riktat ansvar

Barn i behov av särskilt stöd fick genom en egen bestämmelse i förskolelagen som tillkom år 1975 rätt till plats före sex års ålder i den allmänna förskolan, som då infördes. Kommunerna ålades även att bedriva uppsökande verksamhet bland barnfamiljer för att erbjuda barn som hade behov av det plats i förskolan. I samband med barnomsorgslagens tillkomst år 1977 utvidgades bestämmelsen till att gälla även förtur till fritidshem. Bestämmelsen om barn i behov av särskilt stöd finns numera i skollagens 2 a kapitel 9 § (SFS 1997:1212) med följande lydelse:

Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling skall anvisas plats i förskola, fritidshem eller integrerad skolbarnomsorg, om inte barnens behov av sådant stöd tillgodoses på något annat sätt.

Kommunen skall genom uppsökande verksamhet ta reda på vilka barn som behöver anvisas plats enligt första stycket. Kommunen skall verka för att barnen utnyttjar den anvisade platsen och informera föräldrarna om verksamheten och syftet med denna.

Om ett barn efter beslut av en kommun vistas i familjehem eller i hem för vård eller boende i en annan kommun, har den kommun som beslutat om vistelsen ansvaret för det individuellt behovsprövade stöd enligt första stycket som barnet kan behöva. Placeringskommunens ansvar upphör om ärendet överflyttas enligt 72 § socialtjänstlagen (1980:620).

De barn som här avses har rätt till förskoleplats oberoende av om föräldrarna förvärvsarbetar/studerar. Rätten till plats gäller heller inte bara

tillgången utan även en verksamhet av sådan kvalitet att barnet får sina behov av särskilt stöd tillgodosedda.

Skyldigheten att bedriva uppsökande verksamhet för att ta reda på vilka barn som behöver barnomsorg kräver att kommunerna är förtrogna med barnfamiljernas villkor i ett område och att man har ett gott samarbete med barnhälsovård, barnhabilitering, socialsekreterare m.fl.

6.2.2 Barn i behov av särskilt stöd

I Socialstyrelsens allmänna råd 1991:1 och 1995:2 konkretiseras begreppet barn i behov av särskilt stöd till barn med funktionshinder, till vilka hör förståndshandikappade, rörelsehindrade, hörselskadade eller döva samt synsvaga eller blinda. Hit hör också barn med medicinska handikapp och barn med autism. Andra exempel på barn i behov av särskilt stöd är barn med koncentrationssvårigheter, språk- och talsvårigheter, inlärningssvårigheter, känslomässiga och/eller psykosociala svårigheter, flyktingbakgrund och slutligen barn som far illa.

I propositionen till socialtjänstlagen sägs att begreppet inte i första hand syftar på en bestämd och avgränsad grupp barn utan uttrycker mer att vissa barn tillfälligt eller mer varaktigt kan ha behov av att få särskild uppmärksamhet och behöver mer av de vuxnas stöd och förståelse än andra (prop. 1993/94:11). Det rör sig med andra ord om barn som ställer särskilda krav på personalen.

Sjöberg har i en undersökning av barn i behov av särskilt stöd i Stockholm dragit slutsatsen att det inom förskolan finns två nivåer som bestämmer begreppet barn i behov av särskilt stöd. Den första nivån består av de barn som behöver mycket stöd inom flera områden och motsvarar de barn som personalen vanligtvis söker extraresurser för. Dessa barn behöver särskilda insatser oberoende av barngruppens storlek och sammansättning och/eller personalens kompetens. Den andra nivån är den grupp barn som förskolepersonalen också betecknar som barn i behov av särskilt stöd, men vars svårigheter de själva försöker lösa genom ordinarie förskolepedagogik, ibland med stöd av handledning. När personalen bedömer denna grupp tar man med yttre faktorer som personalens kompetens, barngruppens storlek, oron för brister i hemmiljön m.m. (Sjöberg 1997).

Kartläggningar som gjorts av länsstyrelser och ett 20-tal kommuner under åren 1992-1996 visar på att andelen barn som bedöms behöva särskilt stöd ofta anges till mellan 5 och 10 %. Andelen är dock avsevärt högre i vissa utsatta, flyktingtäta stadsdelar i storstäderna (Socialstyrelsen 1997:7).

Det är svårt att avgränsa andelen barn i behov av särskilt stöd för sina känslomässiga och/eller psykosociala behov. Bedömningen om ett barn är i behov av särskilt stöd påverkas bl.a. av bedömarens referensram. Bråkiga barn tenderar oftare än andra att tillhöra gruppen barn i behov av särskilt stöd (bl.a. Sundell 1995).

Flyktingbarnen utgör en grupp barn som ofta bedöms behöva särskilt stöd. I små kommuner tycks flyktingskapet i sig anses tillräckligt för bedömning att barnet behöver särskilt stöd. I större kommuner redovisas normalt dels den totala andelen flyktingbarn i barnomsorgen, dels deras andel av olika behovsgrupper och då särskilt av gruppen som har språksvårigheter (Socialstyrelsen 1997:7).

Mycket tyder på att andelen barn i behov av särskilt stöd inte ökat generellt men att det däremot skett en ökning i vissa storstadsområden. Antalet flyktingbarn, lågkonjunktur och arbetslöshet, samt även de stora barngrupperna, kan resultera i en ökning av antalet barn i behov av särskilt stöd. Det sistnämnda då personalen blir mer sliten och har mindre tid att arbeta enskilt med barn som skulle behöva det (Socialstyrelsen 1997:7).

6.2.3 Rutiner vid placering, uppföljning och utvärdering

För varje barn som bereds plats i förskolan och som är i behov av särskilt stöd rekommenderar Socialstyrelsen att en särskild planering görs. Av denna skall framgå vilka särskilda resurser som kan behövas. Barns speciella behov måste få påverka verksamheten och personalen måste ha redskap för detta. Det kan handla om extraresurser men också om särskild utbildning för personalen (Socialstyrelsen 1991:1).

De flesta kommuner har rutiner för handlingsplaner (individuella planer) och uppföljning vid placering av barn i behov av särskilt stöd. I praktiken tycks dock rutinerna inte följas och det saknas ofta handlingsplaner.

Endast för 30 % av barnen i en undersökning i Stockholm upprättades handlingsplaner trots att socialförvaltningen i Stockholm för drygt tio år sedan (1985) gav ut riktlinjer för vad en handlingsplan skulle innehålla (Sjöberg 1997). Föräldramedverkan tycks också ofta saknas. Av 16 handlingsplaner i stockholmsundersökningen hade föräldrarna deltagit i diskussion om handlingsplanen endast i tre fall (Sjöberg 1997).

I allmänna råd från Socialstyrelsen betonas också vikten av rutiner och att dessa följs. Personal uppfattar ofta handlingsplaner som effektiva instrument. Svårigheten är dock enligt uppgift att man inte ute i

verksamheterna har tid för planering. Barngruppernas storlek och många små barn i grupperna gör att det är svårt att, genom att ta över varandras barngrupper, lösgöra tid för planering och uppföljning (Socialstyrelsen 1997:7).

Samarbete

Samarbete mellan olika verksamheter är viktigt när barn är i behov av särskilt stöd. Mycket kan underlättas genom att man från specialishåll (t.ex. BUP, barnhabilitering, socialtjänstens individ- och familjeomsorg) aktivt informerar familj och nätverk, inklusive personal i barnets närmiljö, om barnets problem, arten och innebörden av dem. Målet är att skapa förståelse för barnet och att på ett rimligt sätt anpassa miljön efter barnets förutsättningar. Barnomsorg och skola bör, i arbetet med enskilda barn, kunna erbjudas och ta emot stöd och handledning från BUP och habilitering. På så vis kan man undvika att beteendeproblem tolkas helt och hållet som uttryck för barnets egna svårigheter, och inte beakta att miljön ibland är dåligt avpassad för dessa. Det generella stöd, som alla barn har rätt till, skall således anpassas efter barnets individuella förutsättningar (hearing med brukarorganisationer 16 april 1997).

Innehållet i verksamheten

I barnomsorgen skall alla barn få uppleva en trygg och kärleksfull omsorg och positiv gemenskap. De skall få stöd för en allsidig personlighetsutveckling – fysiskt, socialt, emotionellt, intellektuellt och språkligt – och de skall få utveckla sin kompetens på sociala och andra områden. Barnen skall också få vidgade kunskaper om sig själva och sin omvärld samt fostras till demokratiska värderingar.

Barnomsorgen är ett pedagogiskt utvecklingsstöd. Att barnet och familjen också kan behöva annat stöd än det som kan ges inom barnomsorgen varken förringar eller förändrar barnomsorgens uppgift och betydelse (Socialstyrelsen 1991:1).

Förväntningarna på barnomsorgen måste alltså vara realistiska. För barnet och familjen är det viktigt att inte överskatta barnomsorgens möjligheter att lösa problem eller att t.ex. kompensera för brister i hemmiljön. Samtidigt är det viktigt att så tidigt som möjligt fånga upp problem och svårigheter. För att fånga upp psykiska problem så tidigt som möjligt behövs kunskaper om psykiska problem på alla nivåer. I

våra kontakter med brukarorganisationer har poängterats vikten av att vuxna måste vara villiga att se vad barnet signalerar. Man måste våga fråga vidare, exempelvis då ett barn har diffusa symtom, man måste våga bry sig (hearing med brukarorganisationer 16 april 1997).

Barn med svårigheter behöver tillrättalagda insatser och särskild hjälp i förskolan. Hur har detta ordnats? Tidigare undersökningar visar att personalen försöker ta särskild hänsyn till barn i behov av detta, att man försöker stimulera barnens självkänsla, uppmuntra barnen, lotsa dem in i barngruppen, ägna barnet extratid, ge känslomässigt stöd och närkontakt (bl.a. Wiechel 1981, Remberger & Wallner 1977, Socialstyrelsen 1991:1).

Vår enkätundersökning visar att den vanligaste insatsen för att stödja barn i särskilda behov är att man anställer stödpersonal, vilket 67 % av de svarande kommunerna uppger. 41 % anger gruppverksamhet och/eller specialavdelning medan 32 % har konsultteam. Övriga har på andra sätt förstärkt sin verksamhet.

Den generella kvaliteten i barnomsorgen är avgörande för hur stödet till de barn som har svårigheter av olika slag kan utformas. Om barngrupperna är för stora eller alltför arbetskrävande är det svårt att hinna och orka med de barn som behöver extra stöd. Detsamma gäller om personalgruppen är instabil med omsättning av personal och/eller oerfaren personal. För att innehållet i verksamheten skall kunna anpassas till olika barns behov krävs kunskaper hos personal, medvetet arbetssätt och en ändamålsenlig organisation av verksamheten. En allmänt hög standard räcker dock inte alltid utan utöver detta behövs särskilda insatser.

Vanliga stödinsatser är, förutom fortbildning och handledning för personal, att man höjer personaltätheten genom att tillsätta resurstimmar/resurspersoner (stödpersonal) eller genom att minska barngruppen. På många håll i landet finns också särskilda program riktade till vissa grupper av barn.

Resurspersoner

I de flesta kommuner finns möjlighet att få personalförstärkning för barn i behov av särskilt stöd. Enligt Socialstyrelsens undersökning är det dock endast i genomsnitt 10 % av de barn som bedöms ha behov av särskilt stöd som fått det i form av resursperson. Den absoluta majoriteten av dem som har resursperson är barn med psykiska eller fysiska funktionshinder (Socialstyrelsen 1997:7).

Sjöberg (1997) fann i sin undersökning att tre olika fokus förelåg då personal sökte resurspersoner till barn i behov av särskilt stöd på grund av psykosociala orsaker. Man sökte resursperson med:

- Fokus på barnets behov. Vad är bäst för barnet? Vi måste ha resurser för att hjälpa barnet.
- Fokus på gruppens behov. Vad är bäst för den övriga gruppen? Hur skall vi undvika att den övriga gruppen drabbas av att detta barn ingår i gruppen?
- Fokus på personalens behov. Vad är bäst för personalen? Hur skall vi klara arbetet?

Det har i olika sammanhang diskuterats på vilket sätt resurspersoners arbete bäst skall tas tillvara för hela gruppen eller för det enskilda barnet. Åsikterna har varierat. Det som talar för att resursperson skall arbeta med hela gruppen är bl.a. att det i dag många gånger handlar om ny oerfaren personal som kommer in extra som resurs, och att en av de erfarna pedagogerna i gruppen i stället kan ägna mer tid åt det barn som har svårigheter.

Sjöbergs slutsats är dock att mycket tyder på att det blir bättre för barnet då resurspersonen har fokus på barnet och inte hela gruppen och då även ansökan motiverats med "fokus på barnets behov" (Sjöberg 1997).

Socialstyrelsen konstaterar i sin undersökning att resurspersonerna har lägre utbildningsnivå än ordinarie personal, vilket är otillfredsställande då det krävs god pedagogisk kompetens för att kunna stödja dessa barn så att de kan tillgodogöra sig barnomsorgens stimulans och samvaron i barngruppen. Vidare anser Socialstyrelsen att "det är en klar fördel om det i kommunerna finns en grupp personal, som tillåts utveckla specialkompetens att ta hand om barn i behov av särskilt stöd. Det ger också möjlighet till en planerad och genomtänkt fortbildning" (Socialstyrelsen 1997:7). Vi delar denna bedömning och vill understryka specialpedagogernas roll och vikten av att det inom barnomsorgen finns duktig pedagogisk personal. Regelbunden handledning och möjligheter att konsultera specialister vid behov är ytterligare ett sätt att bevara kvaliteten och höja kompetensen.

6.2.4 Personal anställd inom barnomsorgen för att arbeta med barn i behov av särskilt stöd

I vår undersökning uppger 77 % att man har tillgång till psykolog, 62 % uppger sig ha barnskötare/förskollärare, 19 % fritidspedagog. I övrigt anställs kuratorer, barnomsorgskonsulenter, specialpedagoger m.fl.

I antal timmar räknat är barnskötare/förskollärare den största gruppen.

Konsultation och handledning

I drygt hälften av landets kommuner har personalen inom barnomsorgen möjlighet att få konsultation av både psykolog, talpedagog och specialpedagog. Tillgången till konsultation och handledning är avsevärt sämre i små kommuner än i stora kommuner. Endast i elva kommuner har personalen inte tillgång till någon av ovanstående yrkesgrupper (Socialstyrelsen 1997:7).

Tillgången till konsultation och handledning ger dock ingen säker bild av hur detta fungerar på enskilda barnstugor. Det innebär heller inte att behovet är täckt. Enligt Socialstyrelsens undersökning kan ett problem vara att personalen inte har tid att söka handledning i den omfattning de skulle behöva. Likaså mörknar bilden vid närmare granskning av vissa storstadsområden. I Göteborg saknar 30 % av kommundelarna tillgång till specialpedagog för förskolan. I Malmö saknar drygt 30 % av distrikten konsultationsmöjligheter från talpedagog. Andra yrkesgrupper man önskar konsultera, men som det ofta saknas möjligheter till, är förskolekonsulent från barnhabiliteringen och syn- och hörselvårdskonsulent. Även socialsekreterare nämns med tillägget "vid misstanke att barn far illa" (Socialstyrelsen 1997:7).

Nedskrivning av barnantalet

Som alternativ till personalförstärkning används ibland nedskrivning av barnantalet i en barngrupp för att åstadkomma personalförstärkning. Det är dock inte lika vanligt som personalförstärkning. Bara cirka hälften av kommunerna i Socialstyrelsens undersökning använder sig av den möjligheten. Socialstyrelsen anser att nedskärningar av barnantalet ibland kan vara en bättre åtgärd än att förstärka personalresurser till en stor barngrupp, och anser därför att det är otillfredsställande att denna möjlighet inte utnyttjas mer (Socialstyrelsen 1997:7).

Särskilda specialiserade stugor eller resursavdelningar

Integration är ett av honnörsorden i svensk barnomsorg. Verksamheten skall vara av så hög kvalitet att alla barn skall få sina behov tillgodosedda. När barn har svårigheter är principen att stöd skall sättas in så att barnet kan vara kvar i barngruppen. Det finns dock en del barn som

behöver mer anpassade grupper. I dag när barngrupperna blivit allt större ökar också behovet av mindre grupper med specialiserad omsorg.

Två typer av lösningar har varit vanligast. Antingen en resursavdelning där några platser varit vikta för barn med en speciell typ av svårigheter eller en specialavdelning där samtliga platser varit avsedda för barn i behov av särskilt stöd.

Cirka hälften av landets kommuner har resurs- eller specialavdelning inom barnomsorgen. Nästan alla större kommuner har en sådan avdelning medan ca 40 % av de mindre kommunerna har det. Specialavdelningar inom förskolan finns främst för barn med autism, multi-handikappade barn och flyktingbarn. För var och en av dessa grupper finns specialavdelningar i 15-20 % av kommunerna (Socialstyrelsen 1997:7).

Enligt Socialstyrelsen har antalet resurs- och specialavdelningar ökat med ca 20 % jämfört med en statistisk undersökning som Socialstyrelsen gjort år 1991. Ökningen förefaller gälla avdelningar för barn med autism och för flyktingbarn (Socialstyrelsen 1997:7).

Enligt vår egen undersökning har 45 % av de kommuner som svarat särskilda program för flyktingbarn och 40 % har särskilda program för barn med invandrabakgrund inom barnomsorgen. Däremot har bara 15 % av de svarande angivit att de har särskilda program för barn till föräldrar som har missbruksproblem.

6.2.5 Måldokument för barn i behov av särskilt stöd

Kommunerna bör formulera måldokument för barnomsorgsverksamheten som utgår ifrån nationella mål för verksamheten (prop. 1993/94:11). Det skall finnas en uttalad policy och en genomtänkt strategi för arbetet med barn i behov av särskilt stöd (Socialstyrelsen 1995:2).

I en stor majoritet av kommunerna med fler än 30 000 invånare finns det en central befattning som arbetar med barn i behov av särskilt stöd. Kommuner med sammanslagen central administration för skola och barnomsorg har oftare måldokument för barn i behov av särskilt stöd än övriga kommuner. Enligt Socialstyrelsen har dock alltför få kommuner dokument som preciserar målen för barn i behov av särskilt stöd inom barnomsorgen. En klart formulerad viljeinriktning och målsättning för verksamheten är nödvändig för att de verksamhetsansvariga skall kunna styra och värdera det arbete som görs (Socialstyrelsen 1997:7). Vi instämmer i denna bedömning.

6.2.6 Besparingar och effekter av dessa för barn i behov av särskilt stöd

Inom barnomsorgen har de vanligaste besparingsstrategierna bland kommunerna varit att minska personalen och öka barngruppernas storlek (Socialstyrelsen 1994:4). Under hela 1980-talet gick det i genomsnitt ca fyra barn per heltidsanställd vid daghemmen, år 1995 närmare sex barn (Socialstyrelsen 1996:6). Antalet inskrivna barn ökade med 30 % under perioden 1990-1995. Trots detta kostade barnomsorgen i fasta priser t.o.m. något mindre i slutet av perioden än i början (Socialstyrelsen, AU 1994).

Socialstyrelsen har i flera undersökningar dragit slutsatsen att resurser till barn i behov av särskilt stöd snarare ökat än minskat (Socialstyrelsen, AU 1992, 1994 och 1995). I undersökningarna framkom dock även att kommunerna inte ansåg sig ha möjlighet att tillgodose de behov som fanns (Socialstyrelsen, AU 1992). Det gäller speciellt barn med psykosociala behov som inte lika lätt låter sig fångas upp i diagnoser. För dessa barn anses den generella kvaliteten helt avgörande.

I vår undersökning anger 82 % av de tillfrågade att de inte fått minskad ekonomisk ram för vår målgrupp. Av övriga uppgav 12% att den ekonomiska ramen minskat, medan 6% hade oförändrad ram men med ökat barnantal.

6.2.7 Våra överväganden

God pedagogisk verksamhet inkluderande kontinuitet i grupp- och vuxenkontakter är kvalitetskrav som vi ställer på barnomsorgen. Möjligheterna för föräldrar att påverka innehållet i verksamheten utifrån sina barns behov hör också hit.

Vi har i avsnitt 4.6 behandlat frågan om barnomsorgens betydelse för barn till arbetslösa och ansett att en generös bedömning av barnets eget behov enligt 2 a kap. 6 § skollagen, där man även beaktar förskolans möjlighet att förebygga psykisk ohälsa, bör kunna göras. Vi har i samma avsnitt uttalat att barn måste få finnas i grupper som är någorlunda stabila, och därmed utdömt tillfälliga placeringar av barn inom barnomsorgen.

Generellt torde man kunna säga att större barngrupper kräver mer kompetent och erfaren personal för att bibehålla hög kvalitet. Det finns risk för att stora barngrupper blir oroliga vilket gör tillvaron för känsliga barn svårare. Alltför stora barngrupper kan vidare leda till allmänt sämre villkor för personalen och bl.a. försvåra deras möjligheter att planera. Vi anser att nedskrivning av barnantalet är en bättre åtgärd än

att förstärka personalresurser till en stor barngrupp när det i gruppen finns barn i särskilda behov. Socialstyrelsen har gjort uttalanden i samma riktning.

Lagstiftningen kring barnomsorgen i Sverige, med fokus på barn i behov av särskilt stöd, har ett starkt barnperspektiv som kommunerna ibland har svårt att leva upp till. Speciellt gäller detta barn med psykiska och/eller psykosociala problem. Samtidigt har förskolan de bästa möjligheterna att tidigt upptäcka problem, motivera familjen att söka hjälp och ge konkret stöd till barnet inom förskolan. Vår uppfattning är att barnets vardag och det som händer i barnets närhet ofta är helt avgörande för barn som har ett långsiktigt behov av stöd. Olika stödinsatser inom barnomsorgen för barn med psykiska eller psykosociala problem är därför, i ett längre perspektiv, väl investerade medel.

6.3 Ungdomsmottagningarnas roll

Vår bedömning: Vi anser att ungdomsmottagningarna har en viktig roll att fylla i förebyggande arbete och för att tidigt fånga upp och ge stöd åt ungdomar med psykiska problem. Det är därför av största vikt att ungdomsmottagningarna får fortsatta möjligheter att verka och utvecklas. Vi anser det vara väsentligt att bevara utrymmet för lokal samverkan och utveckling i enlighet med ungdomars egna behov. I diskussioner om ansvar och huvudmannaskap bör man noggrant analysera vilka konsekvenser en eventuell lagstiftning på området skulle få. Vi ser i dag inte skäl att lägga ansvaret för ungdomsmottagningarna på en huvudman. Kommuner och landsting bör se till att ungdomsmottagningar utvecklas där de nu saknas samt att pojkars behov bättre tillgodoses.

Socialstyrelsen förutsätts följa utvecklingen av ungdomsmottagningarna i riket särskilt med avseende på mottagningarnas psykosociala insatser.

Ungdomsmottagningarna har som mål att förebygga fysisk och psykisk ohälsa. Till ungdomsmottagningen kan unga vända sig med frågor som rör sex och samlevnad, exempelvis preventivmedelsrådgivning och vid graviditetsmisstanke, samt för varierande hälsofrågor och problem av mer psykisk och social karaktär. Besöken är kostnadsfria. Arbetet består dels av individuell rådgivning, undersökning och behandling, dels av utåtriktad verksamhet bland annat i form av medverkan i skolans sex- och samlevnadsundervisning. Ungdomsmottagningarnas insatser rör sig inom ett stort fält från arbete med det helt normala och friska till

behandling av vissa psykiska och medicinska tillstånd. Ungdomsmottagningarna vänder sig till ungdomar i åldern 13-20 år, i vissa fall upp till 25 år.

Den första ungdomsmottagningen startades år 1970. I dag finns det ungefär 200 ungdomsmottagningar i landet. Tillgänglig statistik från 145 mottagningar visar att man under år 1996 tog emot 258 369 besök. Av dessa besök var 26 163 hos kurator, 5 194 hos psykolog och 278 hos psykiater (FSUM 1996). FSUM uppskattar att ca 10 % av ungdomarna som kommer till mottagningen har allvarliga psykiska problem.

6.3.1 Organisation och arbetsformer

Organisation

Det är stora skillnader mellan olika kommuner och landsdelar vad gäller utbyggnad av ungdomsmottagningarna. Även öppettider, lokaler, åldersgräns, professionell bredd och huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna varierar kraftigt. Huvudmannaskapet för ungdomsmottagningarna är ofta delat mellan kommun och landsting, och kostnadsansvaret är då delat mellan de båda huvudmännen. Det finns även andra huvudmän som har ungdomsmottagningar, t.ex. Stadsmissionen.

Ungdomsmottagningarna drivs med ett ungdomsperspektiv. Verksamheten utgör ett gott exempel på hur samarbete mellan olika professioner och mellan olika huvudmän kan fungera utan större komplikationer. Ungdomsmottagningarna har ofta startats av eldsjälar och drivs även fortsättningsvis av människor med ett starkt engagemang för ungdomar. Inte så få ungdomsmottagningar drivs helt eller delvis i projektform. Detta gör ansvarsfrågan osäker.

Mottagningarnas öppettider kan variera mellan några få timmar i veckan till generösa öppettider varje dag i veckan. En del större mottagningar har även kvällsöppet en eller flera kvällar i veckan.

De lokaler som ungdomsmottagningarna disponerar ligger ibland i anslutning till sjukhus, vårdcentral eller skola. Det finns både för- och nackdelar med denna inhysning i en annan organisation. På många håll i landet växer s.k. "Ungdomens hus" fram där man också har inordnat en ungdomsmottagning. Detta kan underlätta kontakt med vissa grupper som inte skulle ha sökt hjälp på annat sätt, t.ex. pojkar.

Enligt FSUM:s matrikel från år 1997 finns det 216 ungdomsmottagningar i landet. Av dessa har 94 st. (44 %) ett delat huvudmannaskap mellan kommun och landsting, 85 st. (39 %) har endast landstinget som huvudman och 30 st. (14 %) har kommunen som enda huvudman. Sju mottagningar (3 %) är privata eller har en stiftelse som huvudman.

En genomgång av samtliga ungdomsmottagningar visar att de ungdomsmottagningar som enbart har kommunen som huvudman i större utsträckning återfinns i storstäderna/tätorterna. På mindre orter är landstinget oftare huvudman för ungdomsmottagningen.

Ungdomsmottagningarnas budget består vanligtvis av löne-, driftsamt lokalkostnader. Vanligt är att de "mindre" mottagningarna inte har någon egen budget utan ingår organisatoriskt i t.ex. MVC eller kvinneklinik. Mottagningar som har ett delat huvudmannaskap har uppdelad finansiering, t.ex. kan de ha landstingets lokaler medan kuratorns tjänst betalas av kommunen.

Arbetsformer

För att kallas ungdomsmottagning måste personalen bestå av minst barnmorska, läkare och kurator. Arbetets inriktning och vilken typ av stöd och vård man kan erbjuda ungdomarna varierar avsevärt mottagningarna emellan. Majoriteten av ungdomsmottagningarna är relativt små, men på ett 35-tal av dem har man en breddad professionell kompetens, med exempelvis psykolog och i några fall psykiater. På dessa större mottagningar kan man vid sidan av den generella uppgiften också ge hjälp i frågor som rör psykiska och sociala problem. Det är tveklöst så att dessa mottagningar utgör en viktig basresurs för ungdomar, framför allt flickor, som har psykiska problem eller som befinner sig i riskzonen för att utveckla sådana. Mottagningarna erbjuder råd, stöd och i vissa fall psykoterapi.

Det är vanligt att ungdomar söker för någon medicinsk åkomma men att det under samtalets gång också framkommer bekymmer av mer psykisk och/eller social karaktär. Personalen på ungdomsmottagningarna tycker att antalet besökande ungdomar med psykiska och sociala problem ökat markant under de senaste åren. Det förefaller som många ungdomar drar sig för att ta kontakt med BUP/PBU eller vuxenpsykiatrin och hellre vänder sig till ungdomsmottagningen. Att det är en verksamhet som särskilt riktar sig till den egna åldersgruppen har säkerligen stor betydelse, liksom att personalen eftersträvar att ha en helhetssyn på ungdomars problem. Det går att få hjälp med både fysiska och psykiska problem på samma mottagning (Volckerts 1997).

6.3.2 Vår enkät till ett urval ungdomsmottagningar

För att förtydliga bilden av ungdomsmottagningarnas insatser för ungdomar med psykiska problem vände vi oss till ett urval mottagningar med en enkät.

Urval och antal svarande

Urvalet bestod av två grupper av mottagningar, den ena med mer omfattande verksamhet och tydligare inriktning mot psykiska/psykosociala problem genom bl.a. psykolog och/eller psykiatertjänst eller mer omfattande kuratortjänst. Dessa mottagningar är större och mer tillgängliga genom generösare öppettider. En grupp om 25 mottagningar valdes ut efter ovanstående kriterier samt i någon mån efter geografiska hänsyn. Den andra gruppen representerar en "traditionell" ungdomsmottagning, bestående av barnmorska, sjuksköterska och några timmars kuratortjänst och med öppethållande några dagar i veckan. Till denna grupp slumpades ett urval av 27 mottagningar. Enkäten ställdes till kurator och/eller psykolog/psykiater på mottagningen. Svarsfrekvensen var 80 %.

Ungdomar med psykiska problem

Mottagningarna ombads uppskatta hur stor andel av ungdomarna som enligt deras bedömning har psykiska/psykosociala problem när de kommer till mottagningen. Många uppgav att de inte kunde göra en sådan bedömning, eftersom det är oklart vad som är att betrakta som psykiska problem. Genomsnittligt uppskattar de som besvarat frågan att 20-30 % av de ungdomar som tar kontakt med mottagningen har psykiska problem, varierande från lätta till allvarliga. Man rapporterar också att gruppen med psykiska problem återfinns framförallt bland de äldre tonåringarna – det vill säga den åldersgrupp som enligt andra källor har svårt att få stöd och vård på annat håll. Det rör sig framförallt om flickor. De flesta av dem söker för frågor om sexualitet och preventivmedel etc. Ofta är dessa frågor inkörsporten till andra frågor om livet. Många unga flickor söker även uttryckligen för relationsproblem, mobbning och sexuella övergrepp.

Pojkarna är överhuvudtaget betydligt färre på ungdomsmottagningarna, och de utgör en minoritet bland dem som bedöms ha psykiska problem. Detta kan tolkas så att pojkar inte i nämnvärd omfattning utnyttjar ungdomsmottagningen för att få hjälp med psykiska och sociala problem. Det finns flera orsaker till det, både hos den unge och i mot-

tagningens struktur. Men på vissa mottagningar arbetar man med en särskild "killmottagning" viss tid i veckan, med avsikt att på ett bättre sätt nå ut till de unga männen. "Killmottagningen" är ofta bemannad med manlig personal och består av t.ex. kurator, sjukskötare och venerolog.

Som jämförelse kan nämnas att en utvärdering av ungdomsmottagningarna i Göteborg visar att ca 13 % av besökarna till ungdomsmottagningarna var pojkar. Två typer av problemorsaker kan urskiljas. Den ena gruppen utgörs av pojkar som söker för medicinska orsaker och för att testa sig för sexuellt överförda sjukdomar. Den andra gruppen söker för problem med personliga relationer och för att få samtal. Speciellt värt att notera är att relativt många av pojkarna har haft långvariga psykologkontakter vid ungdomsmottagningarna (Att ta emot ungdomar – en utvärdering av ungdomsmottagningarna i Göteborg, Pedagogiska institutionen, Göteborgs universitet 1992).

Vilka är då de vanligaste problemen hos ungdomarna? Kuratorer och psykologer rapporterar att de vanligaste bekymren rör relationer, familjeproblem, identitetsproblem, nedstämdhet och depression, psykosomatiska problem samt ångest/fobi. Vid en uppdelning av svaren för de "större" respektive de "mindre" mottagningarna, ser vi i undersökningen inte några större skillnader i problembilder.

På vissa mottagningar anser man att man möter relativt många ungdomar som har psykiska problem till följd av sexuella övergrepp. Detta har i ett annat sammanhang kommenterats som: "Det är mycket troligt att ungdomsmottagningarnas arbetssätt, arbetsformer och personalsammansättning gör att vi når de sexuellt utnyttjade ungdomarna mer än vad andra instanser gör" (Volckerts 1997).

Ungdomsmottagningens möjlighet att hjälpa

Mottagningarna i enkäturvalet var optimistiska beträffande sina möjligheter att hjälpa ungdomarna. Inte överraskande uttryckte sig de "större" mottagningarna, som har tillgång till psykolog och i vissa fall psykiater, mest positivt till sina möjligheter att hjälpa. Kuratorerna har ofta vidareutbildning inom t.ex. psykoterapeutiskt behandlingsarbete. Det visar sig av resultatet från enkäten att 71 % av kuratorerna har psykoterapeutisk utbildning (minst steg 1). När det gäller övriga personalkategorier (i första hand barnmorska) visar enkäten att ca 70 % har någon vidareutbildning av betydelse för arbetet på ungdomsmottagningen, exempelvis utbildning i sexologi eller psykoterapi (steg 1).

Det man inte tycker sig ha kompetens att klara särskilt väl är ångest/fobier, ätstörningar och de ungas missbruk. Problem av karaktären

ångest/fobier, ätstörning, självmordstankar, självmordsförsök samt tvångstankar anser sig de "större" mottagningarna i större utsträckning än de "mindre" kunna klara av.

Om man inom mottagningen bedömer att man inte själv kan ge ungdomarna den hjälp de behöver, vart remitterar man i så fall den unge? Cirka 85 % av de svarande uppger att man remitterar till BUP/PBU. Även psykiatri och andra behandlingsinstanser, exempelvis ätstörningsenhet eller missbruksmottagning, får remisser från ungdomsmottagningarna. Framförallt psykologer uppger att man remitterar till vuxenpsykiatri/annan behandling (93 % av psykologerna jfrt med 56 % av kuratorerna). Kuratorerna kontaktar oftare socialtjänsten (91 % jfrt med 71 % av psykologerna). Detta speglar sannolikt att man arbetar med delvis olika typer av problem. Det tycks däremot vara ovanligt att remittera ungdomar till primärvården, vilket görs endast i ca 20 % av fallen.

Ungdomar rekommenderas ibland av andra instanser att ta kontakt med ungdomsmottagningen. Skolan är den instans som tycks vara flitigast i att remittera/rekommendera ungdomar att ta kontakt med ungdomsmottagningen (uppgift från 90 % av de svarande). Därefter kommer primärvården (60 %), följt av socialtjänsten (45 %).

En betydelsefull del av ungdomsmottagningarnas arbete är att genom uppsökande insatser nå ut till ungdomar för att informera om mottagningarnas verksamhet. Både kuratorn och psykologen på mottagningen medverkar i det utåtriktade arbetet. Psykologerna lägger i genomsnitt 12 % av sin arbetstid på utåtriktat arbete, medan kuratorerna lägger ca 22 % av sin tid på detta. Som en del av det uppsökande arbetet deltar representanter för ungdomsmottagningarna bl.a. i undervisning i skolan och vid öppet-hus-dagar på sjukhus.

6.3.3 Våra överväganden

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll att fylla i förebyggande arbete och för att tidigt fånga upp och ge stöd åt ungdomar med psykiska problem. De är ett exempel på en verksamhet som vuxit fram ur ungdomars behov och som fortsätter att utvecklas. Enligt Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) kan mottagningarnas verksamhet i lokalsamhället sägas utgöra ett komplement till "skolans, ungdomsgruppens, vårdcentralens och sjukhusets resurser". Såväl Socialstyrelsens utredning av mödravården (Socialstyrelsen 1996:7) som Barnkommittén (SOU 1997:116) och Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000 (SOU 1997:119) framhåller att mottagningarna bedriver ett viktigt och välfungerande

arbete, som är föredömligt anpassat efter ungdomars, det vill säga brukarnas, behov. Samtidigt pekar man på den oklarhet i ansvarsfrågan som råder, eftersom det inte är en författningsmässigt grundad skyldighet för vare sig landsting eller kommuner att tillhandahålla denna resurs. Ungdomsmottagningarna har utvecklats på grund av att man lokalt identifierat behovet och att det också funnits intresserade och engagerade personer som byggt upp verksamheten.

Frågan om organisation och huvudmannaskap har lösts lokalt och på olika sätt. Socialstyrelsen anser därför att ungdomsmottagningarnas ställning i den samlade hälso- och sjukvården bör analyseras, och får stöd av Barnkommittén och HSU 2000. Barnkommittén anser att det är viktigt att verksamheten utreds innan huvudmannaskapsförändringar genomförs, och föreslår att regeringen gör en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet. HSU 2000 föreslår att regeringen utreder frågan om hur en heltäckande verksamhet för ungdomar skall kunna etableras.

Det är av största vikt att ungdomsmottagningarna får fortsatta möjligheter att verka och utvecklas. Vi anser det vara väsentligt att bevara utrymmet för lokal samverkan och utveckling i enlighet med ungdomars egna behov. Det är önskvärt att finna arbetsformer som även tillgodoser pojkars behov. I diskussioner om ansvar och huvudmannaskap bör man noggrant analysera vilka konsekvenser en eventuell lagstiftning på området skulle få. Vi ser i dag inte skäl att lägga ansvaret för ungdomsmottagningarna på en huvudman. Kommuner och landsting bör se till att ungdomsmottagningar utvecklas där de nu saknas. Socialstyrelsen förutsätts följa utvecklingen av ungdomsmottagningar i riket särskilt med avseende på mottagningarnas psykosociala insatser.

6.4 Socialtjänstens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem – individ- och familjeomsorgen i socialtjänsten

Vår bedömning: Socialsekreterarna behöver en fördjupad kunskap om barn i arbetet med barn som far illa och deras familjer. Det bör också finnas mera av tvärprofessionellt kunnande inom socialtjänsten. Den viktigaste utvecklingspotentialen inom socialtjänsten ligger i utveckling av nya öppenvårdsalternativ, vilket bör uppmuntras inte minst med tanke på kostnadsutvecklingen inom institutionsvården.

Det är dock mycket viktigt att ständigt utvärdera att öppenvårdsinsatserna ger önskat resultat samt även jämföra resultat från öppen- och slutenvård för att styra utvecklingen rätt.

Socialtjänstens uppföljningsansvar när barn far illa är oklart i de fall föräldrarna inte vill ha kontakt med socialtjänsten. Barnperspektivet i uppföljningsansvaret behöver klargöras.

I vissa fall blir barns vistelse i familjehem lång. Barnet, de biologiska föräldrarna och familjehemmet lever i ovisshet om var barnet skall bo. Ibland är denna ovisshet kombinerad med återkommande uppslitande domstolsförhandlingar. Barnets trygghet vid långa familjehemsplaceringar behöver stärkas.

Socialtjänstens ansvar är oklart visavi ungdomar som behöver tvångsvårdas på grund av sina psykiska problem när LPT inte är tillämplig. I dag vårdas flera med stöd av LVU trots att psykiska problem inte är ett kriterium för omhändertagande enligt LVU. Situationen skapar rättsosäkerhet och behöver ses över.

Våra förslag: Vi föreslår att möjligheterna att i LVU införa bestämmelser om uppföljningsansvar, som omfattar någon form av kontrollstationer under barnets uppväxt – med rättighet och skyldighet för socialtjänsten att inhämta uppgifter från andra myndigheter – utreds.

Vi föreslår att barnets ställning vid långvarig familjehemsplacering utreds. Därvid bör övervägas om möjligheterna till adoption eller annan permanent placering bör utökas.

Vi föreslår att gränslandet mellan LVU/LPT ses över utifrån vissa ungdomars behov av tvångsvård på grund av psykiska problem.

Med särskild hänvisning till kapitel 7, där vi redovisar samhällets kostnader för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem, föreslår vi att en översyn görs av den vård och behandling som ges till barn och ungdomar utanför det egna hemmet, innefattande socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatriens insatser.

Omfattning och resultat av placering av barn och ungdomar i familjehem, HVB och särskilda ungdomshem behöver utvärderas. För att få underlag att utveckla nya strukturer och metoder för vården behöver även finansieringen av institutionsvården och kostnadsutvecklingen analyseras. De juridiska förutsättningarna (t.ex. LVU och LPT) skall ingå i översynen.

Med individ- och familjeomsorg, IFO, menas den verksamhet inom socialtjänsten som riktar sig till individer och familjer som av olika skäl behöver socialtjänstens bistånd. Det kan röra ekonomiskt bistånd

(socialbidrag), missbrukarvård eller arbete med barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. Målgruppen barn och ungdomar med psykiska problem är svår att avgränsa inom individ- och familjeomsorgen där man inte primärt arbetar med barns och ungdomars psykiska problem. Beskrivningen och analysen nedan omfattar därför socialtjänstens arbete med barn och ungdomar som far illa eller som riskerar att fara illa. Många av dem har psykiska problem och flertalet befinner sig i riskzonen för att utveckla sådana.

6.4.1 Socialtjänstens uppdrag

Socialtjänstens allmänna mål och uppdrag preciseras i olika lagar, bl.a. socialtjänstlagen, LSS och LVU. Vilket uppdrag socialtjänsten skall ha när barn far illa, har psykiska problem eller riskerar att få psykiska problem, är därför ytterst en nationell politisk fråga. I Barnkonventionen, vars anda och innebörd bör komma till uttryck i svensk lagstiftning och praxis, finns ytterligare bestämmelser och riktlinjer för samhällets ansvar för barn och ungdomar.

Föräldrabalken är en föregångare när det gäller att i lagtext ha med barns behov. Föräldrabalkens portalparagraf om barns rättigheter tydliggör att barnet är en individ med egna behov och att barnets relation till närstående vuxna är av stor betydelse.

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran.

Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. (6 kap. 1 § FB)

Som exempel på barns behov brukar bl.a. nämnas att:

- barn behöver omvårdnad och skydd
- barn behöver ett stabilt och varaktigt förhållande till föräldrarna
- barn behöver föräldrars hjälp med att sätta gränser för sitt handlande
- barn måste få känna att de behövs och att de får ta ansvar
- barn behöver efter hand frigöra sig från sitt beroende av föräldrarna
- barn har behov av samhörighet med båda föräldrarna även om dessa är i konflikt med varandra (bl.a. förarbeten till föräldrabalken).

Dessa behov skall alla barn få tillgodosedda i sina hem. När föräldrarna av olika skäl sviktar i sin omsorg har socialtjänsten ett ansvar att hjälpa och stödja familjen. Socialtjänstens omsorger om barn och ungdomar syftar till att underlätta för familjen att ge barnen en materiell och känslomässig trygghet. Omsorgerna innefattar både förebyggande

verksamheter liksom stöd och hjälp vid speciella situationer. I socialtjänstlagen betonas särskilt samarbetet med hemmen och vikten av att uppmärksamma barn och ungdomar i utsatta situationer. När barnets bästa motiverar det skall socialtjänsten sörja för att barnet får vård och fostran utanför det egna hemmet (se 12 § SoL).

Den verklighet som socialtjänsten möter i arbetet med barn och ungdomar i utsatta situationer är ofta långt från idealbilden ovan. Många gånger handlar det i stället om att dra gränser för vad barnet kan stå ut med, eller när det gäller ungdomar, utsätta sig själva för, utan att påtaglig risk för barnets/den unges hälsa och utveckling föreligger. Socialtjänsten kan som regel, även i svåra situationer, ge föräldrar och barn det stöd och den hjälp de behöver i frivilliga former. När socialtjänsten bedömer att barnet/den unge behöver vård, men samförstånd inte kan nås, träder socialtjänstens skyldigheter i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) in.

Vilka reella möjligheter socialtjänsten har att hjälpa barn som far illa, barn som har psykiska problem eller riskerar att få psykiska problem, är ytterst en lokal politisk fråga. Det handlar då om socialtjänstens organisation, resurser och kompetens.

6.4.2 Kärnkompetensen i socialtjänsten

Individ- och familjeomsorgen i socialtjänsten bedriver verksamheter/arbete som grundar sig på lagar och politiska beslut. De förtroendevalda har en central roll. De fastställer målen för verksamheten. De bär ansvaret för verksamheten gentemot allmänheten och de hjälpbehövande. I detta finns ett ansvar för den inre organisationen, personalen och även för arbetsmetoderna.

Generalister och specialister

Socialtjänsten har ålagts samhällets yttersta ansvar att värna och skydda barn och garantera goda uppväxtvillkor. När det gäller barn som far illa innebär det kunskaper och kompetens att utreda barnets/den unges behov och förhållanden, bedöma föräldrarnas omsorgsförmåga samt tillse att familjen och barnet får den hjälp och det stöd som barnet/familjen/den unge behöver antingen genom egen försorg eller genom att hänvisa till annan ansvarig myndighet. Till socialtjänstens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen. Det innebär bl.a. kännedom om olika områdets sociala struktur och förekomsten av riskmiljöer.

Socionomer, som utgör den vanligaste yrkesgruppen bland socialsekreterare, utbildas till generalister och är i grunden inte experter på barn. Deras yrkeskompetens vilar på kunskaper om samhälle och individer, vilket ger dem goda förutsättningar att tillämpa den helhetssyn i arbetet som är en av de fastslagna principerna för socialtjänstens individ- och familjeinriktade arbete. Generalistkunskapen är alltså basen i det sociala arbetet.

En definition av generalist – om man inte vill nöja sig med "en som kan lite om allt" – med utgångspunkt från betydelsen av generell (överblickande, omfattande, allsidig) skulle vara: "En kompetens som förmår att värdera, välja ut och kombinera för hela situationen relevant kunskap med utgångspunkt i en egen kunskapsmassa avpassad för den givna uppgiften" (Sundgren 1997, hearing med socialtjänsten).

Många socialsekreterare väljer dock att specialisera sig inom socialtjänsten. Genom vidareutbildningar och lång erfarenhet utvecklas barnkompetens och "barnexperter" inom socialtjänsten.

Generellt sett kan man ändå påstå att socialsekreterarnas grundutbildning gör att de är beroende av experter inom andra verksamheter för att kunna avgöra vad som är bäst för det enskilda barnet (SOU 1994:139). Socialsekreterarens uppdrag förutsätter att han/hon har kompetens att bedöma när experter behövs och vilket uppdrag experten skall ges.

Socialsekreterarens uppdrag förutsätter vidare att han/hon har kunskaper att värdera expertutlåtanden från barnpsykiatrer, psykologer och jurister, och att göra detta mot en egen kunskap om barns utvecklingsprocesser, familjens sociala interaktion och dess betydelse för barnets självbild och identitet, de sociala och ekonomiska villkorens betydelse för det sociala samspelets former och innehåll i familjen samt barnets och familjens familje- och socialrättsliga situation och möjlighet (Sundgren 1997, hearing med socialtjänsten). Detta innebär bl.a. att socialsekreteraren vanligen är den som bäst bedömer:

- föräldrarnas samlade omsorgsförmåga,
- barnets samlade omsorgsbehov,
- vilka samlade krav som måste ställas på familjehemsföräldrar,
- barnets fortsatta behov av omsorg och kontakter med de biologiska föräldrarna och andra närstående,
- de rättsliga villkoren med särskild hänsyn till barnets och föräldrarnas övriga samlade villkor, dvs. sociala, psykologiska, socialpsykologiska etc. (Sundgren 1997, hearing med socialtjänsten).

Socialtjänstlagens grundläggande utgångspunkt är att alla människor kan och vill utvecklas till att bli självständigt fungerande individer.

Alltsedan socialtjänstlagens införande år 1982 har man betonat klientens medverkan i vården och familjens betydelse.

Socialt behandlings-/förändringsarbete innebär inte enbart att kräva att den enskilde individen ändrar sitt levnadssätt utan också att angripa de problem och svårigheter som kan finnas i livssituationen. Helheten betonas och uppmärksamheten riktas från den enskilde individens problem till samspelet mellan individer i grupper och mellan individer och samhället. Det råder i dag en bred enighet om att socialtjänsten bör arbeta med problemen där de har uppstått och att det är viktigt att ta tillvara alla de resurser som finns i närmiljön. Till kärnkompetensen inom socialtjänsten hör därför i dag en vana att ta vara på och stimulera det naturliga nätverket kring individen.

Det har blivit allt vanligare att utöver socionomer även anställa andra yrkesgrupper i arbetet med barn som far illa. Detta betyder också att socialtjänstens "kärnkompetens" i viss mån förändras och att det kan se olika ut i olika kommuner. På många håll i landet har, som ovan nämnts, socialsekreterare specialiserat sig inom barn- och ungdomsområdet. Den omfattande kunskapen som många socialsekreterare har underskattas dock ofta, bl.a. i domstolar till förmån för vittnen och s.k. sakkunniga vittnen, som inte har den teoretiska bakgrund eller den kännedom om den enskilda familjen som socialnämndens företrädare har (Socialstyrelsen 1995:21).

Samarbetet med barnpsykiatri behandlas i avsnitt 8.5. Vi vill dock här understryka att arbetsfördelningen mellan socialtjänsten och barnpsykiatri är en viktig fråga i diskussionen om socialtjänstens kärnkompetens och arbete i barnfamiljer. I vad mån skall barnpsykiatri överta ansvaret för behandling om den insats barnet eller den unge behöver endast kräver t.ex. psykologkompetens? I vad mån skall socialtjänsten i stället, genom att vidareutbilda socialsekreterare eller genom att anställa flera psykologer, fördjupa sin kompetens när det gäller behandlings-/förändringsarbete i barnfamiljer, blir viktiga frågor att besvara. Vi återkommer till detta i våra överväganden.

Åtgärder inom socialtjänsten

Socialtjänsten erbjuder olika åtgärder till familjer som behöver stöd. I dag finns en hel flora av åtgärder. Det kan se mycket olika ut i olika kommuner. En del åtgärder kan sägas i första hand syfta till att ge stöd, medan andra åtgärder är mer inriktade mot att hjälpa familjen att förändra en situation. Mycket vanliga stödåtgärder är kontaktperson eller kontaktfamilj/stödfamilj. Åtgärder som är förändringsinriktade är olika typer av familjebehandling, nätverksarbete och placeringar på insti-

tution eller i familjehem. Gruppverksamheter kan syfta till förändring men kan också vara enbart stödjande. Vissa verksamheter drivs av socialtjänstpersonal, andra ordnas och bekostas av socialtjänsten. Gruppverksamheter och nätverksarbete drivs ofta av socialsekreterare. Hemma-hosare och familjeassistenter med varierad utbildningsbakgrund finns ibland anställda inom socialtjänsten. Även familjebehandling bedrivs ofta av socialtjänstens personal, dvs. vidareutbildade socionomer eller psykologer.

Olika åtgärder ges som bistånd enligt 6 § socialtjänstlagen och administreras av socialsekreterare. Till socialtjänstens kärnkompetens hör alltså att administrera, organisera och utforma olika hjälp- och stödåtgärder.

I vår enkätundersökning om individ- och familjeomsorgens insatser för barn och ungdomar med psykiska problem listades nio olika alternativ på insatser som en utredning kan tänkas leda till. De svarande kommunerna fick rangordna alternativen.

De vanligaste insatserna som en utredning ledde till var fortsatt stödkontakt och kontaktperson/-familj. Därefter rapporterade kommunerna olika former av öppenvårdsinsatser t.ex. nätverksarbete, avlastningshem, familjebehandling, olika mellanvårdsformer, psykoterapi (eller bistånd till psykoterapi), familjeförskola, stödkontakt i hemmet, öppenvård, missbrukarvård, social bostad.

I fallande skala angavs dessutom placering i familjehem, hemterapeut, placering på institution och öppengruppverksamhet som vanliga insatser efter en utredning.

Socialtjänstens ansvar vid placering för vård

Socialtjänsten har ansvar för den vård som beslutas för barn och föräldrar utanför det egna hemmet. Det innebär rent konkret t.ex. att socialtjänsten har ansvar för att "just detta barn får vad detta barn behöver på denna institution eller i detta familjehem". I socialtjänstens kärnkompetens ingår kunskap och kompetens att utreda och bedöma behov och att formulera vårdplaner och granska vårdalternativ, samt upphandla vård för det enskilda barnet/familjen och följa vården för att bedöma när den inte längre behövs.

Socialtjänstens personalsammansättning – behov av personal

Den enkätundersökning vi gjort om insatser för barn och ungdomar med psykiska problem visar att ca 27 % av IFO:s barn och ungdomsenheter/avdelningar har anställda psykolog/er. 28 % har angivit att det finns familjebehandlare och 31 % har svarat att det finns kurator (sannolikt vanligen skolkuratorer som organisatoriskt tillhör IFO). På vår fråga om vilka personella resurser man anser sig sakna och som man bedömer sig ha ett påtagligt behov av inom IFO, fördelade sig svaren enligt nedan:

Tabell 6.1 Behovet av personalförstärkning inom individ- och familjeomsorgen.

Personal/Resurs	Andel (%)
Socialsekreterare	26
Psykolog	49
Kurator	13
Behandlingsassistent	8
Familjebehandlare	10
Hemterapeut (hemma-hosare)	18
Övrigt*	23

* t.ex. särskilt stöd till flyktingbarn, resursförstärkning kvällar, nätter och helger, jurist.

Kommentar: Hela 49 % anser sig behöva psykologer inom socialtjänsten. 26 % vill ha fler socialsekreterare. 18% anser sig behöva fler hemterapeuter och 23% har angivit "övrigt", t.ex. resursförstärkning på kvällar, helger, nätter.

I likhet med övrig verksamhet inom IFO, är verksamheten för barn, ungdomar och familj i stor utsträckning organiserad i/på särskilda enheter eller handläggare. Arbetsbelastningen är i allmänhet hög och problematiken är ofta komplex. Uppföljning och utvärdering av insatser som rör barn, ungdomar och familjer är bristfällig i många kommuner. Det gäller även ärendestatistiken vilket medför svårigheter att följa hur olika behovsgrupper och anmälningar om barn som far illa utvecklas och förändras mellan åren och över tid (Socialstyrelsen, NT 1997).

6.4.3 Brister inom socialtjänsten

Upprepad kritik

Det har riktats mycket kritik mot socialtjänstens arbete med barn och ungdomar. I början av 1990-talet gjorde Socialstyrelsen flera undersökningar, bland annat inom ramen för programmet Aktiv uppföljning, som visade på stora brister i socialtjänstens arbete. Bland annat visade undersökningarna att socialtjänsten ofta saknade barnperspektiv i sitt arbete samt att det i utredningar om barns situation inte gjordes egna analyser och ställningstaganden inom socialtjänsten, utan att man i stället ofta lutade sig mot experter från BUP. Kritiken gällde också brister i dokumentationen och rättssäkerhet m.m.

Synpunkter från fältet

I våra kontakter med socialtjänstemän är det i huvudsak två frågor man tagit upp. För det första brister i den egna kompetensen samt resursbrist bl.a. visavi det yttersta ansvaret (3 § SoL), och för det andra svårigheter i samarbetet med barnpsykiatrin. Den kritik som socialtjänsten tog upp under en hearing som kommittén anordnade i oktober 1997, handlade främst om behovet av kompletterande insatser från barnpsykiatrin beträffande vissa särskilt utsatta grupper. De grupper som nämndes var flyktingungdomar med svåra upplevelser bakom sig och i övrigt familjeproblematik i invandrar- och flyktingfamiljer, ungdomar som är kraftigt utagerande, självmordsbenägna ungdomar samt barn och ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp (bl.a. Persson och Josefsson 1997, hearing med socialtjänsten).

Socialtjänsten har ett ständigt behov att avgränsa sitt ansvar och få andra myndigheter att mer aktivt ta sitt ansvar. Socialtjänstens yttersta ansvar innebär alltför ofta att socialtjänsten står ensam när det gäller att utforma adekvata stödinsatser (Josefsson 1997, hearing med socialtjänsten).

Den huvudsakliga kritik mot socialtjänstens IFO som framförts av representanter för barnpsykiatrin till kommittén handlar om brist på barnkompetens i utredningssammanhang och brist på eget behandlings-/förändringsarbete i direkt kontakt med barn, ungdomar och familjer. Detta innebär att socialtjänsten inte i första hand efterfrågar BUP:s specifika kompetens på barn med psykiska störningar, utan i stället BUP:s allmänna kompetens på barn och familjer.

I en skrivelse till kommittén har Akademikerförbundet SSR påtalat nödvändigheten av kompletterande fortbildningar eller annan kompetensutveckling för att utveckla specialistkompetenser inom individ- och

familjeomsorgen. Arbetet med barn är det verksamhetsområde där det enligt SSR är som mest angeläget att verka för att på sikt alla socialförvaltningar har tillgång till specialistkompetens (SSR 1997). Vi återkommer till detta i kapitel 10 om kompetens och kvalitetsutveckling.

Centrala utvecklingsåtgärder

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag vidtagit olika åtgärder för att höja kompetensen och utveckla arbetet bl.a. genom Barn i fokus-projektet (åren 1991-1995) och regeringsuppdraget att utveckla familjehemsvården (åren 1993-1995). Socialtjänstkommittén ansåg att det inte räckte med utvecklingsprojekt utan föreslog nya bestämmelser i socialtjänstlagen i syfte att stärka barnets ställning och att skynda på utvecklingen. Regeringen har i proposition 1996/97:124 föreslagit ändringar i socialtjänstlagen med detta syfte.

Bestämmelser som gäller fr.o.m. den 1 januari 1998 har införts i socialtjänstlagen (SFS 1997:313) bl.a. om att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet och att det inom socialtjänsten skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för att utföra socialtjänstens uppgifter (7 a §). En bestämmelse om barns rätt att komma till tals beträffande åtgärder som rör dem har införts i 9 § andra stycket. Vidare gäller nu anmälnings- och uppgiftsskyldigheten till socialtjänsten, förutom för myndigheter och dem som arbetar inom myndigheter, även för alla personer som är verksamma inom enskild verksamhet som berör barn och ungdom, enskild hälso- och sjukvård samt enskilt driven verksamhet på socialtjänstens område (71 §). Socialtjänstens utredningsskyldighet i ärenden som rör skyddet av barn och ungdom har preciserats (50 a §) liksom den närmaste släktens betydelse vid val av familjehem för barn som behöver bo utanför det egna hemmet (22 § fjärde stycket). Vidare stärks barnperspektivet rent allmänt genom att portalparagrafen i socialtjänstlagen kompletteras med en ny bestämmelse som svarar mot artikel 3 i FN:s barnkonvention: "När åtgärder rör barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnens bästa kräver" (1 § fjärde stycket).

Barn i fokus slutrapport kom i oktober 1996. Mycket av kritiken från tidigare rapporter kvarstod. Det är dock viktigt att påpeka att innehållet i Barn i fokus-rapporten avser förhållanden före år 1996 och man får förmoda att många av de projekt som bl.a. Socialstyrelsen initierade, men vars resultat ännu inte utvärderats, har lett till positiva förändringar.

Socialstyrelsen redovisar år 1997 bl.a. projekt om samverkan i öppna former där Socialstyrelsen har samlat 15 lokala projekt i ett nät-

verk. De lokala projekten samlas till forskarledda seminarier med fokus på dokumentation och utvärdering. Socialstyrelsens syfte är att stimulera och utveckla samverkansformer inom och mellan verksamheter som arbetar med utsatta barn. Socialstyrelsen har vidare ett antal projekt kring socialtjänstens arbete med vissa målgrupper t.ex. barn som utsatts för sexuella övergrepp, invandrar- och flyktingbarn och barn till psykiskt sjuka. Likaledes finns projekt som riktar in sig på vissa arbetsuppgifter och/eller vissa situationer inom socialtjänstens arbete med barn som far illa. Hit hör projekt om barnet i rättsprocessen, om socialtjänstens barnavårdsutredningar, om vissa behandlings- och utredningsmetoder m.m. Ett övergripande syfte för alla projekt är att stödja metodutveckling i det sociala arbetet genom att stödja kunskaps- och kompetensutveckling samt förbättra system för uppföljning, utvärdering och kvalitetsutveckling (Socialstyrelsens redovisning till regeringen 1997).

6.4.4 Nya arbetsformer inom socialtjänstens barnavårdande arbete

Generellt framhåller länsstyrelserna i sina årsrapporter för 1996 att kvaliteten i socialtjänstens insatser för barn, ungdomar och familjer är god. Området bedöms av de flesta som prioriterat (Socialstyrelsen, NT 1997).

Större ekonomisk medvetenhet och smalare ekonomiska ramar men också ökad kunskap om barns behov och om följderna för barnen av "misslyckade" insatser, driver på utvecklingen av nya arbetsformer anpassade till lokala behov och förutsättningar ute i kommunerna. Ofta finns en stark önskan att försöka minska omhändertaganden av barn för att i stället satsa på tidiga insatser och på öppenvård hemmavid. Nya arbetsformer innebär nästan alltid ett utbyggt samarbete med någon annan myndighet som också kommer i kontakt med problemen och som behöver förnya sina arbetsmetoder för att minska sin arbetsbörda. Det kan gälla samarbete med polisen, barnomsorgen, skola och/eller barnpsykiatri m.fl. myndigheter. Det kan också gälla samarbete med olika organisationer. En gemensam drivkraft i utvecklingsarbetet är antagandet att tidiga gemensamma insatser minskar risken för stora problem som kräver större insatser senare. För den enskilde socialsekreteraren, polisen, psykologen m.fl. ger också lyckade tidiga insatser stor arbetstillfredsställelse och ökar motivationen att utveckla sådant arbete.

Det finns därför en flora av "modeller för framtiden". Den gemensamma grundtanken för nya arbetsformer verkar vara att aktivt bygga

på människors resurser och försöka hitta flexibla lösningar även i svåra situationer. Socialtjänstlagens principer om närhet och normalisering har stor genomslagskraft. I vissa fall skiljer man ut myndighetsutövningen, dvs. den del av socialtjänsten som tar hand om utredningar av barns och ungdomars skydd när föräldrarna eller i förekommande fall den unge själv inte vill medverka. Andra enheter arbetar med hela ansvaret för socialtjänstens olika grader av frivillighet och tvång och ser detta som en helhet i det sociala arbetet.

Vissa metoder och arbetssätt sprids genom "centrala projekt". Som exempel på detta kan nämnas dels Socialstyrelsens projekt "Dartington", ett bedömnings- och uppföljningsinstrument för barn i familjehemsvård enligt engelsk modell, dels utveckling och spridning av "familjerådslag" när barn far illa, ett projekt i Svenska Kommunförbundets regi.

I korthet innebär Dartingtonmetoden att man följer ett antal tydliga mätbara mål relaterade till sju utvecklingsområden: hälsa, utbildning, identitet, familj och relationer, känslö- och beteendemässig utveckling, socialt beteende och förmåga att klara sig själv. Som instrument används ett frågeformulär med åldersanpassade frågor som socialsekreteraren använder vid uppföljningen av vården i samtal med barnet, de biologiska föräldrarna och familjehemsföräldrarna. Stockholm, Uppsala, Luleå och Helsingborg deltar i detta projekt som kommer att utvärderas år 1998. Modellen sprids dock redan nu genom konferenser m.m. i Sverige.

Familjerådslag, som ursprungligen utvecklats på Nya Zeeland, är en modell/metod för nätverksarbete när barn och ungdomar behöver vård eller skydd. Huvudsyftet är att på ett systematiskt sätt ta vara på familjen och nätverkets resurser för barnet. Svenska Kommunförbundet har utvecklat metoden för svenska förhållanden i projekt tillsammans med ett tiotal kommuner. Metoden sprids i dag med hjälp av utbildningsinsatser. Socialstyrelsen ansvarar för utvärdering av arbetet som kommer att redovisas under hösten 1998.

6.4.5 Uppföljningsansvar när barn far illa

När barn och ungdomar utretts inom socialtjänsten på grund av misstanke om missförhållanden är det viktigt att socialtjänsten noga följer upp att det bistånd familjen fått har avsedd effekt. Inte minst är någon form av uppföljning viktig i de fall socialtjänsten efter avslutad utredning konstaterar att barnet eller den unge visserligen har behov av stöd, men föräldrarna eller den unge själv avböjer fortsatt kontakt. För uppföljning/förnyad kontakt gäller i dessa fall samma regler som för inledning av utredning då det gäller skydd och stöd för underårig.

Övervakning i tidigare barnavårdslag

I tidigare barnavårdslag (1960:97, BvL) fanns en bestämmelse om övervakning som förebyggande åtgärd. Övervakningen, som var en tvångsåtgärd, avskaffades och ersattes med kontaktperson i och med socialtjänstlagens (10 §) ikraftträdande år 1982.

Enligt BvL skulle den som utsetts till övervakare fortlöpande följa den unges utveckling och uppmärksamma hans levnadsförhållanden. Övervakaren skulle vidare lämna råd, hjälp och vägledning och sträva efter att söka bygga upp en förtroendefull kontakt. Övervakaren hade däremot inte några särskilda befogenheter för de fall vårdnadshavaren motsatte sig hembesök eller på annat sätt vägrade medverka till övervakningen. I sådana fall kunde övervakaren endast genom anmälan till nämnden aktualisera frågan om en mer ingripande åtgärd än övervakning (prop.1979/80:1, del C).

Socialutredningen (SU) föreslog att övervakningsinstitutet skulle tas bort och ersättas med en bestämmelse enligt vilken socialnämnden med den enskildes samtycke kan utse en särskild person (eller familj) med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter. Under remissbehandlingen av förslaget ansåg remissinstanserna att övervakning inte hör hemma i en social verksamhet som präglas av förtroendefull samverkan. Några remissinstanser framhöll emellertid att i möjligheten till differentiering av åtgärderna ligger en rättstrygghet som är till gagn för såväl föräldrarna som barnet. Man befarade även att socialtjänsten i praktiken skulle tvingas till mer drastiska ingripanden om övervakningen togs bort. Med drastiska ingripanden avsågs åtgärder både inom socialtjänsten och inom kriminalvården.

I propositionen till socialtjänstlagen uttalade dåvarande departementschefen bl.a. följande:

En väsentlig förutsättning för att en kontaktperson skall kunna fullgöra sina uppgifter är att han har föräldrarnas eller den unges förtroende. Om nämnden mot den enskildes vilja skulle besluta om en fortlöpande tillsyn, begränsar det enligt min mening förutsättningarna för kontaktpersonen att bli det personliga stöd som är en av hans viktigaste uppgifter (prop.1979/80:1, del C).

Gällande bestämmelser

I 12 § SoL finns bestämmelser om skyddet för barn och ungdom. Socialtjänsten skall "med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling". Denna formulering infördes i socialtjänstlagen den 1 juli 1985 i samband med att det s.k. mellantvånget infördes i LVU. Mellantvånget in-

nebär att socialnämnden enligt bestämmelserna i 22 § LVU kan besluta att den unge skall hålla kontakt med en kontaktperson eller delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten. Denna möjlighet till uppföljning har inte använts i praktiken i mer än 50 fall år 1995 och 70 fall år 1996 (Socialstyrelsen 1996:11 och 1997:11).

Regeringen föreslår i prop.1996/97:124 om ändringar i socialtjänstlagen inte någon ändring i sak när det gäller 12 § men kommenterar socialtjänstens skyldighet att följa utvecklingen hos barn och ungdomar.

Av propositionen (prop.1984/85:171) om särskilda insatser inom socialtjänsten för ungdomar i samband med missbruk och kriminalitet m.m. framgår att ändringen i socialtjänstlagen syftade till att dels förtydliga socialtjänstens ansvar för ungdomar, framförallt ungdomar med missbruksproblem och unga lagöverträdare, dels motverka tendenser till att i ökad utsträckning döma ungdomar till påföljder inom kriminalvården. Också mot bakgrund av artikel 37 i barnkonventionen om frihetsberövande av barn och den aktuella allmänna debatten om unga lagöverträdare är det angeläget att understryka socialtjänstens ansvar för denna grupp ungdomar.

Regeringen delar den uppfattning som kommer till uttryck i förarbetena till den nu aktuella bestämmelsen, men är samtidigt medveten om svårigheterna med att omsätta lagstiftarens intentioner i praktisk handling. Det är dock angeläget att socialnämnden inte utan vidare släpper kontakten med ungdomar som har visat tecken till en ogynnsam utveckling i situationer när förutsättningarna för vård enligt LVU inte är uppfyllda och samtycke till insatser inte har kunnat erhållas. Detsamma gäller familjer med små barn där föräldrarna avvisar socialtjänstens erbjudanden om frivilliga insatser och där förhållandena är allvarliga men inte sådana att LVU kan tillämpas. För att kunna vända familjernas inställning till att ta emot hjälp krävs både ett varierat utbud av insatser och hög kompetens hos berörda socialarbetare. Det talar för kompetens- och metodutveckling inom detta område (prop.1996/96:124).

Vi anser att det finns skäl att diskutera barnperspektivet i ovanstående citat och återkommer till det i våra överväganden.

6.4.6 Barn i familjehem

Omkring 8 000 barn vistas i familjehem i Sverige. Antalet barn är ganska konstant från år till år. De flesta barnen är frivilligt placerade, dvs. familjehemsplaceringen är ett bistånd (6 § SoL) som föräldrarna begärt eller i vart fall samtyckt till.

Ungefär hälften av barnen har bott i samma familjehem i tre år eller mer och en tredjedel har bott i samma hem fem år eller längre (Socialstyrelsen, redovisning av familjehemsuppdrag 1995).

Vården i familjehem skall utformas så att den främjar barnets samhörighet med föräldrar, syskon och andra för barnet betydelsefulla personer. Barnet skall ha kontakt med hemmiljön. Föräldrarna bör få den hjälp och det stöd de behöver för att förändra sin situation så att barnet snarast kan återvända hem. Valet av familjehem är viktigt och bör ske med barnets bästa för ögonen. – Sedan den 1 januari 1998 gäller att socialtjänsten i första hand bör överväga om någon anhörig eller annan närstående kan ta emot barnet. – Familjehemmet bör sedan få tillräckligt stöd och även utbildning för att på bästa sätt klara sitt uppdrag (socialtjänstlagen och dess förarbeten).

År 1993 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla familjehemsvården som länge kritiserats på i princip alla punkter ovan.

Regeringsuppdraget till Socialstyrelsen resulterade i, förutom utbildningar och utvecklingsprojekt i landet, den första kartläggningen som gjorts i Sverige av familjehemsvården. Länsstyrelserna genomförde kartläggningen som en uppföljning av familjehemsvården och använde resultaten i landsomfattande konferenser för socialtjänsten där de brister som länsstyrelserna funnit diskuterades.

Socialtjänstkommittén behandlade frågor om stöd till barn och föräldrar när barn är placerade i familjehemsvård och föreslog vissa förändringar i socialtjänstlagen för att stärka familjehemsbarnens ställning i socialtjänsten (SOU 1994:139). Flera av förslagen finns med i de ändringar som gäller fr.o.m. den 1 januari 1998. Dessutom har socialtjänstlagens portalparagraf förstärkts med ett barnperspektiv: "När åtgärder rör barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver". Vi utgår ifrån att de nya bestämmelserna följs upp och utvärderas. Det finns ingen anledning att närmare gå in på frågorna i denna utredning.

Det finns dock anledning att närmare granska ett av Socialtjänstkommitténs förslag som inte behandlas i proposition 1996/97:124 om ändringar i socialtjänstlagen. Det gäller barnens otrygga ställning under långvariga och ofta konfliktfyllda familjehemsplaceringar.

De långtidsplacerade barnens situation

De långtidsplacerade barnens situation skiljer sig från de flesta andra barns genom att de sällan fått något riktigt besked om var de hör hemma. Möjligheten att placeringen avbryts och barnen flyttas, med eller mot sin vilja, finns under hela placeringstiden (Socialstyrelsen, redovisning av familjehemsuppdrag 1995). En del barn som placeras med stöd av LVU blir också kvar i familjehemmet med ständiga domstolsförhandlingar och konflikter mellan föräldrar, socialtjänst och familjehem, vilket gör tillvaron mycket otrygg för barnen.

Det är i första hand föräldrarnas vilja och förmåga att ta hand om barnet som avgör när vården utanför hemmet kan avslutas och alltså inte barnets situation och behov.

Utländska forskare som studerat barn i långvarig familjehemsvård har konstaterat att barn som växer upp i osäkerhet om sin tillhörighet och framtid har sämre utsikter att utvecklas till harmoniska och välfungerande vuxna. Barnens bristfälliga anknytning gör att de lättare stöts ut från sina familjehem och den innebär också att de löper en ökad risk att fara illa under själva placeringen (Socialstyrelsen 1995:8). I flera länder löser man detta problem med att genom lagstiftning tvinga myndigheter att efter viss tid/visst antal år ta ställning till barnets boende under hela uppväxten.

Begreppen "permanency planning", planering för varaktighet, och "permanent placement", permanent placering, används – med delvis olika innebörd och historisk bakgrund – i de delar av världen där möjligheten att på olika sätt permanenta familjehemsvården för barn genomförs genom lagstiftning (Socialstyrelsen 1995:8).

I Norge har sedan år 1953 funnits laglig möjlighet att genomföra adoptioner av barn som omhändertagits för samhällsvård, med eller utan föräldrars samtycke. Den barnavårdslag som gäller i Norge sedan år 1993 föreskriver att en långsiktig planering skall göras för ett barn som varit familjehemsplacerat i två år. Det kan innebära att barnet adopteras. Det kan också innebära att familjehemsplaceringen fortgår med en handlingsplan där de biologiska föräldrarna delegerar vårdansvaret men har kvar den juridiska vårdnaden (Socialstyrelsen 1995:8).

I England används överflyttning av vårdnad mycket sparsamt. Den nya lag som trädde i kraft år 1989, rekommenderar i första hand adoption som lösning för barn som beräknas behöva växa upp utanför föräldrahemmet. Erfarenheter av vårdnadsöverflyttning som ett sätt att försäkra sig om att barnet blir kvar i familjehemmet har inte varit lika goda som av adoptioner (Socialstyrelsen 1995:8).

De möjligheter som finns i föräldrabalken (6 kap. 8 §) att överföra vårdnaden till familjehemsföräldrarna för att trygga barnets uppväxt utanför det egna hemmet används sällan (bl.a. Socialtjänstkommittén SOU 1994:139). Det samma gäller i princip vårdnadsöverflyttning på grund av att vårdnadshavaren gör sig skyldig till missbruk eller försummelse eller i övrigt brister i omsorgen på ett sätt som medför bestående fara för barnets hälsa eller utveckling (6 kap. 7 § FB). Flera skäl till detta har angivits, bl.a. osäkerhet hos socialsekreterarna när det gäller reglerna i föräldrabalken och hur dessa skall tillämpas och osäkerhet kring vad en vårdnadsöverflyttning i längden innebär för barnet.

Ett hinder när det gäller överföring av vårdnaden på familjehemsföräldrar har också varit oklarheter när det gäller fortsatt ekonomisk ersättning och annat stöd till familjehemsföräldrar som blir vårdnadshavare. Socialtjänstkommittén föreslog ett långtgående ansvar för kommunen att utge fortsatt ersättning till familjehemsföräldrar som blir vårdnadshavare (SOU 1994:139). Regeringens förslag i proposition 1996/97:124 är en kompromiss och den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen kommer att göra det möjligt för kommuner att utge skälig ersättning men det blir inte en skyldighet (72 b §, SFS 1997:313).

När det gäller de långtidsplacerade barnen föreslog Socialtjänstkommittén vidare att en bestämmelse skulle införas i socialtjänstlagen enligt vilken socialtjänsten, i de fall en återförening mellan barnet och föräldrarna inte är aktuell eller möjlig, i stället skall arbeta för att den unge kan växa upp utanför det egna hemmet under trygga och goda förhållanden (SOU 1994:139). Syftet var bl.a. att uppmärksamma socialarbetarna på möjligheterna i föräldrabalken. Någon ny bestämmelse om detta har dock inte införts i socialtjänstlagen i samband med proposition 1996/97:124.

I rapporten *Ovisshetens barn* har Socialstyrelsen analyserat arbetet med familjehemsvård i Sverige och konstaterar att det utvecklats åt ett annat håll än i de länder som anammat s.k. *permanency planning*. Man talar i stället om en svensk modell för familjehemsvård. Den innebär att man, i stället för att inskränka och begränsa föräldrarnas möjlighet att påverka barnens situation i familjehemmet – genom tvångsadoptioner och definitiva beslut – i enlighet med intentionerna i socialtjänstlagen har eftersträvat ett arbetssätt där föräldrarna görs delaktiga i arbetet med barnen. Medvetenheten om föräldrarnas betydelse för de familjehemsvårdade barnen har blivit allt större och värdet av "inclusive fostering", en familjehemsvård som tar med föräldrarna i stället för att utestänga dem, har blivit allt mer uppenbar för svenska socialarbetare (Socialstyrelsen 1995:8).

En svensk modell för varaktighet i familjehemsvården diskuteras i Socialstyrelsens rapport. En sådan modell skulle enligt Socialstyrelsen kunna rymma "möjligheten att flytta vårdnaden för barn i de fall det är möjligt och lämpligt, att göra tydliga planer för varaktig familjehemsvård enligt socialtjänstlagen och möjligen även att fatta beslut om långvarig vård enligt LVU. Det sistnämnda alternativet skulle innebära att LVU delvis skulle få ett annat innehåll vilket kräver vidare utredning" (Socialstyrelsen 1995:8). Barnkommittén anser att denna skissade modell är intressant att utveckla vidare och föreslår att detta görs i samband med den översyn av LVU som Barnkommittén vidare föreslår (SOU 1997:116).

Ett förslag angående öppna adoptioner har lämnats in till Socialdepartementet och Justitiedepartementet av deltagare i en konferens om adopterades rätt i samhället år 1995. Konferensen diskuterade adoptioner, familjehemsplaceringar, vårdnadsöverflyttningar och öppna adoptioner. Konferensdeltagarna med representanter från bl.a. Organisationen för vuxna adopterade och fosterbarn, Socialstyrelsen och Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor föreslår att möjligheten till öppna adoptioner utreds. Med öppna adoptioner avses ibland adoptioner där ursprungsfamiljen och adoptivfamiljen möts, har varandras namn och adress och har möjlighet till fortsatt kontakt. Sådana öppna adoptioner förekommer i Sverige. I andra fall avses adoptioner där domstolen ger barnet en fortsatt umgängesrätt med sin ursprungsfamilj efter adoptionen. Sådana adoptioner förekommer i vissa stater i USA (skrivelse dnr Ju 95/3837).

6.4.7 I gränslandet mellan tvångslagarna LVU och LPT

Vi har fått en del uppvaktningar från socialtjänsten och från vissa länsstyrelser med anledning av att det saknas fungerande regler inom tvångsvården för en grupp ungdomar som på grund av sina psykiska problem behöver tvångsvård i någon form. Det förekommer att ungdomar på grund av psykiska problem omhändertas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) för vård inom socialtjänsten, när lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inte har ansetts tillämplig av ansvarig psykiater, samtidigt som ett tvångsomhändertagande enligt både läkare och socialsekreterare är nödvändig för att hjälpa den unge. Problemet verkar främst gälla tonårsflickor som på grund av sina psykiska problem är självdestruktiva, vilket t.ex. kan yttra sig i ätstörningar och självmordsförsök.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk vård (LPT)

För att tvångsvård enligt LPT skall bli aktuell krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård, att patienten motsätter sig den vård som behövs eller att patienten uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Vid bedömning av patientens vårdbehov skall även be-

aktas om denne till följd av sin störning är farlig för annans hälsa eller personliga säkerhet.

I förarbetena till LPT ges exempel på vad som kan anses utgöra allvarlig psykisk störning. Till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär. Vidare ingår allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar, alkohol- och drogpsykosor samt allvarliga förvirringstillstånd som kan drabba narkotikamissbrukare eller svårartade abstinensstillstånd (prop. 1990/91:58). Bedömningen av om en psykisk störning är allvarlig måste ske utifrån både störningens art och dess grad.

LPT är tillämplig på barn och ungdomar under 18 år. Det är dock sällsynt att psykiatrisk tvångsvård kommer till stånd för denna grupp, vilket bl.a. framgår av Socialstyrelsens patientstatistik över avslutade vårdtillfällen fr.o.m. juli 1992 t.o.m. juni 1993. Totalt 52 ungdomar under arton år vårdades med stöd av LPT under sagda tidsperiod (Socialstyrelsen 1996 b).

Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Förutsättningarna för att bereda barn och unga tvångsvård inom socialtjänsten ges i LVU. Tvångsvård får beredas den unge om någon av situationerna i 2 eller 3 § LVU föreligger och samtycke till frivillig vård saknas. I 2 § regleras de fall där den unge löper en påtaglig risk att skada sin hälsa eller utveckling på grund av brister i hemmiljön, de s.k. miljöfallen. Vård skall också beslutas med stöd av 3 § om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende, de s.k. beteendefallen. Med annat socialt nedbrytande beteende avses sådant beteende som avviker mot samhällets grundläggande normer på ett sätt som kan leda till en påtaglig risk för den unges hälsa eller utveckling. Exempel på annat socialt nedbrytande beteende kan vara att den unge annat än tillfälligtvis vistas i missbruksmiljöer eller prostituerar sig eller uppträder på sexklubb (prop.1979/80:1, del A, SOSFS 1997:15).

Den unges psykiska problem utgör i sig inte grund för vård med stöd av 3 § LVU. Det är först när den unge som en följd av psykisk störning missbrukar, begår brott eller har ett annat socialt nedbrytande beteende som det kan finnas skäl att ingripa med ett omhändertagande med stöd av LVU. Det måste emellertid avgöras från fall till fall vilken vård som är lämpligast. I vissa fall kan den nödvändiga vården ges inom ramen för socialtjänstens egna behandlingsresurser, i andra fall

kan det vara lämpligare att bereda den unge vård inom psykiatrin (prop. 1989/90:28). De uppgifter som vi fått tyder dock på att det uppstår problem att erbjuda vissa psykiskt störda ungdomar adekvat vård med stöd av de regler som finns i dag.

6.4.8 Våra överväganden

Socialtjänstens arbete – allmänt

Den viktigaste utvecklingspotentialen inom socialtjänsten ligger i att utarbeta nya öppenvårdsalternativ, vilket också görs på många håll i landet. Detta bör uppmuntras och stödjas inte minst med tanke på kostnadsutvecklingen inom institutionsvården. Det är samtidigt viktigt att ständigt utvärdera att öppenvårdsinsatserna ger önskat resultat samt även jämföra resultat från öppen- och slutenvård för att styra utvecklingen rätt.

Arbetsfördelningen mellan socialtjänsten och barnpsykiatrin är en viktig fråga i diskussionen om socialtjänstens kärnkompetens och arbete i barnfamiljer. I vad mån skall barnpsykiatrin överta ansvaret för behandling om den insats barnet eller den unge behöver endast kräver t.ex. psykologkompetens? I vad mån skall socialtjänsten i stället, genom att vidareutbilda socialsekreterare eller genom att anställa flera psykologer, fördjupa sin kompetens när det gäller behandlings-/förändringsarbete i barnfamiljer?

Vi delar SSR:s bedömning att socialsekreterarna behöver en fördjupad kunskap i arbetet med barn som far illa och deras familjer och att det i framtiden inom alla socialförvaltningar bör finnas sådan fördjupad kunskap. Vi anser dessutom att det bör finnas mera av tvärprofessionellt kunnande inom socialtjänsten och stödjer därför socialtjänstens egna önskemål om tvärprofessionell förstärkning. På det sättet kan barnpsykiatrins resurser användas för de svåraste psykiska problemen och inte t.ex. för att kompensera brister i det allmänna kunnandet om barns utveckling, relationer m.m. inom socialtjänsten.

I socialtjänstlagen gäller från den 1 januari 1998 en bestämmelse om kompetens inom socialtjänsten (se ovan). Det är vår bedömning att någon ytterligare lagbestämmelse inte behövs utan att det nu är ett lokalpolitiskt ansvar att utveckla kompetensen inom socialtjänsten (se även kapitel 10).

Socialtjänstens uppföljningsansvar

Vi anser att det finns skäl att granska socialtjänstens uppföljningsansvar ur ett barnperspektiv. När det gäller ungdomar finns redan en bestämmelse som gör det möjligt för socialtjänsten att hålla regelbunden kontakt med den unge för att vid behov följa utvecklingen. Även om mellantvånget inte används i någon större omfattning, finns bestämmelsen som en möjlighet att följa ungdomarna. Denna möjlighet, när det gäller mindre barn, finns bara om föräldrarna samtycker till det. I övrigt gäller för uppföljning/förnyad kontakt samma regler som för inledning av utredning då det gäller skydd och stöd för underårig.

Samtycke är alltid viktigt i socialt arbete för att nå bra resultat. Det är därför lätt att hålla med om att det är nödvändigt att kunna erbjuda ett varierat utbud av insatser och att berörda socialarbetare bör ha hög kompetens. Det är dock här nödvändigt att tillstå att det finns situationer då barn lever i riskzon att fara illa men då socialtjänsten, trots ansträngningar, inte lyckas få sådant samtycke till stånd som krävs för att kunna följa barnets utveckling. Sådana situationer uppstår i arbetet med familjer med stora sociala problem, missbruk och psykisk sjukdom. Det händer t.ex. att familjer flyttar när en utredning inom socialtjänsten avslutats och familjen avböjt erbjudet stöd. Om det inte finns skäl att öppna ny utredning och familjen inte går med på uppföljning får nästa kommun, barnavårdscentral och skola börja om från början. Först när socialtjänsten i denna kommun finner skäl att öppna utredning om barnets situation kan den gamla kommunen kontaktas. Det finns här en respekt för föräldrarnas integritet som inte alltid gagnar barnet.

Vi anser därför att ett uppföljningsansvar, som omfattar någon form av kontrollstationer under barnets uppväxt – med rätt/skyldighet för socialtjänsten att inhämta uppgifter från andra myndigheter – bör utredas.

Den tidigare övervakningen ser vi inte som en lösning. Vi menar att det i stället bör vara socialsekreteraren som med sin kompetens följer barnets utveckling.

I detta sammanhang är det viktigt att poängtera andra myndigheters ansvar att följa barns utveckling och anmäla till socialtjänsten när barn far illa. En skyldighet för socialtjänsten att i sitt uppföljningsansvar inhämta uppgifter från andra myndigheter skulle kunna innebära ett observandum för dessa. När socialtjänsten t.ex. meddelar att familjen inte längre är aktuell inom socialtjänsten, utan uppföljning kommer att göras om tre eller sex månader, innebär det att förskolan, barnavårdscentralen, skolan m.fl. kanske bör vara extra observanta. Frågan om uppföljningsansvar för barn som far illa samt för- och nackdelar med s.k.

kontrollstationer, kräver en fördjupad utredning som vi inte har möjlighet att göra. Vi vill dock lyfta frågan för diskussion.

Långvariga familjehemsplaceringar

Det är i första hand föräldrarnas vilja och förmåga att ta hand om barnet som avgör när vården utanför hemmet kan avslutas och alltså inte barnets situation och behov. Den nya bestämmelsen i socialtjänstlagens portalparagraf – "när åtgärder rör barn skall beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver" – är ett uttryck för att ett starkare barnperspektiv bör anläggas vid bedömningen av när förhållandena är sådana att barnet kan flytta hem till sina föräldrar.

Intentionerna i lagen är att barn som placeras i samhällsvård så snart det är möjligt skall återvända hem och att föräldrarna skall få stöd för att klara föräldrarollen och möjliggöra en hemgång. Dessa intentioner bygger på bedömningen av vad som är barnets bästa. Vi ställer oss i princip helt bakom detta. Vi anser också att den svenska modellen d.v.s. intentionerna i socialtjänstlagen om frivillighet och samförstånd och barns rätt till sina anhöriga är viktig att värna om. Vi menar dock samtidigt att det finns situationer där hänsynen till barnets bästa inte överensstämmer med lagens intentioner. Det finns behov av att på ett samlat sätt granska de långtidsplacerade barnens situation, deras möjligheter till en trygg uppväxt och deras rätt till tillhörighet och känslomässig anknytning samt möjligheter och hinder för detta.

Vi anser därför att barnets ställning vid långvarig familjehemsplacering bör utredas. Därvid skall också övervägas om möjligheterna till adoption eller annan permanent placering bör utökas.

"I gränslandet mellan LVU och LPT"

Det råder stor rättsosäkerhet för de ungdomar som inte uppfyller förutsättningarna för att beredas vård inom socialtjänsten på grund av sitt beteende, men som samtidigt inte heller uppfyller kravet på allvarlig psykisk störning enligt LPT. Många av dessa ungdomar har ett stort vårdbehov. Psykiska problem utgör inte grund för ett ingripande med stöd av 3 § LVU. Enligt uppgift tvingas därför socialtjänsten ibland söka brister i den unges hemmiljö för att kunna bereda den unge vård.

Det vore önskvärt om gränserna för när vård skall beredas den unge med stöd av LVU eller LPT ses över. I ett senare avsnitt, 9.3, lämnar vi förslag på hur utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem skall få sina behov av adekvat psykiatrisk hjälp

tillgodosedda när de vårdas inom socialtjänsten. I avsnittet föreslås att samråd i form av behandlingsråd skall äga rum mellan psykiatri, socialtjänst och hem för vård eller boende för att fastställa den unges vårdbehov och för att planera den fortsatta vården av den unge. Ett behandlingsråd skulle även kunna bistå i socialnämndens utredning av självdestruktiva ungdomars vårdbehov, i de fall dessa ungdomar blir föremål för vård inom socialtjänsten. Det vill säga om man väljer att utvidga LVU att gälla även vid psykiska problem.

6.5 Barn- och ungdomspsykiatri – Socialstyrelsens nationella översyn

Vår bedömning: Socialstyrelsens nationella översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården har fokuserat vuxenpsykiatri (Socialstyrelsen 1997:8). De slutsatser man drar i slutrapporten är dock av central betydelse även för barn- och ungdomspsykiatri, och vi instämmer i allt väsentligt i dem. Slutrapporten och det särskilda underlaget om barn- och ungdomspsykiatri utgör viktiga kunskapsunderlag. De ger direkt eller indirekt stöd åt flera av våra förslag.

Patienters och anhörigas ställning behöver stärkas, och vi instämmer i Socialstyrelsens förslag om åtgärder på flera olika nivåer. Socialstyrelsen förordar att vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri skall utveckla samarbetet för att uppnå mer flexibla åldersgränser (se vårt förslag avsnitt 9.6). Vidare anser Socialstyrelsen att nationella riktlinjer bör utvecklas för sådana delar av vården som har särskilt betydande samordningsbehov, vilket ligger i linje med flera av våra förslag i kapitel 9. Vi välkomnar Socialstyrelsens initiativ för att stödja och utveckla den psykiatriska epidemiologin (se vårt förslag i kapitel 5).

Barn- och ungdomspsykiatri är en specialistresurs. I enlighet med detta anser vi att barn- och ungdomspsykiatri bör koncentrera sina insatser till de mest behövande barnen och familjerna. Eftersom man i dag har ett mycket stort söktryck krävs tydligare prioriteringar. Vi anser att barn och ungdomar med tidig risk att utveckla svår psykisk störning samt ungdomar i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom skall ges särskild prioritet. – Vi konstaterar att BUP i dag har stora svårigheter att leva upp till vårdgarantin.

Det finns tydliga behov av specialiserade team. Dessa bör arbeta nära eller inom den allmänna barn- och ungdomspsykiatri så att det tvärdisciplinära arbetssättet vidareutvecklas och fördjupas. Verk-

samheterna bör kontinuerligt utvärdera specialistteamens ställning, så att de inte bidrar till att väntetiderna för att få hjälp totalt sett ökar.

Kunskapsluckor och metodbrister kan utgöra hinder för en god vård. Professionerna har ett självklart ansvar att följa kunskapsutvecklingen och tillägna sig ny metodik som visat sig ge goda behandlingsresultat. Gränsen mellan öppen och sluten vård bör göras alltmer flexibel och mellanvårdsformer utvecklas. Det är vår bedömning att detta underlättas av att öppen och sluten vård finns inom samma organisation.

Vi anser att barn- och ungdomspsykiatri vid vård av traumatiserade och psykiskt funktionshindrade barn och ungdomar bör tillämpa ett habiliterings- alternativt ett rehabiliteringstänkande.

Förebyggande arbete genom identifikation av riskgrupper och uppmärksamhet på tidiga tecken på psykisk ohälsa skall ske i samverkan med mödra- och barnhälsovård, barnomsorg, skolhälsovård, distriktsläkarmottagningar och närstående. Vi anser dock att distriktsläkarmottagningar i detta avseende fungerar bristfälligt i dag.

6.5.1 En nationell översyn

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen gjort en översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården. Översynen har gällt den specialiserade psykiatri och i huvudsak inriktats på vuxenvården. Ett särskilt uppdrag rörande barn- och ungdomspsykiatri lades dock bl.a. med syftet att ge underlag till vårt kommittéarbete.

Socialstyrelsens översyn bygger i sin helhet dels på kartläggningar av olika delar av den psykiatriska verksamheten som Socialstyrelsen genomfört, dels på underlagsrapporter som tagits fram av olika experter och grupper. Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården har analyserats av en expertgrupp med Olav Bengtsson som ordförande. Arbetsgrupper, referensgrupper, vetenskapliga råd och andra experter har alla bidragit till utformningen av Socialstyrelsens slutrapport, *God psykiatrisk vård på lika villkor?* (Socialstyrelsen 1997:8), vilken överlämnades till regeringen den 25 november 1997.

I rapporten slår Socialstyrelsen fast att den psykiatriska vården på många sätt utvecklats positivt. Antalet slutenvårdsplatser har minskat till förmån för behandling i öppna vårdformer med inriktning mot att behandla patienten i dennes ursprungliga miljö, vilket på sikt kan ge betydande resultat i form av minskade psykiska funktionshinder. Den positiva utvecklingen till trots har många personer med psykisk störning fortfarande svårt att få sina behov tillgodosedda. De bestämmelser

som är grundläggande för den psykiatriska hälso- och sjukvården ges förutom i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) även i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Tvångslagarna tillämpas ytterst sparsamt i vården av omyndiga, LRV nästan inte alls. Den av Sverige stödda FN-resolutionen om principer för skydd till psykiskt sjuka (1991) skall utöver lagarna vara vägledande för psykiatrin. "Samtliga reser krav på vården som den inte helt lever upp till", konstaterar Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 1997:8).

Även om översynen koncentrerats till vuxenpsykiatrin har många av Socialstyrelsens ställningstaganden direkta implikationer också för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten och därmed för vårt utredningsuppdrag. Några centrala uttalanden och förslag, som är giltiga också för barn- och ungdomspsykiatrin, sammanfattas nedan.

En stärkt ställning för patienterna och deras anhöriga

Patienternas och anhörigas inflytande behöver stärkas genom att ett aktivt deltagande i vårdens planering och genomförande uppmuntras. Individuella vårdplaner bör upprättas i samråd med patienten och när det är möjligt med anhöriga, och vårdplanen bör integreras med vårdgrannarnas planering så att den omfattar patientens hela livssituation. Socialstyrelsen föreslår att regeringen bemyndigar styrelsen att utfärda föreskrifter om vårdplanering och utforma granskningsmallar för tillsynen av att de mänskliga rättigheterna respekteras i psykiatrin.

Socialstyrelsen uppmanar sjukvårdshuvudmännen att inom ramen för verksamheternas kvalitetstillsyn bl.a. införa planeringsorgan där patienter och anhöriga finns representerade och att underlätta brukarrevisioner av vården.

Breda och djupa insatser för att utveckla kompetensen i vården

Utbildningarna behöver breddas och intensifieras för att svara mot en förändrad psykiatri vidgade kunskapsbehov och behov av insikter om vårdgrannarnas insatser och verksamhet. Bristen på specialister i psykiatri behöver åtgärdas genom en mer aktiv rekrytering till utbildningen och genom personalvårds- och arbetsmiljöinsatser. Ledarskapsutveckling bör erbjudas alla yrkeskategorier. Gott ledarskap handlar mer om individuell förmåga än om yrkestillhörighet.

Socialstyrelsen konstaterar också att det finns brist på differentierade vårdresurser, att kvarstående kunskapsluckor finns inom psykiatrin och att dessa utgör reella hinder. Här kan särskilt nämnas att Social-

styrelsen i kapitlet "Barn- och ungdomspsykiatri" säger att följande grupper, på grund av metodbrister, inte får adekvat behandling: ungdomar med en kombination av allvarlig social och psykiatrisk problematik, aggressiva och utagerande pojkar, förövare av våld och sexuella övergrepp samt självdestruktiva flickor.

Förbättrad samverkan och samordning

Av allra största betydelse är en utvidgad samverkan kring unga psykopatienter i tidiga stadier av sin sjukdomsutveckling, anser Socialstyrelsen. Samverkansformer måste utvecklas för detta med skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Socialstyrelsen föreslår regeringen att särskilt bemyndiga styrelsen att utveckla nationella riktlinjer på skilda avsnitt av den psykiatriska vården där samordningsbehoven är särskilt betydande. För egen del avser Socialstyrelsen att i nära samverkan med huvudmännen och professionerna utveckla nationella riktlinjer för behandlingen av de olika psykiatriska tillstånden, där också primärvårdsinsatser, sociala insatser och insatser från skolan inkluderas. Till huvudmännen riktar Socialstyrelsen förslaget att de skall utveckla samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri för att uppnå mera flexibla åldersgränser.

En utvecklad psykiatrisk organisation

Patienter med tidig risk att utveckla svår psykisk störning måste ges allra högsta prioritet. Den psykiatriska vården behöver differentieras, och stora allvårdsavdelningar med en blandning av kroniskt sjuka patienter och nyinsjuknade bör undvikas.

Socialstyrelsen föreslår huvudmännen:

- att ge särskild prioritet åt unga patienter i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom, däribland särskilt psykopatienter och patienter med ätstörningar
- att identifiera riskgrupper och uppmärksamma tidiga tecken på psykisk ohälsa i samverkan med mödrahälsovård, barnomsorgen, skolhälsovård, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och närstående
- att barnen till psykiskt störda särskilt uppmärksammas.

Socialstyrelsen föreslår regeringen att ge styrelsen och forskningsråden i uppdrag att utveckla den psykiatriska epidemiologin i nära samarbete med forskning, professioner och huvudmän. För egen del avser Socialstyrelsen att ge särskilt stöd till epidemiologin inom psykiatrin.

6.5.2 Utdrag ur "God psykiatrisk vård på lika villkor?"

Den följande beskrivningen av barn- och ungdomspsykiatrin är ett utdrag ur slutrapporten från Socialstyrelsens nationella översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården (Socialstyrelsen 1997:8). Beskrivningen är i sin tur baserad på underlagsrapporten Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården. I den mån bedömningar kommer till uttryck i nedanstående utdrag är de således Socialstyrelsens och inte våra. Den läsare som är intresserad av en mer fullständig bild av barn- och ungdomspsykiatrin hänvisas till underlagsrapporten.

Barn- och ungdomspsykiatri

Målgrupp

Barn- och ungdomspsykiatri är en separat medicinsk specialitet. Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten riktar sig till barn och ungdomar med psykiatrisk problematik upp till 18 år.

Ungefär en fjärdedel av Sveriges befolkning utgörs av barn och ungdomar upp till 19 års ålder. Barn- och ungdomspsykiatrin är en liten resurs till vilken stora förväntningar knyts. Den upptar cirka 1 procent av landets totala sjukvårdsbudget och knappt 10 procent av vuxenpsykiatrins resurser. Barn- och ungdomspsykiatrin bör vara den specialistresurs inom landstinget, som har ansvar för diagnostik och behandling av de svårast psykiskt störda barnen och ungdomarna.

Den övre åldersgränsen, vanligen 18 år, vållar problem. 18-åringar är oftast ekonomiskt, socialt och/eller psykologiskt beroende av sina familjer. Många skäl talar för en flexibel åldersgräns mellan 18 och 25 år, speciellt för långtidspatienter. Ett nära samarbete med vuxenpsykiatrin behövs kring dessa ungdomar.

Cirka 12-15 procent av alla äldre tonåringar har någon gång under uppväxten varit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin. Könsfördelningen är jämn. Pojkarna dominerar i 7-12-årsgruppen, flickorna söker oftare hjälp i tonåren. En signifikant högre andel av barnpsykiatrins patienter, i jämförelse med befolkningen i samma åldrar, saknar tillgång till två föräldrar i det dagliga livet.

Verksamhet

Minst 90 procent av insatserna sker i öppenvård. För ungefär hälften av de familjer som söker blir det högst fyra besök. Ett litet antal familjer har kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin under flera år. De vanligaste symtomen som barnen inom öppenvården har är rela-

tionsstörningar, ångeststörningar, störning av sinnesstämning (vanligen depression) uppförandestörning, koncentrations- och uppmärksamhetsstörning och svår anpassning efter trauma eller kris.

Slutenvården har 337 platser för hela landet. Barn i akuta psykiatriska tillstånd som kräver högre omhändertagandenivå än deras normala nätverk klarar av, samt barn under utredning som kräver heldygnsobservation (t ex vid misstankar om övergrepp), vårdas i slutenvård. För barn inom slutenvården anges problemen vara relationsproblem, depression och beteendestörning, ätstörning och psykos. Tvångsvård är sällsynt. Gränsen mellan öppen och slutenvård luckras upp, t ex via olika former av dagvård. Flexibla övergångar mellan öppen och slutenvård, vilket är till störst nytta för föräldrar och barn, skapas lättast om det är samma huvudman för öppen och slutenvård.

Utmärkande för verksamheten är den tvärvetenskapliga inriktningen, vilken främst manifesteras i det barn- och ungdomspsykiatriska teamet med personal som har olika utbildningsbakgrund. Medicinska, sociala och psykologiska kunskaper tillämpas på ett integrerat sätt, med en helhetssyn på det växande barnet och dess familj, samt på familjen i ett samhällsperspektiv.

Insats

Inte sällan startar det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet som en krisinsats. Annars genomförs en diagnostisk bedömning. I denna inkluderar barnets psykiatriska tillstånd, familjens resurser att hjälpa, nätverkets möjligheter att bistå.

Mer än hälften av familjerna erhåller stödjande och rådgivande föräldrasamtal. Ungefär en tredjedel går i familjeterapi. Övriga behandlingsformer står för mellan 1 och 10 procent: individualpsyko-terapi, gruppbehandling, miljöterapi, nätverksarbete och farmakoterapi. ---

Vid uppföljningar cirka ett år efter avslutad kontakt är föräldrarna ofta nöjda med den barn- och ungdomspsykiatriska insatsen. --- Ungdomarna är mer kritiska mot behandlingsmetoderna.

Samarbete

Kvaliteten inom barn- och ungdomspsykiatri är beroende av förmågan att samarbeta med vårdgrannar och myndigheter. Det är svårt att exakt ange gränser för barn- och ungdomspsykiatri, liksom att ringa in vad som är socialtjänstens uppgift, skolans m m. Dessa båda verksamheter uttrycker störst förväntningar och kanske också mest besvikelse på samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri. Såväl skolan som socialförvaltningen uttrycker ofta frustration över att barn- och ungdomspsykiatri "släpper" sina klienter. Den korttidsbehandling som är vanligast är inte tillräcklig för familjer som fungerar dåligt i flera olika avseenden. ---

Följande grupper anses för närvarande inte få adekvat behandling:

- Ungdomar med en kombination av allvarlig psykiatrisk (psykoser, borderlinestörningar) och social problematik.
- Aggressiva och utagerande pojkar.
- Förövare av våld och sexuella övergrepp.
- Självdestruktiva flickor. ---

Tillgång och efterfrågan

Under den senaste femårsperioden har det skett en ökad tillströmning till barn- och ungdomspsykiatri. ---

Väntetiderna för ett första besök ökar och det genomsnittliga antalet besök per barn minskar. Strävan efter korta insatser kan medföra att familjer får otillräcklig hjälp. ---

Samordning

Samordningen behöver förbättras inom följande områden:

Ekonomisk statistik och målgruppsrelaterad statistik. Båda redovisningarna bör innehålla gemensamma basdata, enhetligt definierade. Utöver dessa kan uppläggningsen styras fritt utifrån lokala önskemål och behov.

Verksamhetsredovisningar och vård- och behandlingsprogram. För att kunna jämföra redovisningar och program, behövs enighet om vilka rubriker som skall finnas med och om vilka uppgifter som skall lämnas under respektive rubrik.

Det behövs öppenhet inom vården för olika typer av behandling, inklusive nya metoder, så att man kan möta varje hjälpsökandes speciella behov. Det finns ett stor behov av att följa kunskaps- och erfarenhetsutvecklingen. Idag saknas i stort sett *en gemensam "kommunikationskanal"* där alla inom verksamheterna snabbt kan byta kunskaper och erfarenheter.

Konkreta program för samarbete kring tonåringar med troligt vuxenpsykiatriskt vårdbehov bör utformas.

(God psykiatrisk vård på lika villkor, Socialstyrelsen 1997:8)

6.5.3 Våra överväganden

"Barn- och ungdomspsykiatri är en liten resurs till vilken det ställs stora förhoppningar" konstaterar Socialstyrelsen ovan. I sin egenskap av specialistresurs för vården av barn och ungdomar med psykiska problem, är den också helt central för vårt uppdrag. Vi ägnade den mycket tid i inledningen av vårt utredningsuppdrag, vilket kommit till uttryck i vårt delbetänkande (SOU 1997:8). Flera av våra förslag rör barn- och ungdomspsykiatri, direkt eller indirekt. Vår diskussion i detta avsnitt är därför inte på något sätt uttömmande, utan fokuserar några aspekter som inte lyfts fram på annan plats.

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri formulerar målen för verksamheten som följer:

Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är en specialistresurs inom hälso- och sjukvården. Dess målsättning är att igenkänna, bota, lindra och förebygga psykisk sjukdom och störning, som utgör hinder för personlig tillväxt och mognad. I målsättningen ingår också att verka för att barns intressen tillvaratas i samhället. Barns och ungdomars behov av hjälp och stöd ska i första hand tillgodoses av föräldrar, skola, socialtjänsten och primärvård.

Landstingens egna målbeskrivningar ligger i allmänhet mycket nära den ovan citerade.

Vi konstaterar att målen är mycket brett och allmänt formulerade, särskilt om man beaktar att barn- och ungdomspsykiatri är en specialistresurs. Man kan utgå ifrån att målformuleringarna inte ger särskilt tydlig vägledning då man ställs inför kravet att prioritera bland tänkbara insatser.

Behovsanalys och planering

Expertgruppen säger i underlagsrapporten att samstämmiga uppgifter ger vid handen att det under den senaste femårsperioden skett en kraftig tillströmning av patienter till barn- och ungdomspsykiatri, samtidigt som resurserna har minskats.

Från alla håll i landet rapporteras således ett ökat tryck av sökande. Man bör emellertid vara medveten om att den grundläggande dimensioneringen av barn- och ungdomspsykiatri ser mycket olika ut. I vårt enkätmaterial kan vi konstatera att det föreligger mycket stora variationer landstingen emellan, dels i hur mycket resurser man överhuvudtaget skjuter till – för år 1996 varierande från 225 till 850 kr per barn 0-20 år boende i länet –, dels i hur man väljer att använda de medel som står till förfogande. Vissa landsting har en extremt liten slutenvård och satsar då förhållandevis mer på öppenvården, i andra län är man relativt väl försedd med slutenvårdsplatser.

De regionala skillnaderna i resurser och vårdformer är större än vad som rimligen kan motiveras av skillnader i psykisk ohälsa. Detsamma är fallet för vuxenpsykiatri, enligt Socialstyrelsens slutrapport (Socialstyrelsen 1997:8). Vården tycks ha utvecklats på olika sätt och vi besitter otillräcklig kunskap om de egentliga behoven och hur barn- och ungdomspsykiatri svarar mot dessa i olika delar av landet. För att få en giltig bild av behoven är en epidemiologisk bevakning av mycket stort värde, och vi lämnar förslag om detta i kapitel 5. Vi välkomnar att Socialstyrelsen åtar sig att särskilt stödja den psykiatriska epidemiologin och att man föreslår ett regeringsuppdrag för fortsatt utveckling av denna. Epidemiologin bidrar med en väsentligt förbättrad kunskap. För att bedöma hur vårdbehoven tillgodoses måste den dock kombineras med förbättrad rapportering och utvärdering av åtgärder. Vi återkommer till detta i kapitel 10, Kompetens och kvalitetsutveckling.

De långa köerna

Det stora trycket på barn- och ungdomspsykiatrien leder till långa väntetider och/eller till en möjligen alltför kort behandling för de hjälpsökande, och till en påfrestande arbetssituation för personalen. Till specialistutredningar av exempelvis autism och annan neuropsykiatrisk problematik kan väntetiderna vara upp till ett år. Köerna för specialiserad behandling, exempelvis för ätstörningar, är också mycket långa.

Enligt den s.k. vårdgarantin i 2 a § HSL gäller: "Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd" (i kraft sedan den 1 juli 1997). Enligt Dagmaröverenskommelsen för år 1997 uttolkas detta så att läkarbesök inom primärvård skall erbjudas inom åtta dagar och "när så erfordras ska primärvården biträda med hänvisning till specialistvård för patientbesök inom tre månader. För patienter med oklar diagnos ska besöket hos specialist ske inom en månad" (skr. 1996/97:66, bilaga 6). Behandling skall sedan påbörjas "utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar". – Det är alltså uppenbart att barn- och ungdomspsykiatrien i dag har stora svårigheter att leva upp till vårdgarantin.

Nödvändigt att prioritera

Vi anser att barn- och ungdomspsykiatrien skall koncentrera sin insatser till de mest behövande barnen och familjerna. Enligt 2 § HSL gäller att: "Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården skall ges företräde" (i kraft den 1 juli 1997). Då efterfrågan överstiger resurserna måste behoven få avgöra vem som i första hand skall få vård. Det är således betydelsefullt att barn- och ungdomspsykiatrien gör medvetna prioriteringar, i synnerhet mot bakgrund av det stora antalet hjälpsökande. Dessa prioriteringar skall vara explicita och på övergripande nivå kunna bli föremål för politisk diskussion och styrning.

I expertgruppens rapport understryks att frivilligheten är utmärkande för den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Allmänt anser man att familjens egen motivation är avgörande för om man skall kunna använda sig av det som barn- och ungdomspsykiatrien har att erbjuda. Vid nästan hälften av insatserna har dock någon utomstående gjort familjen uppmärksam på barnets behov av hjälp. Många har blivit aktivt stöttade att söka sig till barn- och ungdomspsykiatrien, även om endast en mindre grupp kommer genom formell remittering. Vi anser att barn- och ungdomspsykiatrien kan göra explicita och ändamålsenliga prioriteringar utan formellt remisskrav.

Till sekretariatet har influerat ett antal rapporter kring hur mycket svårt störda tonåringar inte beretts vård inom barn- och ungdomspsykiatri därför att man inte har resurser att tillmötesgå deras stora och omedelbara vårdbehov. Det är lätt att inse att en våldsamt och gränspsykotisk tonåring knappast kan behandlas på samma avdelning som ett par betydligt yngre barn med inåtvända problem. Likväl måste det sägas att det förekommer att just "den som har det största behovet av hälso- och sjukvård" har svårt att få vård, då den totala vårdresursen är liten och behoven hos de hjälpsökande svåra att förena inom samma väggar. I själva verket saknar i dag många BUP-kliniker möjlighet att erbjuda den differentierade vård som skulle krävas för att möta dessa skilda behov. Man kan förmoda att ett offensivt utvecklingsarbete av den psykiatriska vården för ungdomar skulle kunna avhjälpa en del av dessa svårigheter.

I expertgruppens underlagsrapport nämns att "vid långvarig slutenvård sker ofta överföring till ett behandlingshem (*i landstingets regi*) eller kanske till ett (*enskilt*) hem för vård och boende" (s. 32, *vårt tillägg*). Vi vill understryka att den psykiatriska behandlingen fortfar att vara hälso- och sjukvårdens ansvar. I avsnitt 9.3 behandlas samarbete mellan barnpsykiatri och socialtjänsten vid placering av ungdomar i hem för vård eller boende, HVB.

Behovet av specialistteam

Inom barn- och ungdomspsykiatri, liksom i alla medicinska grenar, måste man hitta en väl avvägd balans mellan den generella och den specialiserade vården. Från våra intresseorganisationer har framförts starka krav på att man skall ha möjlighet att snabbt nå fram till specialiserad kompetens. Detta är naturligt, eftersom organisationerna i flertalet fall representerar specifika diagnosgrupper, som alla kan ge exempel på hur den hjälpsökandes lidande förlängts på grund av att personalen inte haft rätt specialistkunskaper. Vi vill dock understryka att intresseorganisationerna i detta avseende inte representerar majoriteten av de hjälpsökande inom BUP. Här som annorstädes är det så att "hälsan tiger still"; det är främst de grupper som i dag har svårt att få rätt stöd och vård som har anledning att engagera sig i intresseorganisationer.

I dag finns en något oroande tendens att den allmänna barnpsykiatri och neuropsykiatri utvecklas tämligen åtskilda. I likhet med Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri anser vi att specialister i barn- och ungdomspsykiatri bör ha en hög grundkompetens i neuropsykiatri. En bredd i kompetens och synsätt måste således rym-

mas inom den allmänna barnpsykiatrin, så att man förmår anlägga en helhetssyn på barns utveckling och psykiska problem. Vid komplicerade och/eller svårbedömda neuropsykiatriska problembilder finns dessutom behov av specialiserad kunskap. På liknande sätt behövs exempelvis familjeterapeutisk kompetens vid relationsstörningar inom familjen, specialiserade kunskaper om ätstörningar vid behandling av utvecklad anorexi, interkulturell kompetens vid behandling av flyktingbarn och -familjer etc.

De specialiserade teamen behövs för att barn, ungdomar och familjer med ovanlig och/eller komplicerad problematik skall få sina behov av vård och stöd tillgosedda. Dessa team bör arbeta inom eller nära den allmänna barn- och ungdomspsykiatrin, så att det tvärvetenskapliga arbetssättet vidareutvecklas och fördjupas. Man bör också vara uppmärksam på att bildandet av specialistteam innebär en potentiell risk. Specialistteamet befinner sig längre från basverksamheterna, och det är i allmänhet svårare för den hjälpsökande att få tillgång till dess resurser. Väntetiden kan bli lång. Man bör därför inom ramen för verksamhetens kvalitetssäkringsarbete kontinuerligt utvärdera specialistteamens ställning, så att de inte bidrar till att väntetiderna för att få hjälp totalt sett ökar.

Att det finns ett behov av såväl bredd som specialiserad kunskap innebär att barn- och ungdomspsykiatrin aldrig kan decentraliseras fullt ut. Det finns en inneboende konflikt mellan närhet och tillgänglighet å ena sidan och specialiserad kompetens å den andra. Bara de större BUP-klinikerna har möjlighet att erbjuda mer specialiserad utredning och behandling, och kan därför ta emot remisser och fungera som kunskapscentra i respektive län eller länsdel. Mindre och större enheter har ett ömsesidigt ansvar att utveckla sitt arbete i samspel, så att barn och familjer får hjälp på den omhändertagandenivå som problematiken kräver.

Differentierade behandlingsmetoder och kompetensutveckling

I Socialstyrelsens rapport anges att de vanligaste behandlingsmetoderna är insatser för och tillsammans med föräldrar samt familjeterapi. Individualterapi, gruppterapi, miljöterapi, nätverksarbete, medicinering, expressiva tekniker samt kroppsterapi kan också förekomma (Socialstyrelsen 1997:8).

Det finns anledning att framhålla att barnpsykiatrins behandlingsarsenal räcker långt och att man bedriver ett omfattande och framgångsrikt arbete till relativt liten kostnad. Från flera intresseorganisationer har dock framförts kritik mot otillräcklig bredd i den terapeutiska kom-

petensen. Som exempel nämns att endast få behandlare besitter kompetens i kognitiv beteendeterapi, vilket visat sig vara en effektiv behandlingsmetod inte minst vid tvångs- och ångeststörningar. I Socialstyrelsens slutrapport av den nationella översynen påpekas generellt att kunskapsluckor och metodbrister utgör reella hinder för en god psykiatrisk vård och att utvecklingsarbete måste ges prioritet. I avsnittet som specifikt gäller den barn- och ungdomspsykiatriska vården (se ovanstående utdrag) framhålls att det finns behov av att mer effektivt följa kunskaps- och erfarenhetsutvecklingen. Man påpekar att det saknas en gemensam kommunikationskanal där alla verksamheter snabbt kan byta kunskaper och erfarenheter. Vår bedömning är att detta till en del sammanhänger med att det i jämförelse med andra medicinska specialiteter bedrivs förhållandevis lite forskning inom barn- och ungdomspsykiatri. Det kunskapsutbyte som sker genom publicering i facktidskrifter är därför ganska sparsamt. Vi delar Socialstyrelsens bedömning att det är angeläget att det finns forskningskunniga kliniker i ledande positioner, och att man åtminstone på länsnivå bör bygga upp forsknings- och utvecklingsenheter. Då forsknings- och utvecklingsarbete är en del av verksamheten sker en naturlig inskolning för personalen i att söka information och upprätta kanaler för utbyte.

Mellanvårdsformer

Gränsen mellan öppen och sluten vård luckras upp, t.ex. via olika former av dagvård. Sådana mellanvårdsformer är ett sätt att möta vårdbehoven hos barn och ungdomar med relativt svåra psykiska problem. Mellanvård är ofta effektivt, också ur kostnadssynpunkt, och är något som efterfrågas av flera intresseorganisationer. För exempelvis ätstörningar förespråkas vårdprogram som bygger på flexibla övergångar mellan öppen och sluten vård, av såväl intresseorganisationer som professioner. Vi anser att flexibla övergångar underlättas av att öppen och sluten vård finns inom samma organisation.

Rehabilitering – habilitering

Inom barnpsykiatri finns en behandlingsoptimism, som i huvudsak är positiv. Den bottnar i en tilltro till människors resurser, till föräldrarnas goda vilja och inte minst till den kraft som ryms i barnets utvecklingspotential. Behandlingsoptimismen har dock lett till att man inte tillräckligt uppmärksammat att många barn har svårigheter som inte en gång för alla "botas" genom relations- och familjeinriktad behandling.

Traumatiserade barn och barn med ett neuropsykiatriskt eller annat psykiskt funktionshinder kan behöva tillgång till ett långsiktigt och varierat stöd. För dessa grupper behöver man tillämpa ett habiliteringsalternativt ett rehabiliteringstänkande. Åtgärderna är då mer långsiktiga och inriktade på att främja att barnet utvecklar, eller återvinner, bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.

Förebyggande insatser

Det förebyggande arbetet sköts i huvudsak av verksamheter som har detta som sin huvuduppgift, vilket är fallet för mödra- och barnhälsovården. Även barnomsorgen och skolan har ett allmänförebyggande uppdrag. Trots att vi har anledning att vara bekymrade över sentida nedrustningar i dessa basverksamheter, är det likafullt så att de i grunden har goda förutsättningar att förebygga och lindra psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (se kapitel 4). Det kan också nämnas att ungdomsmottagningarna fyller en förebyggande funktion för tonåringar, framförallt för flickorna (se avsnitt 6.3).

Barn- och ungdomspsykiatrin medverkar i viss mån i det förebyggande arbetet, på ett indirekt sätt. Förebyggande arbete genom identifiering av riskgrupper och uppmärksamhet på tidiga tecken på psykisk ohälsa skall ske i samverkan med mödra- och barnhälsovård, barnomsorg, skolhälsovård, primärvård och närstående. – Vi vill dock påpeka att primärvården i detta avseende fungerar mycket bristfälligt i dag. Mycket få barn och familjer med behov av barn- och ungdomspsykiatrin identifieras av primärvården. Många barn och ungdomar skulle kunna få hjälp i ett tidigare och mer gynnsamt skede om primärvårdens arbetssätt förbättrades på denna punkt.

Det finns ett preventivt värde i att sprida den kunskap som man besitter inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vi anser att kunskapsspridningen bör ske inom ramen för konkreta samarbeten över verksamhetsgränserna. Vid konsultation, remissteam och i gemensamma utrednings- och behandlingsinsatser sker en kontinuerlig kunskapsöverföring. Kunskapsöverföring, som ger potentiella preventiva effekter, kan även ske genom sedvanlig publicering.

Vi instämmer med Socialstyrelsen

Expertgruppens underlag och slutrapporten från Socialstyrelsens nationella översyn av den psykiatriska vården, God psykiatrisk vård på lika villkor? (Socialstyrelsen 1997:8), utgör väsentliga kunskapsunderlag.

De ger dessutom direkt eller indirekt stöd åt några av våra mer centrala förslag.

Vi instämmer med följande av Socialstyrelsens övergripande ställningstaganden:

- Patienternas och anhörigas inflytande behöver stärkas, såväl i den individuella vårdplaneringen som på övergripande nivå, inom ramen för verksamheternas kvalitetstillsyn.
- Kunskapsluckor och metodbrister utgör reella hinder för en god vård, och utvecklingsarbete måste därför ges prioritet.
- Socialstyrelsen bör utveckla nationella riktlinjer på skilda avsnitt av den psykiatriska vården där samordningsbehoven är särskilt betydande.
- Identifikation av riskgrupper och uppmärksamhet på tidiga tecken på psykisk ohälsa skall ske i samverkan med mödrahälsovård, barnomsorgen, skolhälsovård, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och närstående.
- Patienter med tidig risk att utveckla svår psykisk störning måste ges allra högsta prioritet.
- Särskild prioritet skall ges åt unga patienter i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom, däribland särskilt psykospatienter och patienter med ätstörningar. Samverkansformer måste utvecklas för detta med skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.
- Vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri skall utveckla samarbetet för att uppnå mer flexibla åldersgränser.
- Barnen till psykiskt störda skall särskilt uppmärksammas.

6.6 Barnhabiliteringens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem

Vår bedömning: Man kan räkna med att en tredjedel av habiliteringens barn och ungdomar har behov av barnpsykiatrisk kompetens. Djupgående kunskap om funktionshindrets innebörd är avgörande för rätt barnpsykiatrisk diagnos och behandling. Det är därför mest ändamålsenligt att huvudansvaret för stöd och vård ligger hos barn- och ungdomshabiliteringen, och att barnpsykiatrisk kompetens tillförs. Tillgången till sådan växlar emellertid, och det barnpsykiatriska inslaget i habiliteringens arbete ser mycket olika ut på olika håll i landet.

Barnhabiliteringen och barn- och ungdomspsykiatrien har ett relativt stort antal "gemensamma" barn, och i de flesta län finns fasta former för barn- och ungdomshabiliteringarnas samverkan kring vissa diagnosgrupper. Vi förordar fortsatt och fördjupad samverkan, samtidigt som den specialiserade kompetensen vidmakthålls och utvecklas inom respektive verksamhet.

Specialteam och -funktioner får inte utvecklas på bekostnad av ett starkt generellt stöd till barn och familj, som ges i barnomsorg, skola och habiliteringens bassteam. Samarbetet mellan basnivån och den specialiserade vården är avgörande för hur vardagen gestaltar sig för det funktionshindrade barnet och dess familj.

Barn- och ungdomshabiliteringarna är en resurs för barn med funktionshinder. Habiliteringens uppgift är att främja utvecklingen av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos det enskilda barnet. I detta ingår också att stödja familjen. Ett övergripande mål för verksamheten kan sägas vara att barn och ungdomar med funktionshinder skall kunna delta i samhället på sina villkor. Eftersom många har en skada som leder till mer än ett funktionshinder har man sedan början av 1980-talet samordnat habiliteringen för olika typer av funktionshinder inom en och samma organisation.

I WHO:s definition av handikapp skiljer man på skada/störning, funktionshinder och handikapp (WHO 1980). Skadan är en medicinsk-biologisk företeelse. En skada kan ge upphov till ett eller flera funktionshinder, hur omfattande detta blir kan vara avhängigt individens övriga utrustning och utveckling. Handikapp slutligen är något som uppstår i den funktionshindrade individens möte med omgivningen. Habiliteringarna arbetar med utgångspunkt i den handikappande situationen.

Gällande bestämmelser

Barn- och ungdomshabiliteringen bedriver habilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och rådgivning och stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). LSS betonar den funktionshindrade som delaktig och med inflytande på sin situation. Familjen och familjens behov kommer i centrum, framförallt för de yngre barnen. Enligt LSS har landsting och kommun ett delat ansvar för stöd och service. I normalfallet ansvarar landstingen för rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder (9 § 1 p.), medan kommunen svarar

för det fortlöpande stödet i vardagen, såsom personlig assistans, ledsagarservice, biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, boendestöd m.m. (9 § 2-10 p.). Kommun och landsting kan enligt 17 § sinsemellan träffa avtal om att överlåta ansvar för en eller flera av ovannämnda uppgifter från landstinget till kommunen eller från kommunen till landstinget. Lagstiftningen ger alltså utrymme för olika organisatoriska lösningar. Barn- och ungdomshabiliteringen, som ger rådgivning och stöd enligt 9 § 1 p., tillhör i flertalet län landstinget, men i exempelvis Jämtlands län har hela ansvaret enligt LSS lagts på kommunerna. Den landstingspolitiska styrningen varierar också en hel del.

Psykiska problem

Barn med funktionshinder löper en ökad risk att få psykiska problem under sin utveckling. Utvecklingsproblem av den typ som alla barn upplever i någon grad, kring sömn, mat, rädslor och självständighetssträvan, kan bli mer uttalade och fastlåsta på grund av funktionshindret. Barnet kan också ha starka reaktioner av ilska och sorg över funktionshindret och inför exempelvis smärtsamma behandlingar. Barn med en neurologisk skada eller dysfunktion kan ha svårigheter att förstå omgivningen och att relatera till den på ett sätt som gynnar utveckling och psykisk hälsa.

Barn- och ungdomshabiliteringarna har kommit att spela en allt större roll för barn med autism och svåra uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar, och man har mer och mer uppmärksammat att många av de fysiskt funktionshindrade och förståndshandikappade barnen också behöver stöd och hjälp med känslomässiga problem. Barnpsykiatriska frågeställningar är med andra ord högst aktuella.

Konferens i samverkan med Allmänna Barnhuset

Den 17-19 mars 1997 anordnades en konferens på Sätra Bruk i samarbete mellan Allmänna Barnhuset och Barnpsykiatrikommittén, under rubriken "Barnhabiliteringens stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem".

Innehållet i detta avsnitt baserar sig i stor utsträckning på det som framkommit under och i anslutning till konferensen. En fullständig dokumentation återfinns i den skrift som Allmänna Barnhuset utgivit i samarbete med oss, Växa på egna villkor. Om barn- och ungdoms-

habiliteringens insatser för att förebygga, lindra och bota psykiska problem (Allmänna Barnhuset 1998).

För att få en så heltäckande bild som möjligt kompletterade vi konferensen med en enkät till habiliteringscheferna runt om i landet.

6.6.1 Barnets och familjens perspektiv

Att bli förälder till ett barn med funktionshinder innebär ett helt nytt föräldraskap. Man har i de flesta fall inga tidigare erfarenheter att relatera till och man kan därför inte veta vilken hjälp som finns att få och vad man kan efterfråga. Därför behöver man få information och erbjudanden om stöd och service, som man själv kan ta ställning till om man behöver, och i så fall när och hur.

För personal inom habiliteringen är det viktigt att vara medveten om att familjens och barnets perspektiv är helt annorlunda än verksamheternas. Inom habiliteringen eller andra serviceorgan ser man behoven av stöd och service ur en professionell och generell synvinkel. Ur familjens perspektiv däremot finns det inga kollektiva lösningar; det gäller oss, vårt barn och vår situation.

De tidiga insatserna för föräldrar och barn är av mycket stor betydelse för att uppnå god kvalitet i habiliteringsarbetet. Om den första informationen varit bristfällig kan detta grunda en djup misstro hos föräldrarna gentemot vården (Preisler & Ek 1997, Familjens nätverk 1996). Den första informationen måste vara ärlig, så fullständig som möjligt, gärna uppdelad på ett par tillfällen och alltid med båda föräldrarna tillsammans. En färsk nordisk undersökning visar att föräldrar i Sverige är mindre nöjda med den information man fått än vad som är fallet i våra grannländer (Kollberg 1996).

Många kontakter

Det finns ett potentiellt stort serviceutbud för barn med funktionshinder. I själva verket är det så omfattande att det lätt kan bli för mycket av det goda, i form av många och splittrade kontakter, med föräldern som en halvprofessionell samordnare och ett barn som har alltför lite tid att leka och bara vara till. Detta innebär hälsorisker för såväl barn som föräldrar. Barnet går miste om viktig lektid och kan uppleva en stark känsla av att inte duga som den han eller hon är. Föräldern kan bli mycket tröttkörd och ha svårt att finna ro att vara "bara" förälder.

Vad skapar förtroende?

Enligt en pågående undersökning i regi av Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU) anser föräldrar att följande faktorer är viktiga för att de skall ha förtroende för habiliteringen:

- att man får träffa samma person
- att personen är lätt att få tag i, och då inte bara genom telefonsvarare!
- att barnet/den unge verkligen blir sedd
- att personalen visar förtroende för föräldrarna
- att personalen kan ta initiativ till kontakt
- att personalen är ärlig och lojal mot familjen
- att man kan lita på vad personalen lovat
- att personalen ligger steget före och informerar i god tid
- att personalen har god kunskap och kompetens
- att det finns en flexibel organisation och struktur.

Vid en brukarundersökning i Uppsala län uttryckte föräldrar att det som var mest avgörande för hur nöjd man var med habiliteringen var att personalen har förstått vad man vill ha hjälp med. Därefter kom bemötandet, personalens kunnande och kompetens samt på fjärde plats antalet besök man gjort på habiliteringen. Det är således inte mängden insatser som är avgörande, utan det är det egna inflytandet och att bli respektfullt bemött som värderas högst.

En helhetssyn på barnets utveckling

Ett barn med funktionshinder är i första hand ett barn i utveckling, med olika svårigheter och möjligheter. Det mest fundamentala för att ett barn skall lyckas i sin utvecklingsuppgift är att det får tillgång till den basala trygghet som det innebär att vara förvissad om att man är älskad för den man är. Detta kan vara extra viktigt för det funktionshindrade barnet, som så lätt blir uppmärksammas framförallt för det han eller hon inte är.

Alla barn behöver få uppleva att "jag kan". Jag kan få kontakt, leva i gemenskap, förstå sammanhang, känna och uttrycka min vilja, lära mig nya saker, hantera besvikelser. Det funktionshindrade barnet behöver en miljö som är anpassad så att den tillåter att barnet får den sortens positiva och jag-byggande upplevelser, trots funktionshindret (Lagerheim 1988, Växa på egna villkor 1998).

Familjen

Föräldrar behöver uppleva att de förstår sitt barn, att de kan trösta och tillfredsställa sitt barn och att de helt enkelt duger som föräldrar. De har behov av att få vardagen att fungera och att se barnet utvecklas utifrån sina förutsättningar. Det är viktigt att ta föräldrars oro på stort allvar, att ge stöd och att om barnet verkligen är avvikande ställa diagnos så tidigt som det låter sig göras. Därigenom hjälper man föräldrarna att förstå sitt barns signaler, och att göra barnet mer begripligt.

Ett funktionshinder påverkar i allmänhet familjesystemet. Funktionshindret i sig kan bidra till det som i familjeterapeutiska sammanhang har kallats "insnrjdhet", med ett starkt ömsesidigt beroende mellan familjemedlemmarna. För att få vardagen att fungera med färdtjänst, behandlingsbesök och familjens alla övriga tider behöver man ofta vara mycket strukturerad; man tvingas till ett visst mått av rigiditet. Det kan finnas mycket av vardagsstress och också av sorg, vilket gör att föräldrarna kan behöva hålla tillbaka en hel del för egen del. Därmed kanske de inte heller fungerar som modeller för att visa sina känslor. I de flesta familjer handlar detta om funktionella reaktionsmönster och flertalet familjer klarar sin situation med relativt små stödjande insatser.

En del föräldrar är stresskänsligare än andra; man kan ha förmåga att se sitt barns behov och bemöta det på ett gott sätt, men man klarar det inte då man är under stress. Vårdens uppgift blir då i första hand att ge tillräckligt stöd så att stressen minimeras. Vissa föräldrar klarar inte av att tvinga sina barn, exempelvis till träning och behandling. En del föräldrar har svårigheter att hantera den egna sorgen och ledsenheten. Några har svårt att stå ut med sjukhuskontakter. Kulturella skillnader kan vara en ytterligare komplikation i den nya livssituationen och mötet med vården.

Kamratstöd

Det lilla barnet har framförallt behov av en trygg föräldrakontakt. För lite äldre barn och för ungdomar blir kontakten med jämnåriga allt viktigare, och då också med dem som har liknande erfarenheter av att leva med funktionshinder som man själv. Enligt den nyligen genomförda utvärderingen av Handikappreformen (1997) är det vanligt att funktionshindrade barn har brister i kamratkontakter och fritidsaktiviteter. Det gäller så många som 40 % av de barn som får stöd enligt LSS. En

tredjedel av föräldrarna uppger att deras barn även skulle vilja ha kompisar som inte är funktionshindrade (Socialstyrelsen 1997:4).

6.6.2 Barnpsykiatriska problem inom habiliteringen

Många barn som kommit till barnhabiliteringen på grund av ett annat funktionshinder kan under utvecklingens gång behöva också barnpsykiatriska insatser. Andra kommer till habiliteringen just på grund av utvecklingsavvikelse eller beteendeproblem av neuropsykiatrisk karaktär. Åter andra kan komma på remiss från barn- och ungdomspsykiatri, sedan man där uppmärksammat behovet av funktionsdiagnostik för att utreda om det finns neuropsykiatrisk grund till barnets symtom. Det kan exempelvis röra sig om barn med tvångsbeteenden, ångslan, fobi eller kamratsvårigheter.

Allmänt kan sägas att ju yngre barnet är desto försiktigare är man i att fastställa en psykiatrisk diagnos. För yngre förskolebarn väljer man ofta att tillsvidare följa barnets utveckling och ge råd, stöd och eventuellt familjebehandling. Barn i skolålder är en stor grupp inom habiliteringen som ofta har problem med inläring och med sociala situationer. Vissa har haft kontakt redan under förskoleåldern men många kommer till habiliteringen för just denna typ av problem. Bland äldre tonåringar rör det stora flertalet psykiatriska insatser sådana ungdomar som redan tidigare har en grunddiagnos inom habiliteringen. I samband med adolescensen ökar de inre spänningarna, och vissa ungdomar får då nya svårigheter med aggressivitet, asocialitet, depression, tvångssymtom och ibland även psykotisk förvirring. – Man kan således möta alla typer av barnpsykiatriska problem inom habiliteringen.

Med "lättare" neurotiska problem kan man i många fall arbeta familjeterapeutiskt eller genom föräldrar. Psykiska störningar som har uppstått under barnets utveckling, är vanliga. Oftast rör det sig om en tidig störning som det krävs lång erfarenhet för att skilja från de svårigheter som kan ses som en direkt följd av funktionshindret. En känslig differentialdiagnostisk barometer är barnets lekförmåga. Erfarenheten visar att även gravt förståndshandikappade barn kan ha denna förmåga, på en avpassad utvecklingsnivå, och det är alltid ett observandum om barnet inte leker.

Många neurologiskt grundade störningar är svåra att skilja från tidiga, psykiska störningar. Exempelvis kan det vara svårt att skilja ADHD/DAMP från borderlineproblematik, och det är inte ovanligt att diagnoserna överlappar. Likaså kan en spädbarnsdepression se ut som autism, och det är då som alltid viktigt att arbeta med anknytningen förälder-barn.

Inom barnpsykiatri har begreppet "tidig psykisk störning" använts för en psykisk problematik som uppstått före 3-4 års ålder. Den stora riskåldern för uppkomst av denna typ av störning är runt 1½ års ålder, det vill säga då barnet normalt börjar utforska omvärlden med en viss självständighet i förhållande till föräldern. I detta skede behöver föräldern fungera som en stabil trygghetspunkt, förmå hålla barnets oro och ångest och bekräfta barnet, och även barnets självständighetssträvan. I annat fall riskerar barnet utveckla en fragmenterad världsbild och dåliga försvar mot ångest. Det är lätt att inse att ett funktionshindrat barn då ställer särskilt stora krav på föräldrar och övrig omgivning.

Många tidiga psykiska störningar som man möter inom habiliteringen är direkt kopplade till det fysiska funktionshindret. Sjukdom, tidiga operationer och fysiska smärtupplevelser har inneburit traumatiska upplevelser. I habiliteringssyfte har man kanske påtvingat barnet behandlingar som har varit integritetskränkande. Exempelvis kan ett autistiskt barn fara mycket illa vid en operation och det kan ta år innan han eller hon har återhämtat sig. Tidiga störningar kan också uppstå som en direkt följd av funktionshindret, det vill säga ha sin primära rot i barnets begränsade förutsättningar.

Det är viktigt att den barnpsykiatriska behandlaren "kan funktionshindret". Detta är nödvändigt för att förstå dess innebörd och de känslor som kommer fram i terapin. Kunskap om funktionshinder och handikapp är också en förutsättning för en förtroendefull kontakt. Det är naivt att tro att man kan mötas förutsättningslöst genom att "tänka bort" funktionshindret, då detta är en oavvislig del av individens vardag och historia (Zenker 1993, Växa på egna villkor 1998).

Neuropsykiatriska problembilder

Man kan skilja ut ett antal problembilder som oftare än andra signalerar att grundproblematiken är neuropsykiatrisk.

1. Det överaktiva – impulsiva – aggressiva barnet/tonåringen, som kan ha ADHD, DAMP och ibland Tourettes syndrom. En sådan diagnos bör leda till att föräldrar och andra vuxna kring barnet får handledning kring förhållningssätt, att pedagogiken anpassas och i vissa fall att barnet medicineras och/eller ges psykologisk/psykoterapeutisk behandling.
2. Det socialt annorlunda barnet/tonåringen, som kan ha autism eller autismliknande tillstånd. Då behövs långsiktiga insatser med en vardagspedagogik som gör tillvaron mer begriplig för barnet samt

handledning av föräldrar och personal för att göra barnet begripligt för omgivningen.

3. Den tvångsmässiga tonåringen, som kan ha autism eller autismsliknande tillstånd, Tourettes syndrom eller tvångssyndrom. Åtgärder kan innefatta familjesamtal, handledning och medicinering.
4. Den ängsliga tonåringen, som kan ha en grundproblematik av DAMP, men som också kan vara socialt fobisk och ha psykosomatiska problem. Stöd och behandling kan ges i form av familjesamtal, skolstöd i olika former och ibland medicinering.
5. Den aggressiva tonåringen/unge vuxne med tidigare grunddiagnos men som i denna ålder har en påtaglig ökning av aggressiviteten. Grunddiagnosen kan vara förståndshandikapp och/eller autism, men orsaken till de nya problemen måste utredas och hanteras, bland annat genom handledning och eventuell medicinering.

I den barnneuropsykiatriska uppgiften inom barn- och ungdomshabiliteringen ingår att analysera och sammanväga barnets utveckling och resurser och de psykiska och utvecklingsmässiga följderna av funktionsstörningarna, så som dessa kommer till uttryck i mötet med miljö och människor.

En sådan utredning ligger till grund för behandlingsuppläggningsen, som ofta har påtagliga pedagogiska inslag. Åtgärderna syftar till att möta barnet som det är, och att skapa gynnsamma förutsättningar för utveckling. Individualterapi som erbjuds vissa barn och ungdomar kan vara stödjande, psykoedukativ, kognitiv-beteendeterapeutisk eller psykodynamisk (Duvner 1994, Växa på egna villkor 1998).

6.6.3 Exempel på samverkan kring barn och ungdomar med psykiska problem

I habiliteringens uppgift ingår att planera sammansatta åtgärder som allsidigt främjar utveckling. Man kan därmed säga att habiliteringen i högre grad än andra verksamheter har ett uttryckligt uppdrag att samarbeta. Här presenteras några exempel av intresse.

Samarbete mellan barnhabilitering och barnpsykiatri i Kronobergs län

Kronoberg är ett ganska typiskt glesbygdslän med 174 000 invånare boende i 8 kommuner. Barnhabiliteringen är organiserad i tre (3) distriktsteam, vars upptagningsområde sammanfaller med BUP:s, samt i ett

(1) länsövergripande autismteam. Man har 450 barn i åldrarna 0-18 år förtecknade.

Samverkan med BUP sker på olika sätt. Samarbete kring enskilda barn sker i form av remittering med gemensam uppföljning, nätverksteam eller konsultation. Det kan också innebära samarbete med BUP:s spädbarnsteam och flyktingteam. Vidare samverkar barnhabilitering och BUP i två specialteam, Autismcentrum och DAMP-mottagningen (se nedan). Samarbetet mellan organisationerna säkerställs och utvecklas genom samråd på chefsnivå, samt gemensamma träffar och utbildningar.

Sedan ett drygt år köper habiliteringen 25 % av en läkartjänst från BUP. Detta betyder att man har en psykiater som teammedlem, vilket man tycker ger stora vinster jämfört med att anlita barnpsykiater på konsultbasis. Det ger kontinuitet och stabilitet i arbetet, och det är också odramatiskt för familjen att träffa en barnpsykiater som är teammedlem. Familjerna får snabbare hjälp att hitta rätt, då verksamheterna vet mer om varandra. Det kan också finnas en viss kontinuitet i personkontakterna.

DAMP-team

I Kronoberg, liksom på många andra håll i landet, har man en "5-11-mottagning" för barn med DAMP och besläktade utvecklingsavvikelser. Som namnet anger finns mottagningen till för barn i åldrarna 5-11 år. Teamet hör organisatoriskt till barnhabiliteringen men bygger på samverkan mellan habilitering, barnmedicinsk klinik och BUP. I en samrådsgrupp har man dessutom representanter för barnhälsovården, särskolan, Statens Institut för Handikappfrågor (SIH) och RBU. I teamet ingår sjukgymnast, barnläkare, barnpsykiater och psykolog. Man arbetar med utredning/diagnostik, åtgärdsplanering tillsammans med förskola och skola, uppföljning, konsultation och utbildning av personal.

Åtgärdsplaneringen tillsammans med förskola och skola är helt avgörande för att barnet med DAMP verkligen skall få en förbättrad situation. För att uppnå detta har man föreslagit att en specialpedagog i varje kommun ansvarar för kontakt med DAMP-teamet och blir konsult till kollegor som arbetar med barn med DAMP. Man anser att detta är effektivare än att en teampedagog får till uppgift att föra ut den pedagogiska implementeringen till förskola och skola. Några kommuner har redan infört detta arbetssätt.

"Bollplanket" i Örebro län – ett forum för samverkan mellan lokala team och specialistnivån

I Örebro län pågår sedan den 1 januari 1995 ett projekt, Dockan, som har till syfte att utveckla samverkansformer mellan olika myndigheter som ger stöd till barn och familjer. Projektet har fått sitt namn efter den typ av "tippdocka" som har en bred bas. Med detta vill man poängtera att det viktigaste för alla barn är att det finns tillräcklig "tyngd" och kompetens i basverksamheterna. Projektet arbetar på flera nivåer; inom länets kommuner/kommundelar, inom landstinget och dess specialistkliniker samt mellan landstinget och kommunerna/kommundelarna. På kommunal nivå ansvarar förskola och skola tillsammans med det lokala resurs- och stödteamet för arbetet med barn i behov av särskilt stöd.

Barn i behov av särskilt stöd behöver ofta åtgärder som är individuellt avpassade. Det lokala teamet genomför vid behov en grundutredning av barnet, bestående av en pedagogisk, psykologisk, medicinsk och social utredning. I denna medverkar förskollärare/lärare, BVC-psykolog eller psykolog inom kommunen, läkare och kurator/socialarbetare.

Om man på lokal nivå tycker att man kört fast eller är osäker på hur man kan hjälpa ett barn vidare kan man, med föräldrars samtycke, vända sig till Bollplanket. Detta består av tre erfarna specialister hämtade från landstingets fyra specialistverksamheter för barn och ungdomar; barn- och ungdomskliniken, barn-och ungdomspsykiatriska kliniken, röst- och talvårdsenheten samt barn- och ungdomshabiliteringen. Det lokala teamet får stöd och synpunkter på hur man bör gå vidare i den fortsatta utredningen av barnets möjligheter och svårigheter, eller får bekräftat att man gjort det som rimligtvis kan göras då det gäller bedömning och åtgärd. Det kan också bli fråga om vidare remittering och ett samarbete med någon av de fyra specialistverksamheterna (Projektet Dockan, april 1996).

Bollplanket ger möjlighet att arbeta mer kvalificerat på basnivå, i första hand i det enskilda ärendet. Behovet av remittering till specialistteam minskar, och barn och familj slipper därmed onödiga väntetider. Arbetssättet leder även till en kontinuerlig kompetensutveckling i de lokala teamen.

Team Autism i Jönköpings län

Team Autism i Jönköping är en länsövergripande verksamhet för barn och ungdomar med autism och autismliknande tillstånd i åldrarna 0-21 år. Team Autism har utvecklats i samverkan med barnpsykiatrin, barn-

och ungdomshabiliteringen och särskolan, och de två förstnämnda skjuter delar av sina fasta tjänsteresurser till teamet. I Team Autism ingår följande yrkeskategorier:

- barnneurolog från barnhabiliteringen
- barnpsykiater
- psykolog från barnhabiliteringen
- psykolog från barnpsykiatri
- förskolepedagog
- specialpedagog från skolan
- kurator
- logoped
- sekreterare

Några befattningshavare är anställda direkt till Team Autism, medan övriga har basplacering i barnpsykiatri eller barnhabiliteringen och finns på deltid inom teamet.

Team Autism arbetar med utredning av barn och ungdomar med autism eller andra misstänkta kontaktstörningar. I ett lagarbete görs individuella utredningar innefattande diagnostik och funktionsbedömning. Behandlingsplaner utarbetas tillsammans med familjen och exempelvis barnomsorg och skola. Fortsatt uppföljning kan ske av distriktslag inom barnhabiliteringen, av barnpsykiatri eller av Team Autism.

Förutom med de verksamheter som är direkt engagerade i Team Autism samarbetar man med ett flertal olika instanser runt barnet. Inom landstingets ansvarsområde kan det vara aktuellt att samarbeta med barnklinik, BVC, vuxenhabilitering, logopedmottagning, ögonklinik, öronklinik m.fl. I den kommunala sfären samarbetar man främst med barnomsorg, grundskola, särskola, gymnasieskola, fritidsverksamhet, korttidshem, elevhem och hemtjänst. Ytterligare en samarbetspartner är brukarorganisationen Riksföreningen Autism (Landstinget Jönköpings län, Habiliteringscentrum).

Team Autism är ett exempel på högspecialiserad vård till barn och ungdomar med psykiska problem. De autistiska eller på annat sätt svårt kontaktstörda barnen behöver den kompetens som barnpsykiatri och barnhabilitering tillsammans besitter, för diagnostik, funktionsbedömning, behandlingsplanering och långsiktigt stöd. Team Autism är ett framgångsrikt exempel på hur man kan skapa fasta samverkansformer över verksamhetsgränserna.

ISP: Individualiserade Service Program

ISP är en arbetsmodell där det enskilda barnet och familjen, snarare än det professionella teamet, bildar basen och utgör utgångspunkten för samarbete. Modellen består av två delar: dels en analys av barnets situation, dels ett målstyrt, samordnat och individualiserat program för barnet med familj, ett Individuellt Service Program (Sjögren 1996).

Ett ISP-team bildas kring barnet och familjen, och det är familjen själv som anger vilka professionella som bör vara med i teamet. Dessa kan komma från olika förvaltningar, exempelvis från skola, barnomsorg, BUP, barnmedicin. Man utgår från barnets behov och inte från en given diagnos eller befintliga resurser inom olika förvaltningar. Utgångspunkten är att den handikappade situationen endast kan beskrivas i subjektiva termer, det vill säga av barn och föräldrar själva. Den professionelle är ett stöd i analysen, och har ett ansvar att utifrån sin kunskap om funktionshindret och dess konsekvenser stå för framförhållning. En person utses av familjen till ISP-teamets kontaktperson.

Barnet och familjen är i centrum vid kartläggning, planering och genomförande av insatserna. Man utgår från barnets samtliga behov och inte från enskilda specialitetens möjligheter till insatser. Arbetssättet innebär också att man kan avstå eller avvakta med en viss sorts behandling, därför att barn och familj tycker att det annars blir för mycket på en gång, eller att de i nuläget tycker att behandlingen skulle kräva för stor insats i tid och kraft i förhållande till förväntad förbättring i den egna situationen. Planen är förvaltningsövergripande och för olika mål utses ansvarig av teamet. Sammansättningen av teamet kan förändras efter barnets och familjens förändrade behov. För att ISP skall fungera är det viktigt att frågor om personal och ekonomi är klarlagda, och att berörda förvaltningar ser modellens möjlighet att effektivisera arbetet.

Erfarenheterna från barn- och ungdomshabiliteringen i Malmö visar att ISP-teamet bör bestå av 4-6 medlemmar; övriga professionella inom berörda förvaltningar har man ändå tillgång till vid behov. Av totalt 900 aktuella barn och ungdomar inom habiliteringen i Malmö har omkring 200 ISP. Man är nöjd med arbetssättet, framförallt är familjerna själva mycket tillfredsställda. – Ett samnordiskt projekt startade år 1989 för att utveckla ISP-modellen. Nordiska ISP-rådet konstituerades våren 1992, för att systematiskt samla erfarenheter inom Norden och gemensamt följa forskning och erfarenhetsutbyte med övriga världen.

6.6.4 Barnpsykiatrikommitténs enkät om barn- och ungdomshabiliteringen

För att få en heltäckande bild av barnhabiliteringens sätt att arbeta med barn och ungdomar med psykiska problem valde vi att komplettera våra uppgifter med en rikstäckande enkät. Vi vände oss till landets habiliteringschefer med några översiktliga frågor kring

- antalet inskrivna barn
- budget, totalt och för personalkostnader
- verksamhetens organisation
- tjänstestrukturen
- ungefärliga antalet barn med viss typ av funktionshinder
- andelen inskrivna barn och ungdomar som uppskattas ha psykiska problem
- vilka resurser som finns för att tillgodose behovet av stöd och vård för psykiska problem, inklusive samverkan med barnpsykiatri
- vilka förebyggande insatser som görs.

Enkäten skickades i slutet av mars 1997 ut till 42 habiliteringschefer. Efter påminnelse hade vi i mitten av juni fått svar från 34 av de tillfrågade. Därmed är svarsfrekvensen drygt 80 % vilket måste anses tillfredsställande.

Antal inskrivna barn

Storleken på den landstingsdrivna barn- och ungdomshabiliteringen varierar självklart med befolkningsunderlaget, från omkring 250 barn i Gotlands län till över 4 100 i Stockholms län. Antalet inskrivna utgör därmed 1-2 % av totala antalet barn i länen. Därtill finns ett antal specialenheter med regionalt ansvar, som Folke Bernadottehemmet i Uppsala och Bräcke Östergård i Göteborg.

Budget

Totalkostnaden för barn- och ungdomshabiliteringen är i genomsnitt 27 800 kr/inskrivet barn och år (medianvärde). Av detta är personalkostnaden i genomsnitt 22 000 kr/inskrivet barn och år (medianvärde). Glesbygdslänen tenderar naturligt nog att ha högre kostnader per inskrivet barn än de tätbefolkade områdena.

Tjänster i verksamheten

Inom barn- och ungdomshabiliteringen arbetar relativt många olika yrkesgrupper. Nedan framgår den typiska tjänstestrukturen för de 34 habiliteringar som besvarat enkäten. Siffrorna är medelvärdet för varje yrkesgrupps procentuella andel av det totala tjänstebudet.

Sjukgymnast	21%
Specialpedagog/förskolekonsulent	16%
Psykolog	13%
Arbetsterapeut	13%
Kurator	12%
Logoped	8%
Läkare	4%
Sjuksköterska	2%
Annan (mest adm. o. tekn. ass.)	11%

Det finns en viss variation i personalsammansättningen i olika län, vilket kan förmodas sammanhålla med en motsvarande variation i arbetssätt. I Dalarna är kuratorer och psykologer de största yrkesgrupperna (18 respektive 17 % av arbetsstyrkan). Det typiska är dock att sjukgymnaster och pedagoger är flest.

Typer av funktionshinder

Vid besvarande av enkäten ombads man uppge hur många, alternativt hur stor andel, inskrivna barn och ungdomar som hade en viss typ av funktionshinder. Nedan sammanfattas hur stor procentuell andel som har ett visst funktionshinder (medianvärde för samtliga habiliteringar som besvarat enkäten). Observera att summan är mer än 100 % eftersom många barn har mer än ett funktionshinder :

hörselskada	3%
synskada	7%
tal-språkstörning	15%
rörelsehinder	40%
medicinskt funktionshinder	19%
förståndshandikapp	41%
DAMP	9%
autism	9%
annat psykiskt funktionshinder	6%

Andelen med psykiska problem

De svarande ombads att uppskatta totala andelen barn och ungdomar som har psykiska problem som kräver särskilt stöd eller vård, andelen som har neuropsykiatriskt grundade problem samt andelen som har emotionella problem förutom det primära funktionshindret. Svaren bygger på vars och ens bedömningar och varierar därför avsevärt. Det finns dock en tendens att anse att de barn som har psykiska problem fördelar sig relativt jämnt mellan neuropsykiatriskt grundade och "andra emotionella" problem, och att de tillsammans utgör uppemot 30 % av samtliga barn och ungdomar inom habiliteringen.

Resurser för att tillgodose behovet av stöd och vård för psykiska problem

Majoriteten (27 st. eller 80 %) av de svarande uppger att man har kompetens att ge stöd och vård för psykiska problem inom habiliteringen. Den kan bestå i att man inom teamet har tillgång till psykolog och kurator med fördjupad kompetens, något som 19 stycken svarande uppger vara fallet. Tolv (35 %) säger sig ha tillgång till barnpsykiater/läkare.

Inom 22 (65 %) av de svarande verksamheterna finns personal med psykoterapeutisk kompetens.

Gemensamma team mellan barnpsykiatri-barnhabilitering ger 15 av de svarande (44 %) exempel på. Ytterligare en svarande uppger att man har ett gemensamt remissteam, som dock har glesa träffar. Några säger att man inte har gemensamma team, men att man likväl samverkar regelbundet kring vissa diagnosgrupper.

Barnpsykiatrisk konsultation i vissa ärenden är något man använder sig av hos 20 av de svarande (ungefär 60 %). Ytterligare 4 uppger att man i enstaka ärenden kan ha detta arbetssätt, men att det inte är särskilt vanligt och/eller att man helst skulle se en utvidgning.

Barnpsykiatrisk handledning har man inom 9 habiliteringar (26 %), medan ytterligare 3 (10 %) uppger att man har det vid vissa tillfällen.

Förebyggande insatser

Vi bad de svarande ange vilka insatser som görs inom habiliteringen för att förebygga uppkomsten av psykiska problem hos barn och ungdomar med funktionshinder.

Det familjecentrerade arbetet med det funktionshindrade barnet i centrum utmärker habiliteringen och 60 % av de svarande framhåller att detta arbete förebygger psykiska problem. Krisarbete som förebyg-

gande insats nämns särskilt av 15 %. Ofta ges det riktat förebyggande familjestödet i form av en kuratorskontakt. En nära samverkan med skola, barnomsorg, fritidshem och andra instanser i barnets vardagsmiljö är ett annat centralt inslag i habiliteringsarbetet. Det handlar om handledning, rådgivning och konsultation, om att informera och skapa förståelse för funktionshindrets innebörd i vardagen, och också om att bidra till att barnet får en "meningsfull fritid och kamratkontakter". Såväl familjearbete som samverkan anses ha stor betydelse för att förhindra en "sekundär" handikapputveckling. Habiliteringen har en viktig uppgift i att i tid upptäcka och förebygga psykiska problem, såväl hos de barn och ungdomar som utreds som hos dem som har en långsiktig habiliteringskontakt. Barnets och familjens kontaktperson/samordnare i habiliteringsteamet är i många fall ansvarig för att vid behov initiera psykosociala specialinsatser. Den tidiga upptäckten av psykiska problem nämns av 40 % av de svarande som en viktig förebyggande uppgift.

Cirka 65 % rapporterar att man har gruppverksamhet för barn- och ungdomar. Gruppen kan vara inriktad på samtal och information, eller på olika aktiviteter, som simning, ridning eller rullstolsträning. Flera nämner att man de senaste åren har kunnat utveckla denna del av det förebyggande arbetet tack vare statliga stimulanspengar. Cirka 35 % rapporterar att man har någon typ av föräldragrupper, och omkring 15 % nämner att man bedriver riktade föräldrautbildningar.

Sammantaget kan man konstatera att det finns ett tydligt förebyggande inslag i habiliteringens hela verksamhet. Det finns dock ganska stor variation i hur mångsidiga och medvetet riktade de preventiva insatserna är.

6.6.5 Våra överväganden

Barn- och ungdomshabiliteringarna är en resurs för barn med funktionshinder och har kontakt med uppskattningsvis 1-2 % av alla barn och ungdomar i landet. Det familjestödjande arbetet med barnet i centrum utmärker habiliteringen och arbetet i sin helhet är inriktat på att befärma utveckling och hälsa. I så måtto kan hela habiliteringsarbetet sägas vara inriktat mot att förebygga psykiska problem. En samlad plats och kontinuitet i stödet är väsentligt för de barn och familjer, som med nödvändighet måste ha ett flertal professionella kontakter under utvecklingens gång. Mängden kontakter kan i själva verket vara ansevärd och kan i sig innebära en psykisk hälsorisk. Därför bör stödet till barn och familj vara individuellt avpassat efter de behov barnet och

familjen upplever sig ha. Inom habiliteringen finns goda exempel på sådana "brukarstyrda" arbetssätt under kontinuerlig utveckling.

Trots goda förebyggande insatser har barn med funktionshinder en förhöjd risk att utveckla psykiska problem. Enligt olika uppskattningar kan man räkna med att 30 % av alla barn och ungdomar som har kontakt med barn- och ungdomshabiliteringen har psykiska problem. Vår enkät tyder på att närmare 20 % av dem har neuropsykiatriska funktionshinder. Man kan således räkna med att närmre en tredjedel av habiliteringens barn och ungdomar har behov av barnpsykiatrisk kompetens. Det är inte särskilt vanligt att barnhabiliteringen har full tillgång till sådan. I praktiken riskerar det därför uppstå glapp mellan barnhabiliteringens funktionsinriktade och allmänt stödjande hållning och barnpsykiatrins relations- och familjedynamiska arbetssätt. Barn- och ungdomspsykiatrin har till huvuduppgift att diagnosticera och "färdigbehandla". Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag rör långsiktigt och varierat stöd till barn och ungdomar med i allmänhet livslånga funktionshinder, samt till deras familjer. Funktionshindrade barn och ungdomar som har psykiska problem har behov av båda typerna av insatser.

Djupgående kunskap om funktionshindrets innebörd är avgörande för rätt barnpsykiatrisk diagnos och behandling. Det förefaller därför mest ändamålsenligt att huvudansvaret för stöd och vård ligger hos barn- och ungdomshabiliteringen, och att barnpsykiatrisk kompetens tillförs. Detta kan lösas praktiskt på olika sätt:

- gemensamma team för vissa diagnosgrupper
- delad tjänstgöring för barnpsykiatrer
- vanliga remissgångar
- konsultation och/eller handledning
- vidareutbildade professionella (oftast psykologer) med hel tjänstgöring inom habiliteringen.

Samverkan på ledningsnivå, med chefsträffar för samråd och med gemensamma fortbildningar och projekt, bör kunna vara naturliga inslag i de båda verksamheternas fortlöpande arbete.

Barn- och ungdomspsykiatrin och barnhabiliteringen har en stor andel "gemensamma barn". I de flesta län finns i dag fasta former för samverkan kring vissa grupper av barn, exempelvis barn med autism eller barn med DAMP. Varje verksamhet ansvarar då för "sin" del av de totala insatserna, ofta så att BUP har ett huvudansvar för diagnostik och habiliteringen för långsiktiga insatser. Med tanke på antalet "gemensamma" barn och delvis överlappande kompetensbehov inställer sig frågan om ett samgående mellan BUP och habilitering vore än-

damålsenligt. Vår bedömning är dock att så inte är fallet. Verksamheternas specialkompetens behövs och utvecklas väl. Det finns stora möjligheter till utvidgad fast samverkan kring vissa grupper av barn, i gemensamma team och genom tydlig ansvarsfördelning i vårdprogram. Genom tjänsteköp kan verksamheterna få tillgång till varandras kompetens samtidigt som den specialiserade kompetensen vidmakthålls och utvecklas. Gemensamma fortbildningar kan vara ett positivt inslag.

Ett fortsatt och fördjupat samarbete mellan barnhabilitering och BUP är ömsesidigt utvecklande. Vi har här fokuserat habiliteringens behov av barnpsykiatrisk kompetens. Naturligtvis har även BUP något att lära av habiliteringen, såväl vad gäller funktionstänkandet som den kompetens kring långsiktigt stödjande insatser som habiliteringen besitter. Många svårt traumatiserade barn och ungdomar, som får stöd och vård inom BUP, kan vara betjänta av ett habiliteringstänkande.

En god barnhälsovård har en central funktion att fylla för tidig identifiering av utvecklingsavvikelser och funktionshinder. Återkommande fortbildning av BVC-personal är väsentlig för att få tillförlitlig screening. Konsultation av personal från BUP och/eller barnhabilitering bidrar till tidig upptäckt av problem.

Specialteam och -funktioner får inte utvecklas på bekostnad av ett starkt generellt stöd till barn och familj, som ges i barnomsorg, skola och habiliteringens basteam. Samarbetet mellan basnivån och den specialiserade vården är avgörande för hur vardagen gestaltar sig för det funktionshindrade barnet. Samarbetet bör utformas så att basnivån får stöd i att möta barnets särskilda behov och att utveckla sin kompetens. Exempel härpå är när en specialpedagog i kommunen har ansvar för att utforma pedagogiska program, som konsult till kollegor i kommunen och i direkt samråd med länets DAMP-team. Ett annat exempel är remissteam, där lokala team får tillfälle att bolla frågor med ett team på specialistnivå.

7 Samhällets kostnader

Vår bedömning: Samhällets kostnader för dels förebyggande insatser, dels direkta vård- och behandlingsinsatser för barn och ungdomar med psykiska problem uppgick år 1996 till ca 11,1 miljarder kr. Av dessa finansierar kommunerna ca 8,5 miljarder kr och landstingen ca 1,8 miljarder kr samt staten ca 0,8 miljarder kr.

Av de drygt 11,1 miljarder kronorna gick ca 2,1 miljarder kr till förebyggande åtgärder. Cirka 9 miljarder kr gick till riktade insatser dvs. vård, behandling och placeringar utanför hemmet. De riktade insatserna stod för ca 80 % av kostnaderna medan förebyggande insatser utgjorde mindre än 20 % av samhällets totala kostnader.

Sammanställningen visar att kommunerna stod för de största kostnaderna för barn och ungdomar med psykiska/psykosociala problem. Cirka 4,7 miljarder, eller ca 70%, av IFO:s totala kostnader (6,7 miljarder) gick till placerade barn och ungdomar i HVB, inklusive de särskilda ungdomshemmen, och i familjehem. Kostnaderna för placering i HVB och i familjehem ökar markant för varje år.

BUP hade en budget på ca 1,2 miljarder kr. Av BUP:s kostnader gick ca 40 % till slutenvård och ca 60 % till öppenvård, medan drygt 90 % av patienterna behandlades inom öppenvården och mindre än 10 % inom slutenvården. Kostnaderna för slutenvården är höga, både räknat i kostnad per vård dag och kostnad per vårdtillfälle. Man kan utläsa stora variationer landstingen emellan vad gäller resurstilldelningen till BUP. Den varierar mellan drygt 225 kr/barn och 850 kr/barn (0-20 år) boende i länet.

Antal besök till BUP:s öppenvård har ökat med ett genomsnitt för riket med ca 45 % under en treårsperiod (1993-1996).

Kostnaderna för elevvård minskar, samtidigt som behovet ökar. Kommunernas kostnad för elevvård varierar emellertid och det är stora skillnader mellan kommunerna.

Det finns på nationell nivå påtagliga brister i uppgiftsinsamlingen om landstingens verksamhet, men framförallt om kommunernas verksamhet på området. Detta gäller både för den ekonomiska redovisningen och verksamhetsredovisningen.

7.1 Inledning

Vi skall i det här kapitlet redogöra för omfattning av och kostnader för samhällets direkta insatser vad avser barn och ungdomar med psykiska problem (För kommitténs definition av barn och ungdomar med psykiska problem, se kapitel 3). Inledningsvis presenteras de aktörer som har till uppgift att ge vård och stöd och som ingår i vår sammanställning. Därefter redogörs för metod och avgränsning samt en diskussion om uppgifternas tillförlitlighet.

I genomgången redogörs för verksamheternas omfattning, kostnader och förändringar över tid.

Därefter för vi ett kort resonemang om de svårigheter som finns, när det gäller att bedöma nyttan av insatserna i ett övergripande samhälls-ekonomiskt perspektiv, samt en kort diskussion kring olika frivillig-organisationers insatser.

7.1.1 Aktörer som ingår i sammanställningen

Det finns ett flertal aktörer som har till uppgift att ge vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska/psykosociala problem. Dessa har delvis olika uppdrag, mandat, arbetsmetoder och finansieras från olika budgetar. De aktörer som vi valt att presentera och som arbetar med vår målgrupp kan indelas i två grupper.

Den ena gruppen, som arbetar med generella insatser, verkar för att förebygga psykisk och fysisk ohälsa. Till denna grupp tillhör mödravårdscentralen (MVC), barnavårdscentralen (BVC), ungdomsmottagningarna (UM), elevvården inom skolan och särskolan och vissa insatser inom barnomsorgen. Även vissa insatser inom barnmedicin får antas ingå i det förebyggande arbetet, t.ex. kuratorstöd, psykologstöd m.m.

Den andra gruppen, som huvudsakligen arbetar med riktade insatser, har till uppgift att ge vård och stöd när problemen väl är manifesta. Till denna grupp hör barn- och ungdomspsykiatri (BUP), individ- och familjeomsorgen (IFO), barnmedicinska kliniker och barnhabiliteringen. Även ungdomsmottagningarna arbetar delvis med riktade insatser och behandling.

Vi har valt att ta med barnmedicin och barnhabilitering trots att dessa specialistverksamheter arbetar med kroppsligt sjuka barn respektive barn med funktionshinder. Inom barnmedicin behandlas flertalet av de anorektiker som är inskrivna på slutenvårds klinik och barn med vissa psykosomatiska diagnoser. Inom barnhabiliteringen finns många

barn med autism eller autismliknande tillstånd, uttalad DAMP-problematik m.m.

De beskrivna verksamheterna finansieras från olika håll. Individ- och familjeomsorgen, skolans elevvård, barnomsorgen, särskolan och delvis barnhabiliteringen och ungdomsmottagningarna finansieras av kommunerna. Barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicinen, mödravårdscentralen, barnvårdscentralen och delvis barnhabiliteringen och ungdomsmottagningarna finansieras av landstingen. Staten delfinansierar de särskilda ungdomshemmen (§ 12-hemmen).

7.1.2 Ett samhällsekonomiskt perspektiv och avgränsning av kostnader

Enligt våra direktiv skall vi beskriva samhällets kostnader för vård och stöd. Även nyttoaspekten skall ingå i redovisningen. Vi har i huvudsak valt att beskriva kostnaderna för insatser som olika offentliga aktörer utför. Det handlar dels om förebyggande arbete, dels om direkta vårdinsatser. Dessutom ingår översiktliga beskrivningar om olika frivilligorganisationer.

Vi har däremot inte redovisat kostnader för mer indirekta åtgärder som målgruppen kan förorsaka, t.ex. åtgärder som belastar socialförsäkringssystemen. Vidare har vi inte beskrivit kostnader som har sekundära samband med den unges psykiska/psykosociala problem. Hit hör kostnader för kriminella handlingar, skadegörelse, kriminalvård samt medicinska kostnader till följd av t.ex. missbruk. En stor grupp av ungdomarna med utagerande beteende och missbruksproblem hamnar i en kriminell bana.

Vi har inte heller beräknat kostnader som kan uppstå på längre sikt, t.ex. konsekvenser av ej avslutad skolgång och därmed dålig förberedelse inför arbetslivet.

Samhällsekonomiska kostnader i övrigt som barn och ungdomar förorsakar, produktionsbortfall (för både barnet/den unge och dess vårdnadshavare), humanvärde m.m., behandlas inte heller i detta kapitel. Sannolikt uppgår dessa kostnader till betydligt större belopp än vårdkostnaderna.

När det gäller nyttan av samhällets insatser kan det konstateras att detta är mycket svårt att beskriva i kvantitativa termer, eftersom det förutsätter kunskap och kännedom om effekterna av samhällets insatser. Den samhällsekonomiska utvärderingen kring dessa insatser är knapphändig.

7.1.3 Metod

Kostnader för de offentliga aktörerna har tagits fram med hjälp av nationell statistik och nationella räkenskaper samt via en enkätundersökning.

Vi skickade ut enkäter till de offentliga aktörer som bedriver verksamhet som riktas till barn och ungdomar med psykiska problem, dvs. barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO), barnomsorgen, skolans elevvård, barnhabiliteringen samt ungdomsmottagningar.

Enkätundersökningens urval

Individ- och familjeomsorgen, skolan och barnomsorgen är kommunala verksamheter, medan barnhabiliteringen (kommunal på vissa håll) samt barn- och ungdomspsykiatri är en landstingskommunal angelägenhet. Ungdomsmottagningarna drivs antingen av en kommun eller ett landsting eller av båda huvudmännen tillsammans. I några enstaka fall drivs ungdomsmottagningen i privat regi. För en mer utförlig beskrivning av urvalsproceduren, se separat bilaga till detta betänkande.

Kommunenkäter

Urvalet för enkäterna till de tre kommunala verksamheterna – skola, barnomsorg och IFO – gjordes genom ett stratifierat slumpmässigt urval. Sammanlagt ingick 58 kommuner i undersökningen. Tolv av de utvalda kommunerna är indelade i stads- eller kommunaldelar. Eftersom barnomsorg, skola och i nästan samtliga fall IFO-verksamheten är decentraliserad till dessa stads- eller kommunaldelar har enkäter skickats till samtliga stads- och kommunaldelar. Det medförde att ca 150 enkäter skickades till respektive verksamhet inom IFO, skola och barnomsorg. Svarsfrekvensen för de respektive verksamheterna var: skolan 83%, barnomsorgen 83% och IFO 60%.

Landstingsenkäter

Till landstingen skickades enkäter till samtliga landstingskanslier, totalt 29 st. Till Stockholm skickades tre enkäter. Därutöver skickades enkäter till landets landstingsfria kommuner, Göteborg, Malmö och Visby. Ett urval om totalt 59 BUP-kliniker gjordes. Urvalet gjordes strategiskt för att kunna matcha urvalet av kommuner. Detta för att möjliggöra

analyser av samtliga verksamheter i en region. Svarefrekvensen för landstingskanslierna blev 100% och för BUP/PBU-klinikerna 78%.

Barnhabiliteringsenkäten

Vad gäller barnhabiliteringsenkäten gjordes en relativt heltäckande undersökning via yrkesföreningen Sveriges habiliteringschefer. Vi ville ta reda på andelen av totala antalet inskrivna barn som bedömdes ha psykiska problem, och vilka resurser som finns för att tillgodose dessa barns behov. Totalt skickades enkäter till 42 habiliteringschefer och svar inkom från 34 stycken, dvs. en svarsfrekvens på ca 80 %.

Ungdomsmottagningsenkäten

Ungdomsmottagningarna delades först in i två grupper. En som har mer omfattande verksamhet och som tydligare inriktar sin verksamhet på psykiska och/eller psykosociala problem genom att t.ex. ha psykolog- och/eller psykiatertjänster eller en mer omfattande kuratortjänst. Ur denna grupp valdes totalt 25 mottagningar ut. Urvalet gjordes strategiskt eftersom geografisk spridning eftersträvades. Den andra gruppen representerar en ”traditionell” ungdomsmottagning, dvs. mottagningstid några dagar i veckan av barnmorska, sjuksköterska och kurator. I denna grupp slumpades fram ett urval av 27 mottagningar. Svarsfrekvensen för enkäten till ungdomsmottagningarna hamnade på ca 80 %.

Andra statistiska källor

Den kommunala statistiken har vi hämtat från flera källor. Uppgifter om skolan har främst tagits från Skolverkets statistik. Socialtjänstens och barnomsorgens uppgifter är främst hämtad från SCB, Svenska Kommunförbundets och Socialstyrelsens statistik.

Statistiken om landstingets verksamhet hämtades främst från Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Vi har från Socialstyrelsen även beställt material från Epidemiologiskt Centrums (EpC:s) slutenvårdsregister. Något motsvarande öppenvårdsregister finns inte.

Övriga tryckta källor är bl.a. material från Statens institutionsstyrelse (SiS), Riksrevisionsverket (RRV), Statistiska Centralbyrån (SCB) och Statens Offentliga Utredningar (SOU).

7.1.4 Uppgifternas tillförlitlighet

Det finns stora brister vad gäller tillförlitlighet och jämförbarhet på den statistik som redovisas nationellt. Det finns även stora variationer i redovisningsrutinerna kommunerna emellan. Detta gäller till viss del även landstingen.

För vår del innebär detta att kvaliteten på informationen till stor del beror på varifrån vi hämtat uppgifterna. Här får man särskilja mellan två huvudtyper av uppgifter: uppgifter från våra enkätundersökningar och uppgifter från övrig statistik.

Våra enkätundersökningar

Enkätundersökningarna gjordes främst på grund av att den statistik vi sökte saknades på nationell nivå. Detta har medfört att det i vissa fall varit svårt att göra jämförelser över tid. I de fall vi hittat tidigare undersökningar har frågornas olika formuleringar gjort jämförelser svåra.

Tillförlitligheten på uppgifterna kan skifta. Detta beror till stor del på att svarsfrekvensen för de olika enkäterna varierar. IFO har lägst svarsfrekvens med 60 % och landstingskanslierna har den högsta med 100 %. Vissa frågor har varit svåra att svara på på grund av otillräcklig dokumentation eller svårigheter att ta fram de uppgifter vi efterfrågat. Ett ytterligare problem är att de som svarat kan ha tolkat enskilda frågor subjektivt. Dessutom föreligger skillnader i kommunernas redovisningssystem.

Ovanstående faktorer har medfört att vi nödgats utelämna vissa uppgifter i redovisningen. Vi har i största möjliga utsträckning jämfört de uppgifter vi använt med andra källor, och även konsulterat sakkunniga och experter. Därför bedöms dessa uppgifter ha hög tillförlitlighet.

Övrig statistik

I den befintliga statistiken bedöms kvaliteten genomgående vara hög trots att det finns brister i de flesta källor. Landstingsförbundet anger att kvaliteten på den ekonomiska sammanställningen landstingen emellan varierar. Socialstyrelsen anger att i den årliga rapporten Jämförelsetal för socialtjänsten är tillförlitligheten och jämförbarheten över tid de kvalitetskomponenter där det är svårast att upprätthålla en hög kvalitet. Detta beror till stor del på att det inte finns tillräckligt starka kopplingar mellan verksamhetsstatistiken och kommunernas redovisning av socialtjänstens kostnader på nationell nivå. Vad gäller Skolverkets statistik så försvårades jämförelser över tid sedan

verksamhetsindelningen förändrades och vissa begrepp definierats om inför räkenskapsåret 1995.

Förslaget till förändring i uppgiftsinsamling från kommuner och landsting

Utredningen om Statens uppgiftsinsamling från kommuner och landsting undersökte hur man kan utveckla och förändra den officiella landstings- och kommunstatistiken. Deras betänkande (SOU 1996:179) föranledde ingen proposition och inga lagändringar, men Socialstyrelsen och SCB ålades att utarbeta vissa förändringar i redovisningsrutinerna. Vad gäller skolan och barnomsorgen så framkom att statistikrapporteringen var tillfredsställande och inga större förändringar nödvändiga. Ansvaret för barnomsorgens statistiksammansättning är i dag flyttad från Socialstyrelsen till Skolverket. Utredningen behandlade i mycket liten grad landstingens statistikredovisning. Landstingsförbundet håller själva på med en utredning, Landstingsförbundets statistiköversyn, som kommer att färdigställas i början av år 1998.

När det gäller den kommunala sektorn har vi främst varit intresserade av socialtjänstens statistik. Där har Socialstyrelsen arbetat med verksamhetsstatistiken och SCB arbetat med de ekonomiska redovisningarna.

Den nya verksamhetsstatistiken skall oberoende av hur verksamheten är organiserad i kommunen belysa verksamhetens:

- a) struktur
- b) prestationer och personer som får insatser
- c) kvalitet och resultat.

Uppgifter om struktur kommer att samlas in vart tredje år, medan enklare basfakta om t.ex. prestationer och antal personer som dessa berör i huvudsak skall insamlas varje år från kommunerna. Uppgifter om verksamhetens kvalitet m.m. är tänkt att samlas in på urvalsbasis.

Syftet med statistikomläggningen är att anpassa statistikens innehåll till dagens struktur och arbetssätt inom socialtjänsten för att bättre kunna beskriva läge och utveckling av verksamheten, bl.a. genom att komplettera statistiken med uppgifter som saknas, t.ex. öppenvårdsinsatser och vårdtyngdsmått. En bättre samordning av verksamhetsstatistiken, den ekonomiska statistiken och personalstatistiken skall också göras (Socialstyrelsen 1997, Skrivelse till socialchefer).

SCB föreslår ett antal förändringar för socialtjänsten. För barn- och ungdomsvården innebär förslagen att delredovisningen av verksamheten förändras:

- institutionsvård för barn och ungdom
- familjehemsvård för barn och ungdom
- strukturerad öppen vård
- övriga öppna insatser.

De två första kategorierna innebär inga större förändringar. Men strukturerad öppenvård är däremot en ny redovisningspost. Den innehåller individuellt beslutade vård-, stöd- och behandlingsinsatser som ges i form av stödsamtal eller i strukturerade öppenvårdsprogram för barn och ungdomar med stöd av 6 § SoL. Klienterna är i det senare fallet inskrivna i verksamheten. Insatserna kan även avse utbildning och arbete.

Även ”övriga öppna insatser” är en ny redovisningspost och innefattar övriga insatser inom socialtjänsten (som ej avser strukturerad öppenvård). Här redovisas även kostnader för rådgivning och annan verksamhet som ges till enskilda utan individuella beslut och utan krav på inskrivning. Exempel är ungdomsmottagningar, familjecenter, mammagrupper, öppna träfflokaler och övrig riktad verksamhet.

En adekvat statistikredovisning är nödvändig i ett kvalitetssäkringsperspektiv (se kapitel 10).

7.2 Verksamheternas omfattning och kostnader

7.2.1 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Enligt EpC:s slutenvårdsregister gjordes ca 4 000 inskrivningar till den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården under år 1995.

År 1996 fanns det ca 160 öppenvårdsmottagningar och ca 35 slutenvårdskliniker i landet. På dessa fördelade sig 382 slutenvårdsplatser och ca 33 vårdplatser för familjebehandling och utredning samt det producerades ca 101 800 vård dagar. Inom BUP:s öppenvård uppskattas antalet ärenden ha varit mellan 50 000 och 60 000.

Tabellen nedan visar de vanligast förekommande patientgrupperna inom BUP:s slutenvård, fördelat på antalet inskrivningar av barn och unga med en psykiatrisk diagnos. Antal inskrivningar är inte nödvändigtvis lika med antal barn, eftersom samma barn kan ha varit inskrivet flera gånger under ett och samma år.

Tabell 7.1 De tolv mest förekommande psykiatriska diagnoserna som föranledde slutenvård för barn och ungdomar 0-18 år. Antal inskrivningar, totalt antal vård dagar samt genomsnittlig vårdtid (antal dagar).

Diagnos	Antal inskrivningar i åldern 0-18 år	Tot. antal vård dagar	Genomsnittlig vårdtid
1. Missbruk utan beroende*	880	1276	2,0
2. Utagerande, emotionell störning	590	21311	35,4
3. Anorexi, ätstörning m.m.*	524	11613	21,5
4. Utv.störning, läs- och skriv, tal- och språk	370	1873	6,7
5. Katastrof-, krisreaktion	301	4051	15,8
6. Neuros, ångest, fobi m.m.	215	6666	33,3
7. Psykisk utvecklingsstörning	209	1546	6,6
8. Alkohol-, drogberoende	189	1080	6,1
9. Tics, enures, enkopipes m.m.	146	1559	7,0
10. Autism, Retts syndrom	145	2143	24,2
11. Depression	142	4662	26,9
12. Personlighetsstörning	137	5314	74,2

Källa: EpC:s patientregister

* Vårdas i stor utsträckning på akutenheter och barnmedicin.

Flest antal inskrivningar har diagnoserna ”missbruk utan beroende”, och för vilka det krävdes akut medicinsk vård, ”utagerande beteende, emotionella störningar”. Härtill kommer en hög andel inskrivna med diagnosen anorexi.

De längsta genomsnittliga vårdtiderna har dock diagnoser som t.ex. personlighetsstörning, utagerande beteende/emotionella störningar och ångestneuroser/fobier. Missbruk utan beroende, den diagnos som har flest antal inskrivningar, har ett lågt antal genomsnittliga vård dagar, endast 2 dagar i genomsnitt. Den unge kan ha vårdats på antingen BUP-klinik eller på toxikomaniklinik. Utagerande beteende och emotionella

störningar liksom anorexi har både högt antal intagningar och relativt högt antal genomsnittliga vårddagar.

Det är totalt sett inga större skillnader i inskrivning mellan pojkar och flickor, andelen pojkar är 45 % och andelen flickor är 55 %. Cirka 70 % av patienterna finns i åldersgruppen 13-18 år.

Ser man till vilka patientgrupper med en definierad psykiatrisk diagnos som konsumerar flest antal vårddagar, och som är de mest resurskrävande psykiska sjukdomarna, får man följande bild. Tabellen presenterar de totala antalet vårddagar under år 1995 fördelat på diagnosgrupper.

Tabell 7.2 Vårddagskonsumtion fördelat på patienter 0-18 år med en psykiatrisk diagnos.

Diagnos	Totalt antal vårddagar
Utagerande beteende, emotionella störningar	21 311
Anorexi, ätstörningar m.m.	11 613
Ångest, neuros, fobi m.m.	6 666
Personlighetsstörning	5 314
Depression, affektiv psykos	4 662
Katastrof-, krisreaktion	4 051
Schizofreni	3 025
Reaktiva psykoser	2 368
Autism, Retts syndrom	2 143
Utvecklingsstörning, läs- och skrivsvårigheter samt tal- och språksvårigheter	1 873
Hyperaktivitetsstörningar	1 591
Stamning, tics, enures, enkorpes m.m.	1 559

Källa: EpC:s patientregister

Både när det gäller utagerande beteende/emotionella störningar och anorexi/ätstörningar ligger den totala vårddagskonsumtionen högt. Det är också många inskrivningar och långa genomsnittliga vårdtider för dessa diagnoser. Ett räkneexempel ger vid handen att den sjukhusanslutna anorexivården kostade ca 60 miljoner kr. Kostnaderna för vård inom BUP:s slutenvård till barn och unga med utagerande beteende och emotionella störningar var ca 105 miljoner kr.

När det gäller de vanligaste besöksorsakerna till BUP:s öppenvård var den vanligaste orsaken aggressivitet och utagerande beteende, där efter anges orsaker som t.ex. ångest, oro och depression. Andra vanliga orsaker som anges av öppenvårdsmottagningarna i vår enkätundersökning är koncentrationsstörning, relationsproblem eller konflikter i

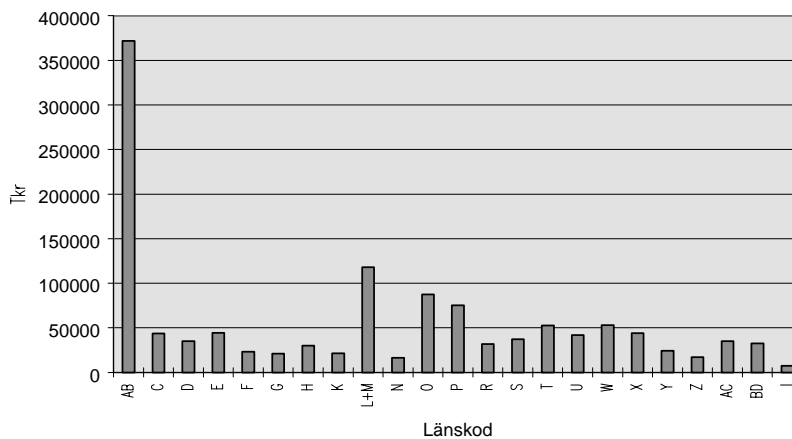
familjen, krisreaktioner samt ”övrigt”, t.ex. ”lättare symtom” eller att socialförvaltningen behöver intyg.

Barn- och ungdomspsykiatrins arbete med barn och unga med psykiska problem beskrivs i avsnitt 6.5.

Kostnader

År 1996 uppgick den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården till ca 100 mdkr. Barn- och ungdomspsykiatrins kostnader utgör ca 1 % av hälso- och sjukvårdens totala kostnader och ca 10 % av psykiatrins kostnader. Kostnaderna för BUP uppgick alltså till drygt 1,2 mdkr, ca 700 mkr gick till öppenvårdsmottagningar, medan ca 500 mkr gick till slutenvården. I tabellen nedan redovisas hur dessa 1,2 mdkr fördelar sig på resp. landsting.

Diagram 7.1 Total kostnad för landstingens barn- och ungdomspsykiatriska vård.



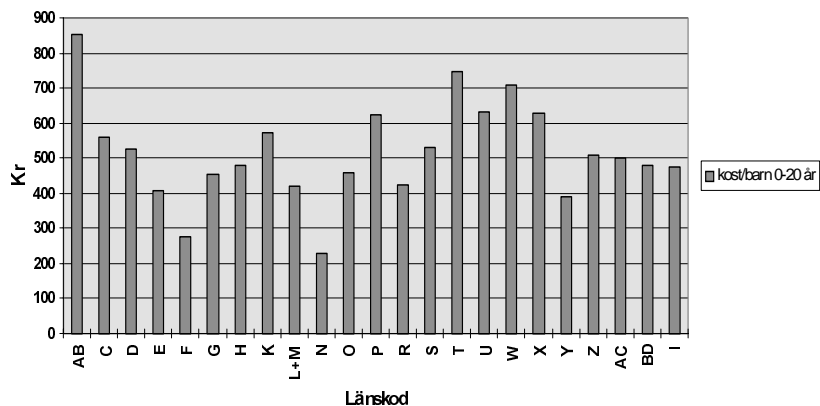
Se läns-koder nedan

Källa: Barnpsykiatrikommitténs enkät

I diagrammet kan man utläsa att Stockholms läns landsting har den överlägset största resurstilldelningen vad gäller barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Skåne län och Malmö stad har den näst största, och Göteborg/Bohuslän och Göteborg stad den tredje största resurstilldelningen. Detta förefaller naturligt då dessa landsting även är de största i landet.

Ser man sedan till resursfördelningen per barn blir bilden annorlunda. Diagrammet nedan visar resurstilldelningen per barn 0-20 år.

Diagram 7.2 Resurstilldelning BUP fördelat på antal barn i åldersgruppen 0-20 år.



Källa: Barnpsykiatrikommitténs enkät
Länskoder:

Stockholm(PBU)	AB	Skåne+Malmö	L+M	Dalarna	W
Uppsala	C	Halland	N	Gävleborg	X
Södermanland	D	Bohuslän+Göteborg	O	Västernorrland	Y
Östergötland	E	Älvsborg	P	Jämtland	Z
Jönköping	F	Skaraborg	R	Västerbotten	AC
Kronoberg	G	Värmland	S	Norrbotten	BD
Kalmar	H	Örebro	T	Gotland	I
Blekinge	K	Västmanland	U		

Notera att Malmö stad och Skåne läns landsting samt Göteborgs stad och Bohuslandstinget har slagits samman i denna redovisning.

I tabellen kan man utläsa att Stockholms läns landsting har den högsta resurstilldelningen med ca 850 kr per barn. Resurstilldelningen i Örebro län är ca 750 kr/barn och i Dalarna ligger den på drygt 700 kr/barn. I Gävleborgs län, Västmanlands län och i Älvsborgs län är resurstilldelningen ca 630 kr/ barn.

De landsting som har den lägsta resurstilldelningen är Hallands läns landsting med ca 225 kr/barn och Jönköpings län som har ca 280 kr/barn.

Kostnad per barn eller insats

År 1996 skrevs drygt 4 000 barn och unga in på barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvårdsenhet. Det fanns under året 382 fastställda vårdplatser. Genomsnittlig kostnad per barn inskrivet på BUP-klinik uppgick till ca 125 000 kr eller ca 5 000 kr per fastställd vårdplats och dygn. I denna kostnad ingår BUP:s totala kostnader för personal, lokal och övrigt. Däremot ingår inte kostnaderna för behandlingshemmen. Kostnaden per vårdplats blir högre om man räknar med den faktiska belägningsgraden, som ligger på ca 73 %. Den faktiska vårdkostnaden per dygn blir 6 300 kr (Landstingsförbundets basårsstatistik, EpC:s patientregister).

Inom BUP:s öppenvårdsmottagningar uppskattas antalet ärenden under 1996 ha varit mellan 50 000 och 60 000. Stockholms läns landsting står för ca en tredjedel av samtliga ärenden, med ca 19 000 st. Den genomsnittliga kostnaden uppskattas till ca 2 500 kr/besök och ca 12 000 kr/ärende.

Förändringar över tid

Som vi tidigare nämnt uppgick kostnaden för barn- och ungdomspsykiatrisk vård till ca 1 200 miljoner kr för år 1996. Motsvarande siffra för år 1994 var ca 1 090 miljoner kr.

Förändringar i BUP:s slutenvård

I tabell 7.3 redogörs för förändringen i ett antal variabler som är väsentliga inom den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården. Dessa variabler är fastställda vårdplatser, antal inskrivningar, vård dagar och medelvårdtid. Antal fastställda vårdplatser anger antal vårdplatser som står till förfogande vid BUP-klinik. Antal inskrivningar är antal patienter som tagits in (skrivits in) vid någon av landets BUP-kliniker. Antalet inskrivningar är inte nödvändigtvis det samma som antal barn som har varit inskrivna, eftersom ett och samma barn kan ha varit inskriven vid flera tillfällen under ett år. Antal vård dagar anger det totala antalet vård dagar som producerats inom samtliga BUP-kliniker under ett år. Medelvårdtid har tagits fram genom att dividera antalet vård dagar med antalet intagningar.

Tabell 7.3 Förändringar inom BUP:s slutenvård mellan åren 1994-1996, samt år 1985.

År	Antal fastställda vårdplatser	Antal intagningar	Vård dagar (1 000-tal)	Medelvårdtid (dagar)
1996	382	4 003	101,8	25,4
1995	398	4 455	100,6	22,6
1994	420	4 747	111,7	23,5
1985	599	3 806	128,5	33,8

Källa: Landstingsförbundets basårsstatistik

Uppgifterna visar att antalet fastställda vårdplatser och antalet inskrivningar minskar över tid. Antalet vård dagar har varit relativt konstant under de senaste två åren, men det är en minskning från år 1994. Medelvårdtiden har däremot ökat något. År 1985 fanns det betydligt fler fastställda vårdplatser till förfogande men inskrivningarna var färre än under 1990-talets mitt, men medelvårdtiden var något längre. Det framstår som om BUP:s slutenvårdspatienter är mer vårdkrävande år 1996 än tidigare under 1990-talet. Minskat antal vårdplatser kompenseras troligtvis med ökade satsningar inom öppenvården.

Förändringar i BUP:s öppenvård

År 1996 registrerades ca 360 000 besök inom landets barn- och ungdomspsykiatriska öppenvård, varav besöken i Stockholms län uppgår till ca 84 000 besök. Vid en jämförelse med Landstingsförbundets enkätsammanställning för barn- och ungdomspsykiatrisk vård från år 1994 framgår att det år 1992 registrerades 148 398 besök och år 1993 var motsvarande siffra 188 382 besök. I dessa uppgifter ingår inte öppenvården (PBU) i Stockholms län. Skälet till att öppenvården i Stockholm inte är medtaget i statistiken från åren 1992 resp. 1993 är att PBU inte redovisade antal besök utan "patienttimmar". Uppgifterna går därför inte att jämföra med övriga landet. I uppgifterna från år 1996 har Omsorgsnämnden i Stockholms län, för Barnpsykiatrikommitténs räkning, omvandlat antal patienttimmar till antal besök. För att möjliggöra en jämförelse över tid presenteras i nedanstående tabell antal besök baserat på uppgifter från 22 landsting, exkl. Stockholms läns landsting.

Tabell 7.4 Antal besök till BUP:s öppenvård.

År	Antal registrerade besök
1996	ca 275 000 (exkl. Stockholms län)
1993	ca 188 000 (exkl. Stockholms län)*
1992	ca 148 000 (exkl. Stockholms län)

Källa: Barnpsykiatrikommittén, Landstingsförbundet

*Som exempel kan anges att besöken i Stockholms län uppgick år 1993 till ca 38 550 patienttimmar.

Sammantaget visar statistiken att antalet besök har ökat med ca 45 % under perioden 1993-1996. Utöver det ökade trycket på BUP/PBU, kan den registrerade ökningen till viss del förklaras av förbättrade redovisningsrutiner.

En naturlig fråga är hur BUP har hanterat den ökade tillströmningen av ärenden till öppenvårdsmottagningarna. Ett arbetssätt som varit vägledande inom öppenvården är att patienten skall bedömas utifrån ett tvärvetenskapligt synsätt. Man vill att bedömningen skall utgå från dels ett medicinskt synsätt, dels ett socialt- och psykologiskt synsätt. Inom BUP:s öppenvård arbetar flera professioner, vanligtvis läkare, sjuksköterska, psykolog och kurator. I vår enkätstudie ställde vi en fråga om hur besöken fördelade sig för respektive profession och hur många av patienterna som möter flera av dessa professioner.

Tabell 7.5 Besök till BUP:s öppenvård fördelade enligt följande professioner/personalkategorier (anges i procent (%) av antal besök).

Profession	Fördelning av besöken (%)
Endast läkare	19
Läkare + minst en övrig profession	4
Endast en övrig profession	55
Mer än en övrig profession	22
Summa	100

Källa: Barnpsykiatrikommittén

De flesta besöken var till gruppen ”endast en övrig profession” (55 %), med andra ord till psykolog, psykoterapeut, kurator, sjuksköterska m.fl. I 19 % av fallen var det endast en läkare som deltog vid besöken och i 4 % av besöken var det både en läkare och minst en annan övrig profession närvarande.

7.2.2 Individ- och familjeomsorgen (IFO)

Inom IFO:s barn- och ungdomsprogram bedrivs omfattande arbete i syfte att ge vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska/psykosociala problem. Utifrån den nationella statistiken kan man utläsa att den 31 december år 1996 var ca 450 barn och ungdomar placerade i § 12-hem, ca 8 100 barn och ungdomar var placerade i familjehem, ca 2 000 var placerade i HVB och ca 12 000 hade kontaktperson. Detta var alltså antalet barn aktuella för en viss insats vid en viss tidpunkt. Antalet ärenden på ett år är således högre, men vi saknar säkra uppgifter på hur mycket. Inom individ- och familjeomsorgen (IFO) utfördes under 1996 ca 10 000 utredningar enligt 50 § SoL (Socialstyrelsen 1997:11). Det är viktigt att notera att ett stort antal barn och ungdomar och familjer även omfattas av socialtjänstens öppenvårdsinsatser. Uppgifter om antalet barn och ungdomar som berörs av dessa insatser är i dag, på grund av bristande nationell insamling av uppgifterna, omöjlig att göra. Eftersom det endast är vissa insatser enligt SoL (dvs. beslut om placeringar och kontaktperson) samt med stöd av LVU som registreras, innebär detta att ett betydligt större antal barn och ungdomar berörs av IFO:s insatser än den nationella statistiken visar.

De insatser som inte registreras i den nationella statistiken är de åtgärder som bedrivs i öppna former (exklusive kontaktperson). Uppskattningsvis berör dessa insatser mångdubbelt fler barn än de nationellt redovisade insatserna omfattar.

I vår enkät till IFO ställdes en fråga angående vilka insatser som var de vanligaste mest frekventa som en utredning leder till. I frågan listades nio olika alternativ på insatser. De svarande fick rangordna alternativen.

De vanligaste insatserna som en utredning ledde till angavs av kommunerna i enkäturvalet vara fortsatt stödkontakt och/eller kontaktperson/familj. Därefter rapporterade kommunerna andra former av öppenvårdsinsatser t.ex. nätverksarbete, avlastningshem, familjebehandling, olika mellanvårdsformer, psykoterapi (bistånd till psykoterapi), familjeförskola, stödkontakt i hemmet, öppenvård, missbrukarvård, social bostad m.m. I fallande skala angavs dessutom placering i familjehem, hemterapeut, placering på institution och öppen gruppverksamhet som vanliga insatser efter en utredning.

Vanligaste orsaker till att barn och unga kommer i kontakt med IFO

Den absolut vanligaste orsaken till att barn och ungdomar kommer i kontakt med IFO som angavs i enkäten var stöld, snatteri samt mindre brott (anmälningar från polisen). Därefter angavs skolproblem, som i huvudsak innebär skolk men även problem med mobbning. Som tredje och fjärde orsak till kontakt med IFO angavs missbruk respektive relationsproblem.

Socialtjänstens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem beskrivs i avsnitt 6.4.

Kostnader

Kostnaderna för IFO:s totala verksamhet uppgick år 1996 till ca 23,6 miljarder kronor. I tabellen nedan presenteras IFO:s kostnader fördelade på de största posterna.

Tabell 7.6 IFO:s kostnader år 1996, i miljoner kronor.

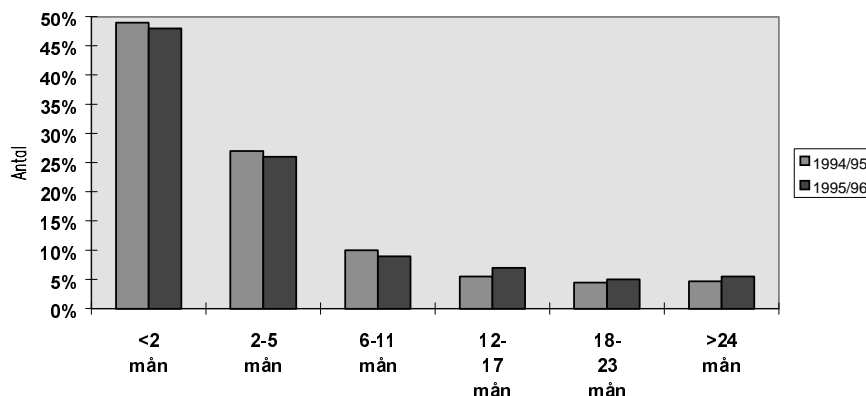
Verksamhet	mkr
Institutionsvård för vuxna	2 358
Institutionsvård för barn och ungdom	2 935
Familjehemsvård för vuxna	450
Familjehemsvård för barn och ungdom	1 810
Öppen vård och behandling	2 730
Råd och stöd	1 097
Enskilt bistånd (socialbidrag)	12 302
Summa IFO	23 682

Källa: SCB

Öppen vård och behandling samt råd och stöd är insatser som riktas till både vuxna och barn. Även posten enskilt bistånd tilldelas samtliga grupper. Drygt 4,7 miljarder kronor av IFO:s resurser går till barn placerade i institution eller familjehem.

Institutionsvård för barn och ungdomar är den mest kostnadskrävande insatsen inom IFO, ca 3 miljarder kr år 1996. Statens institutionsstyrelse (SiS) står för ca 800 miljoner kr, vilket motsvarar knappt hälften av kostnaderna för § 12-hemmen. En avgörande faktor för omfattning av IFO:s kostnader är hur långa vårdtiderna för den unge är. I diagram 7.3 visas vistelsetidens längd för ungdomarna placerade på de särskilda ungdomshemmen (§ 12-hem).

Diagram 7.3 Vistelsetid på särskilda ungdomshem (§ 12-hem), jämförelse mellan åren 1994/95 och 1995/96.



Källa: SiS årsredovisning

Vistelsetiden har indelats i upp till två månader då detta är den tid som den unge får beredas vård på låsbar enhet, därutöver delas tiden in i sexmånaders intervall då vården med stöd av LVU skall omprövas av socialnämnden var sjuende månad.

Det framgår att den största delen av barnen/ungdomarna vårdas mindre än 6 månader, därefter minskar antalet successivt. En stor grupp av dem som vistas kort tid på ungdomshemmen är ungdomar som är omedelbart omhändertagna (6 § LVU). Av de intagna ungdomarna vårdas ca 5 % mer än 24 månader.

Kostnaden per barn eller insats

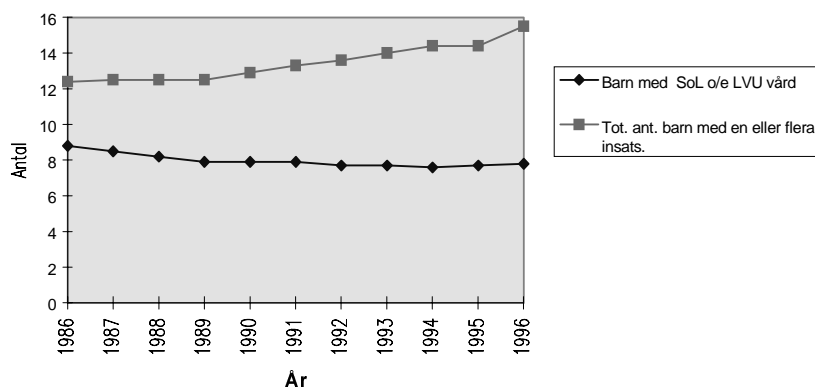
Drygt 10 000 barn och unga var placerade i HVB och familjehem per den 31 december 1996 enligt SoL/LVU. Cirka 10 % av dessa har allvarliga psykiska störningar och uppskattningvis har 50 % lättare psykiska störningar. Samtliga har eller är i riskzonen för att utveckla psykosociala problem. När det gäller placerade barn och ungdomar råder det stora skillnader i dygnskostnaden mellan de olika placeringsformerna. Ett dygn i familjehem kostar ca 350 kr och ett dygn i HVB kostar ca 1 750 kr. Kostnaden för HVB-placeringar kan emellertid variera mellan 1000 och 5000 kr/dygn. Vård inom § 12-hemmen är dock generellt den dyraste placeringsformen, ca 3 600 kr/dygn.

Ett stort antal barn och ungdomar och deras familjer omfattas även av socialtjänstens öppenvårdsinsatser. Uppgifter om antalet barn som berörs av dessa insatser finns i dag inte på grund av att det saknas sammanställning på nationell nivå, varför en beräkning av kostnaderna per insats är omöjlig att göra.

Förändringar över tid

Socialstyrelsen har i en rapport (Socialstyrelsens statistik 1997:11) redogjort för utvecklingen när det gäller barn och ungdomar som varit föremål för insatser enligt SoL/LVU under de senaste tio åren. Några av resultaten presenteras i nedanstående diagram.

Diagram 7.4 Föremål för insatser enligt SoL och/eller LVU någon gång under åren 1986-1996. Andel barn per 1 000 i befolkningen 0-17 år.



Källa: Socialstyrelsen

Antalet barn och unga som varit föremål för SoL- och/eller LVU-vård varierar något mellan åren men håller sig relativt konstant över tid. Däremot ökar antalet barn och unga med en eller flera insatser konstant, beaktat antal barn i förhållande till befolkningens storlek i den aktuella åldersgruppen. Slutsatsen är att antalet kontaktpersoner har ökat men antalet placeringar förhåller sig relativt konstant under tioårsperioden.

I tabell 7.7 redogörs för kostnadsutvecklingen under en femårsperiod för några av IFO:s verksamheter med barn och ungdomar.

Tabell 7.7 Förändringar för IFO:s kostnader mellan åren 1992-1996, i miljoner kr.

År	HVB och § 12-hem (mkr)	Familjehem (mkr)	Öppenvård (mkr)
1996	2 935	1 810	2 000
1995	2 619	1 588	2 000
1994*	1 655	1 293	–
1993*	1 487	1 145	–
1992*	1 381	1 136	–

Källa: SCB

* År 1995 förändrades redovisningsprinciperna och därför är uppgifterna från år 1994 inte helt jämförbara med uppgifterna åren därefter. Av det skälet är inte heller kostnaderna för öppenvård och behandling redovisade före år 1995.

Den stora kostnadsökningen för institutionsplaceringar mellan åren 1994 och 1995 kan inte enbart förklaras av förändrade redovisningsprinciper. Det finns ingen entydig förklaring till denna ökning, men enligt SCB har verksamhetsindelningen för kommunernas sammanställning av det kommunala räkenskapssammandraget förändrats i flera avseenden mellan dessa år. En tydlig kostnadsökning i SCB:s statistik är ökade lönekostnader för placering av barn och ungdomar på institution. En möjlig förklaring kan vara att man i de senaste årens kostnadsredovisning även medtagit kostnader för socialsekreterarens tid som avsatts för utredning och kontakt med hemmet under placeringstiden.

7.2.3 Grund- och gymnasieskolan

Det finns inga uppgifter på nationell nivå som visar hur många elever som faktiskt utnyttjar elevvården, däremot redovisas kostnaden för elevvård per elev årligen av Skolverket. Antal lärartimmar till specialundervisning har minskat under flera år, men uppgifter från år 1996 visar att trenden nu har vänt. I Skolverkets tillståndsbeskrivning från år 1997 anges dock att antalet elever i behov av särskilt stöd har ökat i merparten av landets kommuner (80 %). En tredjedel av skolorna uppger att resurserna till skolan har minskat under samma tid, vilket lett till större klasser och neddragning av antalet speciallärare. Enligt Skolverkets undersökning har det genomsnittliga antalet lärare per 100 elever minskat från 8,5 läsåret 1992/93 till 7,9 läsåret 1995/96.

Tabell 7.8 Elevvårdande personal, fördelad på minuter per elev och termin.

Personalkategori	Minuter/elev och termin
Skolläkare	3
Skolsköterska	41
Psykolog	16
Kurator	26
Elevassistent	133
Övrig*	52

Källa: Barnpsykiatrikommittén

* Specialpedagoger, andra övriga

I antal minuter/elev ingår även respektive personalkategori's tidsförbrukning i form av t.ex. administration, konferenser, fortbildning, m.m.

Uppgiften är på aggregerad nivå och det råder stora skillnader mellan kommunerna.

Inom skolan bedrivs även andra insatser i förebyggande syfte. Insatserna redovisas i tabell 7.9 och baseras på svaren från vår enkät.

Tabell 7.9 Andel svarande på skolenkäten som i enkätsvaren angett att de har nedan angiven insats. n=92

Åtgärd	Andel %
Stöd vid särskilda behov *	46
Kamratombud/gruppverksamhet	46
Anti-mobbningsgrupp	16
Nätverksgrupp (IFO, polis, hälsovård etc.)	39
Uppsökande verksamhet av EVP	14
Utbildning/kompetenshöjning av skolpersonal	13

Källa: Barnpsykiatrikommittén

* Insatser som kommunen har bedömt som förebyggande arbete som en del av särskilt stöd.

Skolans elevvård beskrivs i avsnitt 4.3.

Kostnader

Elevvården inom grundskola och gymnasieskola består av skolläkare, skolsköterska, kurator och psykolog, inklusive köp av sådana tjänster.

För de elevvårdande insatserna inom grundskola och gymnasieskola, uppgick kostnaderna för skolläkare, skolsköterska, skolkurator och psykolog till 850 miljoner kr resp. 250 miljoner kr. Om man även inkluderar kostnaden för specialpedagoger och elevassistenter blir kostnaden troligtvis den dubbla, enligt svar från våra kommunenkäter.

För barn med psykiska/psykosociala problem finns i flera kommuner särskilda undervisningsgrupper, t.ex. skoldaghem. Uppskattningsvis finns ca 100 skoldaghem eller motsvarande i landet och antalet ökar (S:t Örjans specialenhet i Stockholm).

Kostnaden per barn eller insats

Kostnaden per elev och år är 900 kr i grundskolan och 800 kr i gymnasieskolan. Det föreligger dock stora skillnader mellan kommunerna. För grundskolan varierar elevvårdskostnaden mellan 300 kr/elev och 2 200 kr/elev.

Förändringar över tid

Kostnader för elevvård har använts som mått på förebyggande insatser inom skolan. Kostnaderna för elevvård fördelat på antal inskrivna elever i grund- resp. gymnasieskola presenteras i tabellerna 7.10 och 7.11.

Tabell 7.10 Andel av grundskolans totala kostnader som gick till elevvård.

År	Kostnad per elev och år (kronor)	Andel av totala elevkostnaden (%)
1996	900	1,8
1995	1 000	2,1
1992	1 400*	3,0

Källa: Skolverket

* Utöver skolläkare, skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog omfattas även skolvård, personlig assistent och elevförsäkringar i definitionen av elevvård detta år. Redovisningsprinciperna har ändrats mellan åren 1994 och 1995, varför uppgifterna från år 1992 inte är helt jämförbara.

År 1992 var elevvårdskostnaden högre men beräkningen inkluderade även kostnaderna för andra insatser. Uppgifter från vår enkät visar dock att kostnaderna till elevvård är större, ca 4 % av totala elevkostnaden. Däri ingår dessutom kostnader för specialpedagoger och elevassistenter.

Tabell 7.11 Andel av gymnasieskolans totala kostnader som gick till elevvård.

År	Kostnad per elev och år (kronor)	Andel av totala elevkostnaden (%)
1996	800	1,3
1995	740	1,2
1992	760	1,3*

Källa: Skolverket

* Utöver skolläkare, skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog omfattas även skolvård, personlig assistent och elevförsäkringar i definitionen av elevvård detta år. Redovisningsprinciperna har ändrats mellan åren 1992 och 1995, uppgifterna är därför inte helt jämförbara.

Kostnaderna för elevvård minskar samtidigt som Skolverkets Tillståndsbeskrivning 1997 visar att antalet elever i behov av särskilt stöd ökar.

7.2.4 Särskolan

Utbildningen i särskolan syftar till att ge utvecklingsstörda barn och ungdomar en till varje elevs förutsättning anpassad utbildning. Den obligatoriska särskolan består av grundsärskola och träningsskola. Därefter kan eleverna välja gymnasiesärskola. År 1996 var ca 13 900 elever inskrivna i samtliga huvudmäns särskolor. Av dessa gick ca 48 % i grundsärskolan, ca 25 % i träningsskola, ca 29 % i gymnasiesärskola samt 10 % i integrerade grupper.

Kostnader

Samtliga huvudmäns totala kostnad för särskolan år 1996 uppgick till 2 535 miljoner kr. Av detta gick 1 768 miljoner kr till den obligatoriska särskolan och 767 miljoner kr gick till gymnasiesärskolan.

År 1996 var ca 13 900 elever inskrivna i särskolan.

Kostnad per insats

Kostnaden per elev inskriven i särskola är i genomsnitt 214 200 kr (213 300 kr inom obligatoriska särskolan och 216 500 kr inom gymnasiesärskolan). Den totala kostnaden per elev skiljer sig alltså inte mycket åt mellan den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan.

Elevvården utgör i genomsnitt för samtliga huvudmän ca 2,3 % av elevkostnaden; 1,9 % inom den obligatoriska särskolan och 3,3 % inom gymnasiesärskolan. I begreppet elevvård för särskolan ingår kostnader för skolhälsovård, kurator, elevförsäkringar m.m.

Detta innebär att den genomsnittliga kostnaden för elevvården inom särskolan ligger på ca 5 000 kr/elev, men den varierar mellan 1 500 kr/elev och 12 100 kr/elev. I många kommuner är elevantalet mycket lågt. Det är framför allt i dessa kommuner som extremt höga eller extremt låga kostnader förekommer.

Sammanfattningsvis är elevvårdskostnaden högre i gymnasiesärskolan än i den obligatoriska särskolan.

7.2.5 Barnomsorgen

Inom barnomsorgen finns särskilda resurser för barn i behov av särskilt stöd. Till barn med psykiska/psykosociala problem har kommunerna rapporterat flera olika åtgärder som används för att stödja barnen och personalen. Enligt vår enkät satsar 67 % av kommunerna resurser på extra stödpersonal, dvs. personal som skall hjälpa det enskilda barnet och avlasta övrig personal. Cirka 41 % av kommunerna har svarat att de har speciella avdelningar eller särskilda grupper inom den ordinarie barnomsorgen för barn i särskilda behov. Konsultteam finns i 32 % av kommunerna. Konsultteamerna ska ge personalen handledning om det uppstår svårigheter med barn som har problem. I 13 % av fallen har man svarat placering av barn, vilket innebär att man gett förtur till barnomsorgsplats, enligt 16 § SoL "behov av särskilt stöd" (referensen syftar på den gamla 16 § SoL, numera införd i 2 a kap. 9 § skollagen SFS 1997:1212). Cirka 20 % har svarat att man minskat eller skurit ner på antal barn i barngrupperna där det finns ett barn i behov av särskilt stöd. Av enkätsvaren framgår det dessutom att ca 75 % av kommunerna har tillgång till psykologer för att stödja denna barngrupp.

Studier visar att (bl.a. Barnpsykiatrikommittén samt en rapport från Socialstyrelsen) antalet barn inom barnomsorgen som behöver särskilt stöd på grund av psykiska/psykosociala problem varierar avsevärt, 1-20% på enhetsnivå.

Barnomsorgen beskrivs utförligare i avsnitt 6.2.

Kostnader

Kostnaden för hela barnomsorgen uppgick år 1996 till ca 45 miljarder kr. Av dessa går ca 500 miljoner kr, eller ca 1%, till insatser för barn med psykiska/psykosociala problem.

Kostnader per barn eller insats

Inom barnomsorgen ges extra resurser till barn i behov av särskilt stöd, t.ex. genom resurspersonal, nedskrivning av antal barn i barngruppen. Som ett stöd till personalen i arbetet med dessa barn kan handledning av psykolog, specialpedagog eller annan kunnig person ges, eller personalen kan vidareutbilda sig. Uppgift om hur många barn som beviljats stöd inom barnomsorgen för psykiska/psykosociala problem är svår att uppskatta, men enligt våra kommunenkäter uppgick resurserna till ca 500 miljoner kr. Inom barnomsorgen finns ca 500 000 barn (1-6 år) inskrivna (ca 75% av samtliga barn i åldersgruppen). Kostnaden per barn uppgår därför till ca 1 000 kr per barn och år. Resurserna är något större i storstäderna, och då främst i Stockholm och Malmö.

Socialstyrelsen har nyligen publicerat en rapport om barn som behöver särskilt stöd i barnomsorgen (Socialstyrelsen 1997:7). I rapporten delas barn i behov av särskilt stöd in i tre undergrupper, funktionshindrade barn, barn med tal- och språksvårigheter och barn med beteendeproblem/psykosociala problem. Rapporten visar att kommunernas kostnader för insatser för samtliga barn i behov av särskilt stöd var år 1995 i genomsnitt i storleksordningen 2 500-3 000 kr per heltidsinskrivet barn (0-6 år) i barnomsorgen. Kostnaderna fördelar sig relativt jämnt för de tre grupperna, vilket innebär att insatser för barn med beteendeproblem/psykosociala problem uppskattas uppgå till en kostnad på ca 1 000 kr/barn. Även denna rapport visar att kostnaderna per barn är något högre i storstäderna, och då främst i Stockholm och Malmö med ca 4 000 kr/barn.

7.3 Barn- och mödrahälsovården

Uppskattningsvis föds ca 100 000 barn per år och så gott som samtliga kommer i kontakt med MVC och BVC. MVC och BVC utför en viktig del av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Verksamheten är främst hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande, men dess möjligheter till tidig upptäckt av såväl medicinska som sociala problem spelar en stor roll i barns hälsa. MVC och BVC har därmed unika möjligheter

till att tidigt identifiera problem och det bedrivs i dag omfattande psykosocialt förebyggande arbete.

MVC/BVC:s insatser för att förebygga psykiska problem hos barn beskrivs i avsnitt 4.2.

Kostnader

Barnhälsovården har en budget på ca 1 miljard kr/år och mödravårdens budget uppgick år 1995 till mellan 600 och 700 miljoner kr.

Kostnad per insats

Det finns inga nationella empiriska studier som har analyserat hur stor del av MVC:s och BVC:s kostnader som går till att förebygga psykisk ohälsa. Utifrån erfarenheterna från en studie av förekomst av psykosociala problem hos barnfamiljer (Sydsjö, Wadsby & Svedin 1995) uppskattas kostnadsandelen för psykosocialt förebyggande insatser till ca 10 % av resp. verksamhets totala budget. I den refererade studien hade ca 5 % allvarligare psykiska problem och vi har uppskattat att denna grupp får dubbelt så stora insatser som normalfamiljen. Det innebär att kostnaden för psykosocialt förebyggande insatser inom MVC uppgick till ca 70 miljoner kr och för BVC uppgick kostnaden för motsvarande insatser till ca 100 miljoner kr.

Barnets första levnadsår är det mest kostnadskrävande, med ca 6 000 kr/barn (ca 1 000 kr utgörs av kostnad för vaccinationer). Därefter kostar barnhälsovården mellan 250 och 750 kr/barn och år. Genomsnittet för samtliga barn blir ca 1 500 kr. Cirka 10 % går till psykosocialt förebyggande arbete, vilket innebär ca 150 kr/barn.

Årligen görs ca 1,3 miljoner barnmorskebesök och 300 000 läkarbesök inom MVC. Den sammanlagda kostnaden per graviditet beräknas till ca 5 500 kr (Socialstyrelsen 1996:7). Cirka 10 % av kostnaderna går till psykosocialt förebyggande insatser vilket innebär ca 550 kr/barn.

7.3.1 Barnmedicinen

År 1995 skrevs ca 101 800 barn in på någon av landets barnmedicinska kliniker. Inom barnmedicinen vårdas i huvudsak kroppsligt sjuka barn men även ett stort antal barn och ungdomar med bl.a. anorexi eller andra ätstörningar. Psykosociala problem till följd av t.ex. diabetes och allvarliga allergier/astma kan också öka vårdbehovet.

Att arbeta med psykosocialt förebyggande insatser är viktiga inslag inom barnmedicinen. Det finns i viss utsträckning tillgång till t.ex. psykolog och kurator och barnkliniken har ofta någon form av lekterapi.

Kostnader

Hälso- och sjukvårdens totala kostnader för barnmedicinsk sjukvård uppgick år 1995 till ca 9,2 miljarder kronor (exkl. barnpsykiatri). Cirka 55 % av denna kostnad, dvs. ca 5,06 miljarder kronor, gick till somatisk vård (avser både slutenvård och öppenvård) vid någon av landets barnkliniker.

Kostnad per barn eller insats

Inom landets samtliga barnmedicinska avdelningar vårdas och behandlas barn och unga med psykiatriska diagnoser, t.ex. är ca 160 ungdomar inskrivna med anorexi och ca 350 med diagnosen ätstörningar m.m. (EpC:s patientregister 1995). Därutöver behandlas ett okänt antal barn med andra psykosomatiska symtom inom barnmedicinska kliniker. Genomsnittligt antal vårddagar för patienter med diagnosen anorexi eller andra ätstörningar är 21 dagar. Kostnaden uppgår till mellan 4 000 och 5 000 kr per vårddag. Vården för anorexi och övriga ätstörningar vid barnmedicinska kliniker uppgår till en kostnad av ca 50 miljoner kr/år.

Till de psykosocialt förebyggande insatserna inom barnmedicin kan nämnas t.ex. lekterapi och psykolog- och/eller kuratorstöd. Som ett ytterligare led i att stödja barnet under sin vistelse på barnsjukhuset erbjuds ofta en förälder att bo kvar tillsammans med barnet. En uppskattning från ett av landets barnsjukhus visar att ca 5 % av budgeten går till psykosociala insatser. Kostnaden för dessa insatser inom barnmedicinsk slutenvård uppskattar vi till ca 250 miljoner kr för riket.

7.3.2 Ungdomsmottagningarna

Ungdomsmottagningarna har som mål att förebygga fysisk och psykisk ohälsa. Arbetet består dels av individuell rådgivning, undersökning och behandling, dels av utåtriktad verksamhet. Till ungdomsmottagningarna kan ungdomar komma med olika frågor och problem, från det helt normala och friska till vissa psykiska och medicinska problem. Urvalet för vår enkät till ungdomsmottagningarna utgjordes av två grupper, en med "mindre" mottagningar med traditionell personalsammansättning,

öppettider etc., och en grupp med ”större” mottagningar som utökat sin verksamhet med t.ex. psykologkompetens och mer omfattande kuratorstjänst.

Ungdomsmottagningarna verksamhet beskrivs i avsnitt 6.3.

Kostnader

Uppgifter från enkäten visar att de ”större” mottagningarnas budget ligger på mellan 600 tkr/år och 2 500 tkr/år. Vi uppskattar dock att UM:s verksamhet på nationella nivå uppgår till en kostnad av ca 200 miljoner kr. Baserat på ca 200 mottagningar bedömer vi att kostnaden för att bemöta ungdomar med psykiska problem inom UM har uppskattats till ca 40 miljoner kr.

Kostnad per insats eller barn

Resultatet från vår enkät och andra källor talar för att ca 20 % av dessa besök föranleddes av psykiska/psykosociala orsaker. Baserat på ca 250 000 besök/år och en kostnad på ca 200 miljoner kr för riket, uppskattas kostnaden per person för psykosociala frågor uppgå till ca 160 kr/besök.

7.3.3 Barnhabiliteringen

Barnhabiliteringen är en resurs för funktionshindrade barn och ungdomar. Cirka 30 % av barnen som har kontakt med barnhabiliteringen bedöms ha någon psykisk problematik enligt vår enkät. Cirka 10 % av barnen antas ha diagnosen autism eller autismliknande tillstånd, lika många har uttalad DAMP-problematik. Barn med funktionshinder löper dessutom en ökad risk att få psykiska problem under sin uppväxt.

Barnhabiliteringens arbete med barn och ungdomar med psykiska problem beskrivs i avsnitt 6.6.

Kostnader

Barnhabiliteringens resurser uppgick år 1996 enligt vår uppskattning till ca 560 miljoner kr.

Kostnad per insats eller barn

En uppskattning för riket är att 20 000-30 000 barn i åldrarna 0-18 år kom i kontakt med barnhabiliteringen (ca 1-1,5% av samtliga i åldersgruppen). Flera samstämmiga uppfattningar är att ca 30 % av dessa har psykiska problem. Cirka 6 000 barn och ungdomar inom barnhabiliteringen har någon form av psykiskt problem och/eller psykiatrisk störning. Kostnaden per barn inom barnhabiliteringen uppgick till ca 28 000 kr. Enligt våra beräkningar utgör kostnaderna för insatser till barn och ungdomar med psykiska problem inom barnhabiliteringen till ca 30 % av de totala kostnaderna vilket vid handen ger ca 185 miljoner kr. Fördelat på kostnad per barn blir det ca 8 400 kr.

7.4 Sammanställning av samhällets direkta kostnader för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem

Vi har i nedanstående tabell försökt illustrera samhällets kostnader för barn och ungdomar med psykiska problem. Tabellen innehåller uppgifter om de aktörer som har till uppgift att arbeta med dessa barn och ungdomar samt storleksordningen på resurserna de förfogar över. Tabellen är en sammanställning av uppgifterna i avsnitt 7.2.1-7.2.9.

I första kolumnen anges aktör, i den andra kolumnen anges aktörens kostnader för insatser riktade mot målgruppen barn och ungdomar med psykiska problem. Tredje kolumnen anger verksamhetens totala budget. I den fjärde kolumnen anges hur stor andel av verksamhetens totala budget som går till insatser riktade mot målgruppen. I den femte och sista kolumnen beskrivs hur stor andel av samhällets totala kostnader för hela problemområdet som den enskilda aktören står för.

Tabell 7.12 Samhällets kostnader för barn och unga med psykiska/psykosociala problem, fördelat på samhällets aktörer och de resurser som aktörerna förfogar över. Samtliga kostnader anges i miljoner kronor och är approximativa värden.

Aktör	Insatser till målgruppen (mkr)	Verksamhetens totala budget(mkr)	Andel av verksamhetens budget för insatserna (%)	Andel av de sammanlagda kostnaderna (%)
Förebyggande insatser				
MVC	70	700	10,0	0,5
BVC	100	1 000	10,0	1,0
Barnomsorg	500	45 600	1,0	4,5
Grundskola	850	47 600	1,8 *	7,5
Gymnasium	250	19 600	1,3 *	2,0
Särskola	50	2 535	2,0	0,5
Ungdomsmot.	40	200	20,0	0,5
Barnmedicin	250	5 060	5	2,0
Delsumma	2 100			18,5
Vård, omsorg och behandling				
BUP- öppen-vård	700	1 200	60,0	6,5
BUP- slutenvård	500	1 200	40,0	4,5
IFO varav:	6 750	23 600	28,0	61
<i>IFO- § 12-hem och HVB</i>	<i>2 950</i>		<i>12,5</i>	<i>26,5</i>
<i>IFO- familjehem</i>	<i>1 800</i>		<i>7,0</i>	<i>16,0</i>
<i>IFO- övriga insatser</i>	<i>2 000</i>		<i>8,0</i>	<i>18,0</i>
SiS - § 12-hem	816	1 300	62,0	7,5
Barnmedicin	50	5 060	1	0,5
Barnhab.	187	560	30,0	1,5
Delsumma	9 000			81,5
SUMMA	11 100	-	-	100

Källa: Socialstyrelsen, Skolverket, SCB, SiS, Barnpsykiatrikommittén (1996-års uppgifter).

* Baseras på Skolverkets definition av elevvård, dvs. det arbete som utförs av skolläkare, skolsköterska, skolpsykolog och skolkurator. Anmärkningsvärt är att i Barnpsykiatrikommitténs enkät anges ett högre procentuellt värde för elevvårdskostnaden. Enligt våra kommunenkäter har genomsnittskostnaden för elevvården uppskattats till ca 4 % av den totala elevkostnaden. Förklaringen till detta är troligen att kommunerna även inkluderar specialpedagoger och elevassistenter i definitionen av elevvård.

Sammanfattning av tabellen

Av tabellen kan utläsas att det offentliga samhällets kostnader år 1996 för barn och unga med psykiska problem uppgick till 11,1 miljarder kr.

Resurserna kommer från olika håll. Av dessa ca 11,1 miljarder kr finansieras ca 8,5 miljarder kr av kommunerna. Cirka 1,8 miljarder kr finansieras av landstingen och ca 0,8 miljarder kr av staten. Sammanställningen visar att kommunerna står för de största kostnaderna för barn och ungdomar med psykiska/psykosociala problem.

Av de drygt 11,1 miljarder kr går ca 2,1 miljarder kr till förebyggande åtgärder. Cirka 9 miljarder kr går till riktade insatser som vård, behandling och placeringar utanför hemmet. De riktade insatserna, vård och behandling samt placering utanför hemmet, står för ca 80 % av kostnaderna, medan förebyggande insatser utgör mindre än 20 % av samhällets totala kostnader.

Av kommunernas totala kostnader går ca 20 % till förebyggande arbete. Motsvarande del av landstingens kostnader är något högre och uppgår till ca 25 % av den totala budgeten.

7.5 Sammanställning av kostnaden per barn eller insats för de olika instanserna

I nedanstående tabell har vi sammanställt kostnaderna per insats för de olika aktörerna. När det gäller förebyggande insatser som ges av MVC, BVC, barnmedicin, skola, särskola och inom barnomsorg och UM är insatserna generella och riktas i huvudsak till en hel grupp. För dessa insatser har vi angivit kostnad per barn.

När det gäller kostnader för BUP och kostnader för IFO:s familjehems- och HVB-placeringar redogörs dygnskostnad eller annat mått på genomsnittskostnader. På liknande sett redovisas kostnaderna inom barnhabiliteringen och barnmedicin.

Tabell 7.13 Styckkostnad (per barn eller insats) för resp. verksamhet.

Aktör	Kostnad/barn alt. Insats	Antal barn *
Förebygg. insatser		
BVC	ca 150 kr/barn och år	ca 100 000 barn/år
MVC	ca 550 kr/barn och år	Ca 100 000 graviditeter/år
Barnomsorg	ca 1 000 kr/barn/år	ca 455 672 inskrivna 1-6 år i barnomsorgen
Grundskola	ca 900 kr/elev/år **	ca 948 900 elever
Gymnasium	ca 800 kr/elev/år **	ca 310 000 elever
Särskola	ca 5 000 kr/elev/år	ca 13 900 barn inskrivna i särskolan
Ungdomsmottagningarna	ca 160 kr/besök	ca 250 000 besök till UM
Barnmedicin	uppgift saknas	ca 101 800 inskrivna/år + patienter i öppenvård
Vård och beh.		
BUP - slutenvård	ca 5 000 kr/vårddygn eller ca 125 000 kr/inskrivet barn	4 003 intagningar
BUP - öppenvård	ca 2 500 kr/besök och ca 12 000 kr/ärende	50 000 - 60 000 ärenden
IFO - HVB	ca 1 750 kr/dygn	ca 2 000 barn och unga placerade i HVB den 31/12 1996
IFO - § 12-hem (kommun och SiS)	ca 3 600 kr/dygn (fastställd vårdplats) ca 4 500 kr/dygn (fakturerad vårdplats)	ca 450 barn och unga placerade i § 12-hem den 31/12 1996
IFO- familjehem	ca 350 kr/dygn	ca 8 100 barn och unga placerade i familjehem den 31/12 1996
IFO- övrigt	uppgift saknas	uppgift saknas
Barnmedicin	ca 50 mkr	ca 500 barn med diagnosen anorexi eller ätstörning m.m.
Barnhabilitering	ca 8 400 kr/inskrivet barn i barnhabiliteringen	ca 6 000 barn har psykiska problem inom barnhab. (autism, DAMP eller annat psykiskt problem)

Källa: Socialstyrelsen, Skolverket, SCB, SiS, Barnpsykiatrikommittén (1996-års uppgifter).

* Observera att antalet barn för flertalet verksamheter redovisas per år, medan IFO:s uppgifter rör antalet barn som är föremål för en viss åtgärd vid en viss tidpunkt (31 januari 1996).

** Exkl. specialpedagoger och elevassistenter.

Sammanfattning av tabellen

För aktörerna i sammanställningen varierar resurserna för psykosocialt förebyggande arbete mellan 150 och 1 000 kr/person. Särskolan har dock en högre elevvårdskostnad som uppgår till ca 5 000 kr/elev.

Kostnaderna för IFO:s placeringar i HVB är höga. Ett dygn i § 12-hem kostar ca 3 600 kr/dygn. Även kostnaden för HVB är höga, ca 1 750 kr/dygn. Dygnskostnaden för en familjehemsplacering är ca 350 kr/dygn, men en sådan placering varar ofta i många år.

Bristen på tillgänglig nationell statistik av IFO:s öppenvårdsinsatser medför att kostnadsberäkning för dessa insatser ej kan utföras. Den totala kostnaden för dessa insatser uppgick däremot till ca 2 miljarder kr.

Utredning och behandling inom BUP slutenvårdsklinik kostar i genomsnitt ca 5 000 kr/dygn. Eftersom den genomsnittliga vårdtiden är relativt lång blir kostnaderna per vårdtillfälle mycket höga. Det framgår även att mer än 90 % av patienterna behandlas inom BUP:s öppenvård, medan mindre än 10 % behandlas inom BUP:s slutenvård.

Över 500 barn och ungdomar behandlas för anorexi och andra ätstörningar inom barnmedicin till en kostnad av ca 50 miljoner kr.

7.6 Svårigheter att redovisa nyttan av insatserna

Trots de omfattande belopp som insatserna för målgruppen tar i anspråk vet man mycket lite om effekterna av insatserna.

Det finns universitetsanknuten forskning som rör barn och ungdomar och deras hälso- och levnadsförhållanden med undersökningar av epidemiologisk karaktär. Det finns också viss forskning kring olika problematik, både epidemiologisk och inriktad på diagnostik. Behandlingsforskning förekommer dock sparsamt, framförallt råder det brist på systematiska effektstudier av breda socialt inriktade insatser.

I Socialstyrelsens översyn av den psykiatriska vården (Socialstyrelsen 1997:8) refereras till ett antal effektstudier som har gjorts. Socialstyrelsens slutsats är att utåtriktade symtom, oftast beteendestörningar, är svåra att komma till rätta med.

En grupp ungdomar som kostar samhället omfattande resurser är de utagerande ungdomarna med psykiska problem som har placerats i HVB. En uppföljning av ungdomar som varit inskrivna i § 12-hem visar att 75 % av de ungdomar som hade allvarliga psykiska problem, två år efter utskrivning fortfarande var under vård (Sarnecki 1996). Cirka 30 % av ungdomarna har varit placerade 3 gånger eller fler (Johansson m.fl. 1993).

När det gäller den kliniska verksamheten och behandlingsresultaten är det viktigt att man där tar ett mer långsiktig ansvar för behandlingsresultatet. I vår enkät till BUP-kliniker har vi efterfrågat förekomst av systematiska uppföljningar av patienter. Svaren visar att systematiska uppföljningar görs i ca 50 % av fallen.

För att utvärdera nyttan med insatserna krävs satsningar på utveckling av strukturerade och utvärderingsbara metoder och på behandlingsforskning (se kapitel 10).

7.7 Insatser från frivilligorganisationer

Med frivillig verksamhet avses här allt arbete, alla aktiviteter och insatser som sker inom en frivillig organisation eller med en sådan organisation som huvudman. Med frivilliga insatser menas oavlönade arbetsinsatser som i princip är fritt valda och bedrivs inom en organisatorisk ram. Frivilligorganisationer inom den sociala sektorn syftar primärt till att öka välfärd för individer och grupper. Man brukar skilja mellan direkt och indirekt social inriktning. Direkt social inriktning avser insatser som uttrycks i direkt relation till "brukarna" eller direkta hjälpinsatser. Indirekt social inriktning är t.ex. att utveckla välfärden genom opinionsbildning.

Frivilligorganisationernas roll i den offentliga sektorn kan vara av flera slag. De kan antingen komplettera, ersätta eller vara ett alternativ till det offentligas insatser för barn och ungdomar med psykiska/psykosociala problem. Organisationerna kan vara organiserade på olika sätt. Det gemensamma är att de arbetar på frivillig basis.

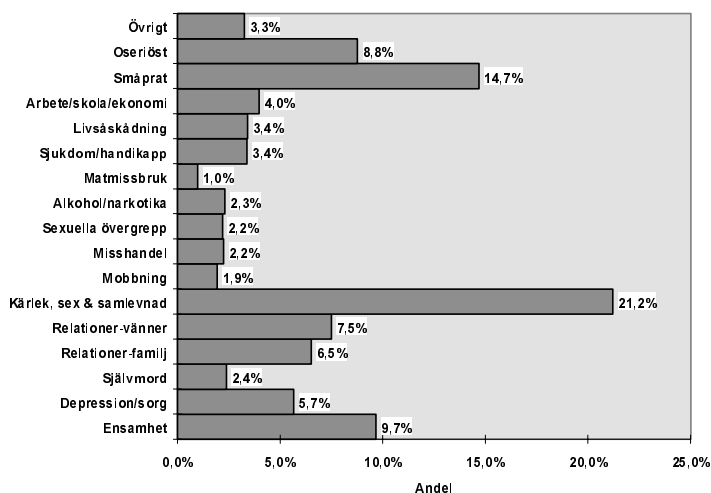
Det finns ett stort antal frivilligorganisationer, och vi kan inom ramen för denna utredning inte redogöra för dem alla. Vi skall i detta avsnitt övergripande redovisa några av dem. Inledningsvis redogörs enskilt för de större organisationerna som inte endast är inriktade på en målgrupp med psykiska problem. Därefter redogörs mer generellt för de organisationer som bildats i syfte att stödja en specifik målgrupp med ett psykiskt handikapp.

7.7.1 Röda korsets ungdomsförbunds jourhavande kompis

Röda korset är en stor organisation med en mångfacetterad verksamhet. Röda korsets ungdomsförbund är en del av verksamheten som inriktas mot barn och ungdomar. En verksamhet som har betydelse för vår målgrupp är "jourhavande kompis", en jourtelefon för barn och ungdomar upp till 25 år. Cirka 130 ungdomar mellan 18 och 25 år arbetar ideellt och anonymt med verksamheten. Telefonjouren är tillgänglig varje dag (28 t/v).

År 1996 togs 5 900 samtal emot (plus lika många "klick", dvs. att uppringaren lagt på vid svar) av jourtelefonen. Tabellen nedan visar problemfördelningen av de frågor som togs upp vid dessa samtal.

Diagram 7.5 Frågeställningar till jourhavande kompis.



Av tabellen kan man utläsa att frågor som berör psykiska/psykosociala problem är mycket vanliga. Flest frågor berör dock kärlek, sex och samlevnadsfrågor vilket torde vara normalt för denna typ av jourtelefon. Pojkar i åldersgruppen 21-25 år stod för 70 % av samtalen.

7.7.2 Rädda Barnen

Rädda Barnen bedriver i huvudsak internationellt arbete, men medverkar även nationellt i olika grupper och deltar i hearings om barnens rättigheter. Rädda Barnen är remissinstans och bevakar att svensk lagstiftning följer FN:s barnkonvention på området. Rädda Barnen erbjuder

även, liksom Al-Anon (se nedan), stöd genom en speciell gruppverksamhet för barn som växer upp i alkoholistfamiljer.

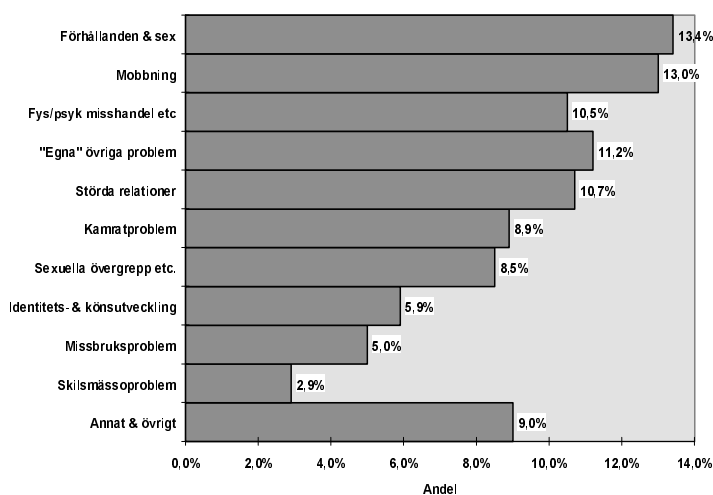
Ett indirekt hjälpprogram för barn är projektet Föräldrar emellan. Där ges ett direkt stöd till föräldrar i sin föräldraroll. Rädda Barnens Centrum för barn och ungdomar i kris är ett resurscentrum för hela Rädda Barnen. Förutom rådgivning och behandling, sprids där kunskap och erfarenhet så att stöd och behandling för de utsatta barnen kan spridas vidare. Rädda Barnen driver även en pojkmottagning för sexuellt utnyttjade pojkar, unga förövare och dess offer.

Rädda Barnen hade år 1996 en kostnad för det svenska programmet på 22,5 miljoner kr. Finansieringen skedde till största delen med bidrag bl.a. från Allmänna arvsfonden.

7.7.3 BRIS (Barnens Rätt I Samhället)

Även BRIS har en jourtelefon för barn och ungdomar. Totalt 11 169 (statistiskt behandlade) samtal inkom under år 1996. Ytterligare ca 45 000 samtal kunde ej behandlas statistiskt (s.k. "klick"-samtal). Telefonen är öppen varje dag. I diagrammet nedan redovisas problemfördelningen av de frågor som togs upp vid dessa samtal.

Diagram 7.6 Frågeställningar till barnens hjälptelefon.



Cirka 70 % av alla samtal som inkom år 1996 var från flickor. Medelåldern var 14 år. I tabellen ser man att även här är det vanligaste problemet förhållanden och sexualitet.

Finansieringen sker främst via avgifter, bidrag och anslag. Anslaget från Socialstyrelsen uppgick år 1996 till 640 000 kr.

7.7.4 Al-Anon och Alateen

Al-Anon och Alateen är två gruppverksamheter för anhöriga och vänner till alkoholister. År 1997 fanns det 176 Al-Anon grupper och 17 Al-Anon vuxna barn-grupper. Alateen är en gemenskap av unga Al-Anon-medlemmar, vanligen i tonåren. År 1997 fanns det 18 Alateen-grupper.

Grupperna träffas vanligtvis en eller två gånger i veckan för att dela erfarenheter, diskutera svårigheter, lära sig effektiva sätt att hantera sina problem och framförallt kanske att stödja och uppmuntra varandra.

Varje Alateen-grupp behöver en aktiv, vuxen Al-Anon medlem som sponsor. Sponsorn tar aktivt del i gruppen genom att vägleda och dela med sig av sin kännedom om verksamheten.

7.7.5 Övriga organisationer

Det finns ett antal brukarorganisationer som bildats i syfte att stödja en specifik målgrupp.

Dessa organisationer har en mängd gemensamma drag. Bland annat bedriver alla i någon form stödverksamhet mot sin målgrupp. Detta kan ske i form av mindre samtalsgrupper, enskilda samtal, stödpersoner, stödtelefon, föreläsningar m.m.

Organisationerna arbetar oftast ideellt med finansiering främst via bidrag från stat, landsting och kommun men även via avgifter, insamlingar och gåvor.

De organisationer som vi varit i kontakt med inom ramen för denna utredning är:

- Anorexi/Bulimi Kontakt
- Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU)
- Riskföreningen Autism
- Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB)
- Familjehemmens Riksförbund
- Svensk Touretteförening
- Intresseförbundet Schizofreni (Riks-IFS)
- IFS Stockholm
- Riksförbundet Ungdom för Social hälsa (RUS)
- Riksförbundet anorexi och bulimi
- Familjehemmens Centralorganisation
- Ananke Föreningen
- Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH).

8 Analyser av samarbete mellan olika verksamheter

Vår bedömning: Vi menar att samarbetet, om det skall fungera väl, kräver engagemang på alla nivåer, från fältnivå till hög beslutande nivå. Ledningen måste ha ett särskilt ansvar. Samarbetet bör utgå ifrån gemensamma mål och varje verksamhet skall bidra med medel och arbetsformer för de målgrupper som man har gemensamt.

Socialtjänsten/socialsekreterarna har ett stort ansvar, både att informera om sin verksamhet och stödja personal i andra verksamheter att våga ta sitt ansvar när barn far illa.

Barn och ungdomar med psykiska problem har många gånger en sammansatt problematik, varför behovet av insatser från t.ex. barnomsorg, skola, socialtjänst och psykiatri existerar parallellt. Inte minst ur den enskildes perspektiv är det viktigt att samarbetet mellan de olika verksamheterna fungerar och att nödvändiga insatser kommer till stånd och vid behov samordnas. I utredningsuppdraget ingår att analysera hur samarbetet mellan olika samhällsinstanser som arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem fungerar.

I detta kapitel diskuteras och beskrivs samarbetet allmänt utifrån förutsättningar och principer. En del goda exempel redovisas. Samarbetet mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin diskuteras särskilt i eget avsnitt.

8.1 Skyldighet att samarbeta

Den allmänna skyldigheten att samarbeta ges i förvaltningslagen (1986:223). Varje myndighet skall lämna andra myndigheter hjälp inom ramen för den egna verksamheten (6 § FL). Ytterligare bestämmelser och konkreta ålägganden om samarbete på olika nivåer återfinns i lagstiftningen för respektive verksamhet.

En allmän riktlinje för socialnämndens verksamhet är enligt socialtjänstlagen att bedriva uppsökande verksamhet och erbjuda grupper och enskilda hjälp. När det är lämpligt skall nämnden samarbeta med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar (8 § SoL). En liknande bestämmelse om samarbete med såväl den enskilde individen som andra verksamheter, vid individinriktade insatser, återfinns i 9 § socialtjänstlagen. Socialnämndens särskilda ansvar för barn och ungdomar syftar till att underlätta familjens uppgift att ge barnen en materiell och känslomässig trygghet vilket bl.a. innefattar ett nära samarbete med hemmen (12 § SoL). Polisen har ett särskilt åliggande att fortlöpande samarbeta med myndigheter inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem (3 § polislagen). Vidare skall andra myndigheter ge polisen stöd i dess arbete (3 § polislagen). Även sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare, 8 och 21 §§ hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens samarbete underlättas av att båda styrs av en ramlagstiftning som ger möjlighet att utveckla gemensamma vård- och servicefunktioner efter lokala förhållanden och behov.

I HSL liksom i socialtjänstlagen finns en betoning av två utvecklingslinjer, en mot öppna och nära vårdformer samt en mot förebyggande insatser. Båda lagarna lägger stor vikt vid individens möjligheter att leva ett gott liv med stöd av egna resurser där den enskildes integritet och rättigheter skall respekteras. Vidare präglas både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen av gemensamma principer som helhetssyn, närhet och tillgänglighet (Grönvall m.fl. 1991).

8.1.1 Samarbete och sekretess

I olika sammanhang upplevs sekretesslagen som ett hinder i samarbetet. Sekretess gäller mellan olika nämnder i samma kommun (t.ex. barn- och ungdomsnämnd och individ- och familjeomsorgsnämnd), mellan självständiga verksamheter inom samma nämnd (alkoholrådgivning och individ- och familjeomsorg), mellan olika kommuner eller stadsdelsnämnder eller distriktsnämnder och mellan olika myndigheter (socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola, försäkringskassa).

I all samverkan mellan myndigheter och yrkesgrupper är det viktigt att värna om enskilda personers integritet. Sekretesslagen förbjuder i princip utlämnande av personliga uppgifter utan samtycke från den det gäller. Det faktum att man t.ex. inom socialtjänsten uppger sig ha en

policy att samarbeta med skolan löser inte sekretessfrågan, dvs. sekretesslagen medger inte generella lösningar. Ytterst handlar detta om en avvägning mellan olika intressen. Intresset av att med mesta möjliga kunskap snabbt kunna se vilken åtgärd som behövs, vari ligger både ett rationaliseringsintresse men också ett intresse av att ge den bästa hjälpen, ställs mot intresset av att skydda enskilda personers integritet.

Möjligheterna till samverkan mellan myndigheter i enskilda ärenden bygger först och främst på den enskildes samtycke. Därtill finns i vissa fall begränsningar i sekretessen som möjliggör samarbete utan eller oavsett samtycke från klienten/patienten/familjen. Ett sådant exempel är när socialtjänsten i sin utredning av ett barns förhållanden behöver uppgifter från andra myndigheter.

8.2 Allmänt om samarbete

Betydelsen av ett gott samarbete och bra samverkansformer mellan olika myndigheter och organisationer när det gäller barn som av olika skäl behöver samhällets stöd har förts fram i alla tänkbara sammanhang. Det gäller statliga utredningar, rapporter, betänkanden och propositioner likaväl som lokala vårdresursplaneringar, verksamhetsberättelser m.m.

Samverkan behövs för att samhällets gemensamma resurser skall utnyttjas effektivt, innebärande att man undviker dubbelarbete och att man i samarbete löser tvister kring gränsdragningsfrågor och kompetens.

Socialtjänstens samverkan spänner över ett vitt fält, från medverkan i samhällsplanering till samarbete med olika myndigheter och verksamheter i enskilda ärenden. Behovet av bättre samordning blir mer tydligt uttalat i tider med krympande samhällsresurser. Samtidigt ökar också behovet av att utveckla principer för samverkan. Det räcker inte med de skyldigheter till samverkan som finns inskrivna i olika lagar, även om samverkansprinciperna måste utgå ifrån vars och ens ansvarsområde som det är beskrivet i lag. Ett välfungerande samarbete kräver att man är någorlunda enig om vilken ansvarsfördelning som gäller. En del av samarbetet handlar därför om att tillsammans tydliggöra ansvarsgränserna för var och en.

Omorganisationer både i kommunal verksamhet och inom landstingen har under senare år både ökat samarbetet mellan "vårdgrannar" och satt fart på utvecklingen av nya samarbetsformer. På många håll i landet har landsting och kommuner tagit fram gemensamma skriftliga samverkansplaner där vars och ens ansvarsområde avgränsas och där också principer för och innehållet i samverkan bestäms. Mot bakgrund

av att aktuella verksamheter förväntas få allt mindre resurser, uppstår behovet av prioriteringsrekommendationer som blir till ledning för den egna verksamheten och som också måste beaktas i samverkansplaner. För att underlätta samarbete ordnas gemensamma utbildningsaktiviteter och/eller regelbundet återkommande träffar kring allmänna frågor mellan myndigheter och verksamheter. Målsättningen är att öka förståelsen och respekten för varandras verksamhets- och ansvarsområde och för de prioriteringar som olika verksamheter tvingas göra. På flera håll i landet finns också fasta samverkansgrupper för enskilda ärenden. Det kan gälla övergrepp, flyktingproblematik eller särskilda projekt kring familjearbete. Gemensamt för samverkansgrupper är ett uttalat behov av tvärvetenskapligt teamarbete som utgår ifrån klientens/patientens sammansatta behov.

Som ett hinder för konstruktiv samverkan nämns ofta tidsbrist, personalbyten, oklara ansvarsområden samt sekretessfrågor. Vaga målsättningar, kollisioner mellan olika kunskapsmönster, förhållningssätt, professionella mål och maktstrukturer samt motstridiga ekonomiska intressen är några ytterligare besvärande hinder i samarbetet.

Det yttersta syftet med samarbete kan sägas vara att garantera en service och vård som är korrekt, säker och av god kvalitet. Samverkan är därför inte ett mål i sig utan ett medel att nå vissa mål. När barn far illa eller misstänks fara illa behöver socialtjänsten en helhetsbild av barnets och familjens situation och behov. För att få en sådan helhetsbild behövs en sammanslagning av den information, den bild som finns av familjen hos olika instanser. Konsekvenserna av bristande samarbete när barn far illa är att socialtjänsten inte får den kunskap som behövs för att fatta adekvata beslut. Både JO och Socialstyrelsen har i tillsynsärenden ofta påpekat just detta. Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten i 71 § socialtjänstlagen finns för att, i de fall barn behöver skydd, garantera att socialtjänsten, som är den myndighet som av samhället fått mandat och skyldighet att vid behov ingripa, skall få nödvändig information.

Frågor som rör avgränsningar mellan myndigheter hör nära samman med frågor om samarbete mellan verksamheterna. Frågan om huvudmannaskap hör också hit. Viss kritik har alltid framförts över att vårdresurser för barn och ungdomar är splittrade på olika huvudmän, vilket bedöms försvåra samordning och samarbete. Vi återkommer till detta nedan samt i kapitel 9.

8.2.1 Förutsättningar för samarbete

I projektet "Barnfamiljer och samhällets service" i Uppsala studerades samverkan ur ett antal synvinklar. De frågeställningar man byggde studierna på var:

- Vilka behov och problem hos olika målgrupper är sådana att samverkande insatser kan anses vara påkallade?
- Vilka resurser och kompetenser finns i det samlade verksamhetsfältet för att möta sådana preciserade behov?
- Var i verksamhetsfältet identifieras dessa behov och problem?
- Vilka åtgärdstyper och vilka preciserade verksamhetsformer mellan vilka verksamheter och kompetenser är motiverade i det enskilda fallet?

Det man i princip kom fram till var att samverkan bör eftersträvas endast i sådana fall där förenade insatser från skilda kompetensområden är ofrånkomligt nödvändiga för att framgångsrikt bearbeta ett problem. I slutrapporten görs bedömningen att framgångsrik samverkan måste bygga på dels koordination av resurser, behov och ansvar, dels fastställda former för samverkan. "Skall samverkan lyckas, dvs. ge konkreta resultat i ärenden som man tidigare inte haft någon framgång med, skall den bygga på samspel med klart profilerade och specialiserade kontrahenter som går in i den gemensamma uppgiften på ett kompletterande sätt" (Lagerberg & Sundelin 1990).

Andra talar i stället om kvalitativa förutsättningar för samarbete där en genuin önskan att samarbeta är en grundförutsättning. Denna kännetecknas bl.a. av att man uppriktigt vill pröva vem eller vilka som för närvarande bäst kan hjälpa klienten, oavsett om detta har sitt pris i ökade arbetsinsatser eller upplevd prestigeförlust. Förutsättningar för ett bra samarbete är då att det finns ett intresse för och kunskap om den andre parten, ömsesidigt förtroende samt respekt för varandras kompetens och arbetsområden (bl.a. Lindblad 1990).

Att en utbyggd samverkan ger ökad personkännedom som i sin tur ger större trygghet i kontakterna över verksamhetsgränserna och kanske också större respekt för villkor, synsätt och traditioner inom andra arbetsfält än det egna, verkar de flesta vara överens om. Huruvida en ökad samverkan i sig också leder till större förutsättningar att tillgodose djupgående och sammansatta behov hos människor eller om man genom samverkan bättre kan finna samlade lösningar för den enskildes eller gruppens totala situation, kan man ha olika åsikter om.

Lagerberg och Sundelin anser att beprövade samverkansvägar ofta inte tycks leda till att man finner samlade lösningar för enskilda och

grupper. För det måste samarbetet på ett helt annat sätt än hittills grundas i en systematisk planering. Planeringen skall utgå ifrån klart avgränsade och specialiserade verksamheter, som i gemensamt arbete kompletterar varandra (Lagerberg och Sundelin 1990).

Uttalandet får stöd av många som just anser att det i allt samarbete är oerhört viktigt att man i första hand inriktar sig på den egna professionaliteten och utför det som man är utbildad till. I annat fall kan det bli så att man "lämnar de uppgifter som man är specialist på och ställer upp på att vara ett allmänt stöd för de vuxna i familjen. Därmed kommer personalens tid och kraft ofta att helt uppslukas av de vuxnas överstigitliga problem, utspel, ageranden m.m." (Sundelin-Wahlsten 1997).

I en studie för Svenska Kommunförbundets räkning över möjligheterna att effektivisera stödet till de mest utsatta barnen och ungdomarna anses samarbetet underlättas bl.a. av att verksamheter organiseras i gemensamma distrikt, att man har lämpliga funktions- och huvudmannaskapsgränser, av att samlokaliseras till gemensamma hus samt av att man har samordnad politisk/administrativ ledning och finansiering. Vidare bör samarbetet avse samtliga nivåer. Det bör t.ex. finnas samarbetsgrupper på alla nivåer. Andra viktiga faktorer är att man har lagarbete med företrädare för alla berörda verksamheter, att man har gemensamma utvecklingsprojekt och gemensam utbildning för personal (Bohman & Westlund 1995).

Samverkansprojekt med barn i fokus

Socialstyrelsen har, inom ramen för ett regeringsuppdrag att utarbeta ett åtgärdsprogram för att höja kompetensen i arbetet med barn inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg (Barn i fokus-projektet), ekonomiskt stött samt följt olika samverkansprojekt i landet åren 1991-1995. I sin slutrapport konstaterar Socialstyrelsen att de samverkansformer som man på olika håll försökt utveckla under de senaste 20 åren ibland varit framgångsrika, men ofta bara för en kort period. När projekt avslutats eller en eldsjäl bytt jobb har samarbetet runnit ut i sanden (Socialstyrelsen 1996:19).

Socialstyrelsen konstaterar vidare att samverkan hittills oftast inneburit att personal från olika myndigheter ingått i s.k. samrådsgrupper eller att man samarbetat i enskilda ärenden. Man utbyter information och försöker koordinera insatserna runt det enskilda barnet. Detta är en relativt enkel form av samarbete. Den typ av samverkan som handlar om sammanslagning och gemensamma funktioner uppfattas ofta som hotfull och skapar konflikter mellan personalgrupper. Det är dock denna typ av samordning och gemensamt ansvar som många gånger ger de

bästa förutsättningarna för att utforma sammansatt och snabb hjälp till barnen där de befinner sig (Socialstyrelsen 1996:19).

Vägledande för satsningar i Barn i fokus-projektet var att öka kompetensen hos de socialsekreterare som arbetar med utsatta barn. Inom projektet lades särskild vikt vid att fortsättningsvis stimulera och utveckla samverkansformer. Under åren 1996 och 1997 har Socialstyrelsen samlat 15 lokala projekt i ett nätverk för att främja kunskaps- och erfarenhetsutbytet dem emellan. De erfarenheter man hittills haft av samverkansprojekt är att samarbetet bidrar till identifiering av familjer och barn som behöver särskilt stöd och att utbudet av insatser blir mer varierat och bättre anpassat till enskilda familjers behov (Socialstyrelsens redovisning till regeringen 1997).

8.2.2 Samarbete mellan barnomsorg, skola, barnpsykiatri och socialtjänstens individ- och familjeomsorg

Vi har i vår enkätundersökning ställt en mängd frågor angående samarbete mellan olika myndigheter/instanser. De instanser vi skickat enkäter till är skolan, barnomsorgen, IFO och BUP/PBU. Frågorna ställdes på ett liknande sätt i alla de olika enkäterna så att en jämförande utvärdering skulle underlättas. Alla frågor hade öppna svarsalternativ. På så sätt har vi fått varje respondents subjektiva uppfattning av samarbetet.

De frågor vi genomgående ställt är:

- Bedrivs organiserat, regelmässigt samarbete med andra myndigheter/instanser?
- På de områden som samarbetet fungerat bra, vad anser ni vara de huvudsakliga kriterierna för detta?
- På de områden som samarbetet fungerat dåligt, hur skulle det kunna förbättras?
- Med vilka andra myndigheter/instanser vore ett (utökat) samarbete önskvärt?
- Hur finansieras samarbetet?

Av sammanställningen kan man utläsa att alla instanser uppfattar sig ha ett relativt regelbundet samarbete med IFO. Det starkaste samarbetet med IFO förefaller skolan ha där hela 89 % av alla svarande i skolenkäten anser sig ha ett regelbundet samarbete. Det svagaste samarbetet återfinns mellan skolan och barnomsorgen. Endast 8 % av skolorna anser sig ha ett regelbundet samarbete med barnomsorgen. Inom

barnomsorgen uppfattar 27 % av de svarande kommunerna ett samarbete med skolan.

Alla instanser vill ha ett utökat samarbete med BUP/PBU. Här har IFO det största behovet, där 69 % av de svarande kommunerna har uttryckt önskemål om utökat samarbete med BUP/PBU. Även här verkar det minsta samarbetsbehovet finnas mellan skolan och barnomsorgen. Endast 4 % av skolorna har uttryckt önskemål om utökat samarbete med barnomsorgen. 19 % av barnomsorgens svarande önskar utökat samarbete med skolan. 49 % av barnomsorgens svarande har önskat utökat samarbete med BUP. BUP önskar inget utvidgat samarbete med barnomsorgen.

Av de tillfrågade inom barnomsorgen har hela 74 % regelbundet samarbete med socialtjänstens IFO medan 38 % önskar utökat samarbete. Av IFO har 40 % svarat att de regelbundet samarbetar med barnomsorgen och 25 % önskar utökat samarbete. När det gäller samarbetet mellan skolan och IFO har 89 % av skolorna alltså svarat att de regelbundet samarbetar med IFO och 47 % har svarat att de önskar utökat samarbete. Av IFO har 79 % svarat att de regelbundet samarbetar med skolan och 23 % önskar utökat samarbete (se figurer nedan).

Det framgår inte av svaren vad olika svaranden bedömt som *organiserat, regelmässigt* samarbete. Vår tolkning är att man inkluderar samarbetsinsatser kring enskilda barn.

Figur 8.1 Beskrivning av samarbete

Figur 8.2 Önskemål om utökat samarbete**Kriterier för samarbete**

I vår undersökning kan vi urskilja ett antal kriterier som anses utmärka ett bra samarbete:

- respekt för varandras kompetens
- överensstämmande uppdrag/synsätt
- personliga relationer.

Dessa återfinns som de mest frekvent angivna kriterierna hos alla instanser, dock ej nödvändigtvis i den ordningsföljden.

På frågan om hur samarbetet skulle kunna förbättras kan en liknande sammanställning göras. Alla instanser har på den frågan angivit något eller några av följande kriterier som de viktigaste för förbättrat samarbete:

- upprätta gemensamma arbetsdokument
- skapa respekt för varandras kompetens
- samordna varandras uppdrag.

Jämför man dessa kriterier med kriterierna för bra samarbete så ser man att de som väntat till stor del matchar varandra.

Hur finansieras samarbetet?

På frågan om samarbetets finansiering har en tydlig majoritet av de svarande angivit att inga speciella samverkansmedel finns, eller att finansiering för samarbete sker inom befintlig budgetram. Tydligast är det inom skolan där 91 % av de svarande skolorna angett detta. Vad gäller extern finansiering, t.ex. arbetsprojekt, så tyder enkätsvaren på att denna typ av samarbete är vanligast hos BUP/PBU. 30 % av de svarande klinikerna har angett att samarbete sker med extern finansiering. I denna kategori ligger skolan lägst med 9 %.

8.3 Samarbete vid barns och ungdomars behov av skydd

Barns utsatthet väcker ofta starka känslor hos inblandade professionella. Olika strategier används för att skydda sig mot insikten om barnets utsatthet.

Endast bråkdelen av utsatta barn anmäls/rapporteras till socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Som exempel anmäler skolpersonal bara 15 % av de barn och ungdomar som man misstänker har allvarlig social problematik, och anmälningarna görs sent (Sundell & Colbiörnssen 1996). En liknande bild av förskolans/barnomsorgens benägenhet att kontakta socialtjänstens individ- och familjeomsorg finns. En undersökning omfattande 3 700 förskolebarn i Stockholm visar att hälften av de barn där personalen misstänkt att barnet för illa fortfarande tre år senare inte hade kontakt med individ- och familjeomsorgen. Barnen hade inte fått någon hjälp utan levde hemma med samma problem och

svårigheter som tidigare (Sundell m.fl. 1992). Sammantaget ger det en skrämmande bild av förutsättningarna för att erbjuda utsatta barn hjälp och stöd, eller vid behov skydd.

Några av de vanligaste skälen till att personal inom andra verksamheter inte anmäler misstankar om att barn behöver skydd till socialtjänsten anges vara att man saknar bevis på att barnet behöver skydd, att det inte lönar sig att anmäla – man tror inte att det hjälper barnet –, att man i stället själv tar hand om problemen på olika sätt samt att man på annat sätt samarbetar med individ- och familjeomsorgen, t.ex. informellt (bl.a. Lundén & Broberg 1996, Sundell m.fl. 1996).

Sett ur socialtjänstens perspektiv är det uppenbart att anmälningskyldigheten inte efterlevs vilket sätter socialtjänstens funktion som yttersta skyddsnät för barn ur spel. Personalgrupper inom förskola, skola m.fl. har sannolikt inte tillräcklig kunskap om anmälningskyldigheten och om det varierade utbud av insatser som socialtjänsten kan erbjuda familjer. Attityderna mot IFO är ofta negativt laddade i allmänhet beroende på att IFO har den obehagliga skyldigheten att ibland behöva ifrågasätta någons föräldrakompetens. Vetskapen om det "farliga" leder till att andra yrkesgrupper drar sig för kontakt. Med tanke på de resurser IFO har till sitt förfogande för föräldrastöd skulle det vara önskvärt att personal i förskola och skola, i ett mycket tidigt skede, informerar föräldrar om alla möjligheter som står till buds och även medverkar i en första kontakt mellan föräldrar och IFO (Edlund m.fl. 1997, hearing med socialtjänsten).

8.3.1 Den samlade kompetensen kan tas bättre tillvara

Personalen inom barnomsorg och BVC har ofta arbetat länge i sin respektive verksamhet och de har utvecklat en stor känslighet för barns utsatthet. Den utgör därför en ovärderlig resurs då det gäller att tidigt uppfatta barns utsatthet och motivera föräldrarna att söka adekvat hjälp. Metoderna kan förfinas och kompetensen ytterligare ökas så att denna personal i samarbete eller samråd med socialsekreterare kan motivera föräldrar att söka hjälp (Lundén & Broberg 1996). Detsamma torde gälla personal inom skolan.

Barnomsorgspersonalen lägger ofta ner mycket tid på samtal med föräldrar vars barn man oroar sig för. Barnomsorgspersonalen anser ofta att den har en god kontakt/relation till föräldrarna. Ändå blir oron för barnets psykiska välfärd inte klart uttalad. I stället för att i samtal med föräldrarna fokusera oron för barnet, försöker barnomsorgspersonalen få föräldrarna att förstå hur viktigt det är med stimulans, att barn

får god och näringsrik mat, att barn kommer ut i friska luften, att barn och föräldrar gör något trevligt tillsammans etc. (Lundén & Broberg 1996).

Inom BVC försöker man ge patienter som man oroar sig för mer tid. Man anser sig dock inte längre ha tid att göra hembesök i den utsträckning som man önskar. Detta gäller i synnerhet barn som vid upprepade tillfällen inte kommit till BVC. När det blir långa intervaller mellan besökstillfällena blir det också svårt för personalen att bedöma hur barnet mår eller hur barnet har det. Man anser sig då inte ha tillräckligt på fötterna för att ta upp den oro man känner med föräldrarna, utan även här blir det i stället mer tal om barns behov i allmänhet (Lundén & Broberg 1996).

Personal i basverksamheterna skola, barnomsorg och BVC som möter barn och ungdomar i utsatta situationer blir alltså, ofta i sin rädsla för att stöta sig med föräldrarna, otydliga i sin kontakt med dem. Här borde ett samarbete med socialtjänstens individ- och familjeomsorg ge större möjligheter att konfrontera föräldrarna med allvaret i barnets situation och hjälpa till med adekvata insatser.

8.4 Organisationens betydelse – några exempel

Enligt flera undersökningar anser personal att samarbetet underlättas om man har regelbundna träffar eller om verksamheterna ligger nära varandra så att man lätt når varandra och lär känna varandra. BVC-personal har t.ex. uttalat att man känner sig mindre ensam i svåra ärenden om man har regelbunden tillgång till socialsekreterare. Klarare riktlinjer för samarbetet efterlyses också ofta för att förbättra och underlätta samarbetet (bl.a. Lundén & Broberg 1996).

I flyktningmottagandet har man i många fall utvecklat flexibla och fruktbara samverkansformer mellan socialtjänst, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri m.fl. Behovet av stöd från flera instanser är tydligt för alla, och de olika verksamheterna är medvetna om sin egen otillräcklighet. I stället för att slussas mellan instanser, vars relation till varandra man som nyanländ inte har möjlighet att överblicka, får flyktningfamiljen träffa ett team som representerar både kommunala och landstingsbaserade verksamheter. Se vidare avsnitt 9.5.

Samlokalisering

Familjecentret i Hagalund i Solna är ett av många exempel på okonventionellt samarbete mellan socialtjänstens individ- och familjeomsorg och mödra- och barnhälsovården, som tjänat som modell för andra liknande samverkansformer i landet. Ett sådant exempel är Centrum för samverkan i Flemingsberg i Huddinge där man också, utan ändring i huvudmannaskap, har en gemensam styrning/samordning av verksamheterna. I dessa båda fall försöker man underlätta samarbetet genom samlokalisering av olika verksamheter.

Bakgrunden till samarbetet har i dessa fall varit ett syfte att dels minska dubbelarbete, dels förhindra att barn och ungdomar "ramlar mellan stolarna". Målsättningen är också att nå familjer med tidiga insatser i förebyggande syfte. Genom tillgänglighet till de samlade resurserna räknar man med att stödinsatser och hjälp skall kunna sättas in tidigt och skräddarsys i nära dialog med familjerna. Även möjligheten till kontinuitet och uppföljning underlättas av närheten till varandra.

Exempel från barnhabiliteringen

I vår kartläggning av barnhabiliteringens stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem mötte vi många exempel på fruktbart samarbete, dels mellan olika landstingsbaserade verksamheter som habilitering, barnhälsovård, barnmedicin och barnpsykiatri, dels mellan habilitering och kommunala verksamheter som förskola och skola. I habiliteringens uppgift ingår att planera sammansatta åtgärder som allsidigt främjar utveckling. Man kan därmed säga att habiliteringen mer än andra verksamheter har ett uttryckligt uppdrag att samarbeta.

Barnhabiliteringens arbete beskrivs mer utförligt i avsnitt 6.6 där även exempel på samarbete får en något mer detaljerad belysning. Här skall endast lyftas några erfarenheter av principiellt intresse.

Barnhabilitering och barnpsykiatri har på många håll gemensamma team runt barn med specifika funktionshinder, som autism och DAMP. I de flesta fall är teamet organisatoriskt tillhörigt en verksamhet, exempelvis barnhabiliteringen. Barnmedicinsk klinik och barn- och ungdomspsykiatri samverkar genom att skjuta till tjänsteresurser, exempelvis ett visst antal veckotimmar med barnläkare, barnpsykiater eller BUP-psykolog. Tjänstgöring inom en annan verksamhet, men i vad som ses som ett gemensamt team, har i dessa fall kunnat prioriteras då det för alla är tydligt att arbetet är inriktat på för verksamheterna "gemensamma barn". – En sådan fast samverkansform innebär att verk-

samheterna generellt får bättre kännedom om varandra, vilket stimulerar även annat samarbete och utveckling av kompetens.

Det finns också exempel på samverkan genom tjänstgöring över verksamhetsgränserna som inte är begränsad till gemensamma team. Från flera håll har vi erfarit att samverkan genom tjänstgöring enligt fasta överenskommelser, exempelvis av BUP-klinikanställd psykiater inom barnhabiliteringen, är långt mera kraftfullt än att motsvarande kompetens tillförs på konsultativ basis. – De här nämnda exemplen gäller i samtliga fall verksamheter som alla haft landstinget som huvudman, något som rimligen gjort det lättare att träffa överenskommelser.

Verksamhetsövergripande team runt barnet och familjen

Samarbete mellan olika verksamheter kan också utgå ifrån s.k. individuella serviceprogram (ISP), som kommit till användning inom habiliteringen. Med denna arbetsmodell, som beskrivs närmre i avsnitt 6.6, sätts barnet och familjen i centrum. De bildar utgångspunkten, inte personal eller verksamheter, och runt dem skapas ett individuellt anpassat nätverk av professionellt stöd.

Det principiella arbetssättet torde kunna ha förutsättningar att vara framgångsrikt i många fall av sammansatta hjälpbehov. Modellen uppmuntrar till tydlighet i mål, arbetssätt och prioriteringar, med utgångspunkt i barnets och familjens uttryckliga behov och önskemål. Genom att så uttryckligt sätta familjen i centrum kan man eliminera eller i vart fall minska problem med oklar motivation hos familjen och ineffektivt dubbelarbete verksamheterna emellan. Erfarenheten visar annars att personal inom olika verksamheter tenderar falla in i en allmän och diffus hjälparroll då de möter barn och familjer med sammansatta behov.

8.5 Samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst

I vår undersökning om kostnader m.m. för samhällets stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem har 56 % av IFO-enheterna svarat att de anser sig ha ett organiserat regelmässigt samarbete med BUP, och hela 69 % vill ha ett utökat samarbete. Motsvarande siffror från BUP är att 91 % anser sig ha ett organiserat samarbete, medan 43 % vill utöka samarbetet med socialtjänstens IFO (se figurer ovan i avsnitt 8.2). Vår tolkning här är att man inkluderar samarbetsinsatser kring enskilda barn.

När det gäller behovet av utökat samarbete stämmer resultaten väl överens med andra utredningar och uttalanden om samarbetet mellan socialtjänstens IFO och barnpsykiatrin. Socialstyrelsen konstaterar t.ex. att landstingen i många fall har minskat sina resurser medan den allt tyngre problematiken och den ökade komplexiteten i ärendena gör att socialtjänsten har ett ökat behov av samarbete. De problem som uppstår rör i första hand gränsdragningar mellan ansvarsområdena, kostnadsansvar för insatser, väntetider för undersökningar och intyg m.m. (Socialstyrelsen, NT 1997).

Socialstyrelsens tidigare studier om samarbetet mellan barnpsykiatrin och socialtjänsten i fem län visar att det primärt är barnpsykiatrin som bestämmer villkoren för samarbetets omfattning och inriktning och att socialtjänstens individ- och familjeomsorg får rätta sig därefter (Socialstyrelsen, AU 1993).

En reell svårighet i samarbetet är att barn- och ungdomspsykiatrin är en förhållandevis liten resurs. I ett medelstort landsting, med en befolkning på 280 000 invånare varav 70 000 är under 18 år, finns en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik som har 2-3 behandlingsenheter för avdelningsvård. Dessutom finns 4-5 öppenvårdsmottagningar spridda över landstingsområdet. I detta medelstora landsting med cirka 100 personer anställda inom barn- och ungdomspsykiatrin finns följande möjliga samverkanspartners: 15 socialförvaltningar uppdelade i ännu fler socialdistrikt, 150 skolor och fritidshem, 40-50 rektorsområden med 150-200 skolor och också skoldaghem, 20-30 primärvårdsenheter, 1 barnmedicinsk klinik, andra kliniker som behandlar barn, 1-5 vuxenpsykiatriska kliniker, 1-3 barnhabiliteringsenheter, 1-5 hem för vård eller boende varav något § 12-hem. Även domstolar och polisväsendet tillhör barn- och ungdomspsykiatrins potentiella samarbetspartners. Det är lätt att instämma i den slutsats som Socialstyrelsen drar i sin nationella översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården: "Barn- och ungdomspsykiatrin är en liten resurs till vilken stora förväntningar knyts" (Socialstyrelsen 1997:8).

Gränsdragningar mellan verksamhetsområden och frågor om kostnadsansvar mellan verksamheter, liksom frågor om prioriteringar inom och mellan verksamheter hänger nära samman med organisation av och huvudmannaskap för verksamheter. Som tidigare sagts har viss kritik alltid funnits över att barnfrågorna är splittrade mellan olika huvudmän i samhället.

8.5.1 Tidigare utredningar

I förarbetena till socialtjänstlagen underströks behovet av ökat samarbete mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (SOU 1974:40, SOU 1977:41). I yttranden över socialutredningens principbetänkande ansåg flera remissinstanser att det fanns skäl för en närmare anknytning mellan socialtjänsten och den psykiatriska barn- och ungdomsvården. Socialutredningen var dock inte beredd att föreslå ändringar i huvudmannaskapet bl.a. med motiveringen att det inte skulle vara möjligt för mindre kommuner att bygga upp egna specialistresurser.

I propositionen (1979/80:1) konstaterades att det vore möjligt att sammanföra BUP/PBU, familjerådgivningen och socialtjänsten samt att det i så fall skulle vara naturligt att kommunen var huvudman för verksamheten. Som motivering till detta angavs bl.a. att det fanns grundläggande likheter mellan de olika verksamheterna. Det gäller såväl inriktning och arbetsmetoder som de problem som förorsakar behov av behandling och stöd hos barn, ungdomar och familjer. Om man sammanför de olika verksamheterna under en huvudman kan man räkna med att den kvalitativa nivån på socialtjänstens insatser kommer att höjas. Man kan också räkna med att en samordning gör det möjligt att bättre utnyttja resurserna (prop. 1979/80:1).

Sammantaget kom man i diskussionerna kring huvudmannaskapsfrågan fram till att den ännu inte var tillräckligt utredd men att det finns ett nära samband mellan de båda verksamheterna BUP/PBU och socialtjänsten, att socialtjänsten har stort behov av de kvalificerade resurser som finns inom barn- och ungdomspsykiatri och att BUP/PBU har stort behov av de resurser som socialtjänsten förfogar över (familjehem, behandlingshem, barnomsorg m.m.) (prop 1979/80:1).

I februari 1981 uppdrog regeringen åt BFU-81 (Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen 1981) att bl.a. undersöka barn- och ungdomspsykiatrins utformning samt att analysera behovet av samarbete mellan olika verksamheter. Kommitténs analyser och ställningstaganden presenterades i slutbetänkandet Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (SOU 1985:14). Kommitténs slutsats var att barn- och ungdomspsykiatri är hälso- och sjukvård och därmed ett ansvar för landstingen. Man tog klart ställning (med undantag för organisationen i Stockholm) för att den öppna och slutna barnpsykiatri skulle finnas inom samma organisation.

Vi återkommer i nästa kapitel till frågan om ökade möjligheter att utveckla nya samverkansformer mellan kommuner och landsting.

Vissa grupper av barn och ungdomar kräver samverkan mellan BUP och IFO

Behovet av konkreta former för samverkan är särskilt uttalade för vissa grupper av barn och ungdomar. Barn till föräldrar som missbrukar alkohol eller narkotika, barn till föräldrar som lider av psykisk sjukdom eller har svåra psykiska problem samt barn till föräldrar som på grund av förståndshandikapp har svåra brister i förmågan att ta omsorg om barn torde vara de viktigaste och vanligaste "samarbetsärendena". Socialtjänsten och barnpsykiatrien och i förekommande fall andra verksamheter bör i dessa fall ses som ett, i samhället, gemensamt vårdsystem där utredning och insatser planeras tillsammans. Annars riskerar barnen att utsättas för dåliga eller utdragna utredningar och alltför sena insatser.

Till de barn och ungdomar som har svårt att få adekvat hjälp hör de tysta barnen vars svårigheter inte syns och hörs så tydligt, samt de starkt utåtagerande och aggressiva barnen och ungdomarna. Framförallt handlar det om barn i familjer med svåra sociala problem, s.k. multiproblemfamiljer som saknar tillräcklig motivation för att vilja arbeta för en förändring och som dessutom ofta inte vill ha insyn (bl. a. Rönnols 1996).

Ungdomar med sammansatt problematik, dvs. där de sociala problemen hänger ihop med den unges psykiska problem, eller vice versa, är en annan grupp där det krävs planerat samarbete. Det är också den målgrupp där konflikterna kring ansvaret mellan myndigheterna är störst främst beroende på de höga behandlingsskostnader det kan bli frågan om, men också på grund av svårighetsgraden av problemen och avsaknaden av bra arbets- och behandlingsmetoder.

8.5.2 Principer för samarbete

Den kritik socialtjänsten anfört mot BUP har tidigare ofta handlat om att BUP enbart åtar sig att hjälpa familjer som i princip sökt själv, att BUP inte deltagit i motivationsarbete och att man på detta sätt prioriterat en grupp som visserligen varit i behov av hjälp men som inte tillhör socialtjänstens svåraste klientel. I de svåraste ärendena har socialtjänsten därmed ansett sig stå ensam. BUP:s kritik gentemot socialtjänsten har i regel handlat om att socialtjänsten vill ha uttalanden och bedömningar gällande tvångsvård av barn, vilket BUP inte har kompetens att uttala sig om, samt att socialtjänsten inte vågar stå upp för sin egen kompetens.

I en artikel om det äkta samarbetets karaktär och förutsättningar har Lindblad beskrivit samarbete som "samtidigt arbete", "samma arbete", "samvetssamarbete" eller "äkta samarbete" (Lindblad 1990).

Som typexempel på samtidigt arbete tar Lindblad en utredning om ett misstänkt sexuellt övergrepp. Socialtjänsten hoppas med sin begäran om hjälp i utredningen få belyst om det kan ligga något i misstankarna, medan barnpsykiatrin i stället ser som sin uppgift att bedöma barnets psykologiska utveckling och behov av psykoterapeutiska insatser. De olika verksamheternas uppdrag och ansvarsfördelningen dem emellan blir aldrig klarlagd, och trots flera samrådsträffar avslutas ärendet i ömsesidig besvikelse.

Ett annat sätt att arbeta tillsammans är enligt Lindblad att man gör samma sak. Vissa utredningsmoment kan av bägge parter anses som nödvändiga för den egna utredningen, exempelvis en beskrivning av pappans förhållanden eller en mer omfattande bakgrundsbeskrivning i sin utredning. Båda parterna upplever att den andre inte gjort sitt bästa eller att den andre gör ett amatörmässigt försök att efterlikna ens egen metod. Samarbetet är tidsödande och oklart och klienten kan tvingas till flera snarlika utredningskontakter.

Den tredje formen för samarbete, "samvetssamarbete", bottnar i att den ene parten, medvetet eller omedvetet, uppfattar sig som otillräcklig för en viss uppgift. I stället för att tydliggöra vad han själv kan klara och vad han behöver hjälp med, söker han lösa problemet genom att få den andre parten att ta över. Som exempel härpå tar Lindblad ett ärende där socialtjänsten misstänker att ett barn far illa, men där socialtjänsten är låst i ett flerårigt samarbete med föräldrarna och saknar kraft att omformulera frågorna. Man väljer att konsultera ett barnpsykiatriskt team, som erbjuder sig att ta över ärendet i familjebehandling. Vad som från början var en utredningsfråga har gjorts om till en fråga om behandling. Inte sällan saknas också en överenskommelse om återföring av ärendet från barnpsykiatrin till socialtjänsten, om behandlingen avslutas i förtid eller inte alls kommer till stånd.

Äkta samarbete mellan barnpsykiatrin och socialtjänsten kräver enligt Lindblad att det finns intresse och respekt för samt kunskap om den andre parten. Det är vidare viktigt att det finns en ömsesidig tydlighet med vad man väntar sig av varandra. Det bör finnas en formell tydlighet myndigheterna emellan men också en enkel, lättfattlig beskrivning av vad man egentligen vill veta och vad man kan ge. Vars och ens mandat skall avgöra vem som gör vad när man har olika uppfattning. Då socialtjänsten begär en utredning skall barnpsykiatrin försöka besvara just den preciserade frågeställningen, och därmed hjälpa socialsekreteraren att göra en bra utredning utifrån sina definierade ramar (Lindblad 1990).

8.5.3 Våra överväganden

Personal i basverksamheter som skola och barnomsorg och i vissa fall även inom barnhälsovården utgör en ovärderlig resurs då det gäller att tidigt uppfatta barns utsatthet och motivera föräldrarna att söka adekvat hjälp. Det är enligt vår mening möjligt att utveckla metoder i samarbetet så att kompetensen i basverksamheter bättre tas tillvara för barnen.

I synnerhet gäller detta vid barns behov av skydd. Anmälningsskyldigheten enligt 71 § socialtjänstlagen efterlevs dåligt inom skola, barnomsorg och barnhälsovård, vilket sätter socialtjänstens funktion som yttersta skyddsnet ur spel. Att man inte följer lagen anses bero på otillräckliga kunskaper om anmälningsskyldigheten men också på inställningen till socialtjänsten och bristande kunskaper om det utbud av insatser som socialtjänsten kan erbjuda familjer. Denna bedömning av varför anmälningsskyldigheten inte följs återkommer i all forskning och uppföljning av frågan. Vi vill därför för tydlighetens skull poängtera att varken bristande kunskaper om insatser som socialtjänsten kan erbjuda eller inställningen till socialtjänsten utgör godtagbara skäl till att låta bli att anmäla. När det gäller personalens bristande kunskaper om själva lagstiftningen så åligger det arbetsledningen att informera sin personal. Därutöver är det vår uppfattning att en närmare kontakt mellan olika verksamheter behövs för att öka kännedomen om varandra och respekten för varandra samt att socialtjänsten/socialsekreterarna har ett stort ansvar, både att informera om sin verksamhet och stödja personal i andra verksamheter att våga ta sitt ansvar när barn far illa.

Ett nära samarbete mellan socialtjänsten och BUP samt i viss mån även BVC är nödvändigt för att minska dubbelarbete och förhindra att barn och ungdomar "ramlar mellan stolarna".

Vi menar att samarbetet, om det skall fungera väl, kräver engagemang på alla nivåer, från fältnivå till hög beslutande nivå. Samarbetet bör utgå ifrån gemensamma mål och varje verksamhet skall bidra med medel och arbetsformer för de målgrupper som man har gemensamt. Vi menar därtill att en samordnad politisk, administrativ ledning och finansiering bör eftersträvas.

Organisationens och den geografiska placeringens betydelse är därvid inte oväsentlig. Det gäller att öka tillgängligheten mellan olika personalgrupper för att underlätta kontakter. Genom tillgänglighet till de samlade resurserna kan man vidare räkna med att stödinsatser och hjälp skall kunna sättas in tidigt och skraddarsys i nära dialog med familjerna. Även möjligheten till kontinuitet och uppföljning underlättas av närheten till varandra.

Barn- och ungdomspsykiatri är en resurs till vilken stora förväntningar knyts. Det visar inte minst enkätsvaren i vår undersökning, se

figur 8.2 i avsnitt 8.2.2 där önskemål om ökad kontakt med BUP framgår. Samtidigt är BUP en förhållandevis liten verksamhet som omöjligt kan uppfylla alla önskemål. Detta understryker ytterligare vikten av att de olika verksamheterna ses som en gemensam vårdapparat där gemensamma mål anger hur resurserna skall användas. Ytterst innebär detta någon form av samordnad politisk och administrativ ledning och finansiering.

Vissa barn och ungdomar kommer i dag i kläm och har svårt att få adekvat hjälp på grund av oklara regler och brist på samverkan. Vi har ägnat särskild uppmärksamhet åt dessa barn och ungdomar. Hit hör utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska störningar, vissa flykting- och invandrargrupper, barn med funktionshinder och psykiska problem samt barn och ungdomar som utsatts för misshandel och/eller sexuella övergrepp. Vi återkommer i nästa kapitel med konkreta förslag gällande dessa grupper. Vi återkommer också med närmare granskning av organisationens betydelse och kostnadsansvar för vissa barn och ungdomar som behöver vård och behandling.

9 Förslag om förbättrat samarbete

9.1 Kostnadsansvar mellan kommuner och landsting

Vår bedömning: Olika myndigheter och organisationer arbetar i dag i högre grad än tidigare mot gemensamma målgrupper i samhället. Vi bör därför också ställa högre krav på att befintliga resurser används effektivt och att samspel och samverkan mellan myndigheter och även organisationer utvecklas. Bristande samarbete mellan olika verksamheter och mellan kommuner och landsting fördyrar samhällets vårdkostnader. Det är samtidigt vår bedömning att det genom ändringar i lagstiftningen är svårt att komma åt problem i ansvarsfördelning och prioritering – med mindre än att man åstadkommer gemensam administration, politisk styrning och finansiering (se vidare 9.2). Vi ser därför mycket positivt på de initiativ som tagits på flera håll i landet, att gemensamt huvudmän emellan, dra upp riktlinjer för ansvar och mandat och finna regionala arbetsordningar som förankras på chefs- och politikernivå.

Den anmärkningsvärt ojämna fördelningen av landstingsanknutna behandlingshem i landet går inte att förklara med olikheter i hälsotillståndet bland barn och ungdomar. Utvecklingen i olika delar av landet har andra orsaker som det är svårt att få en klar bild av. I vissa fall finns dock en reell brist på lämpliga vårdplatser. Ett samarbete krävs mellan landstingen och kommunerna vid bedömningen av behovet av vårdplatser.

Anmärkningsvärt få personer med psykiska funktionshinder har i dag insatser med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Barn och ungdomar med psykiska funktionshinder tillhör denna grupp. Även om insatser till barn och ungdomar i stället ges enligt socialtjänstlagen anser vi att insatser enligt LSS bör prövas i högre grad än vad som är fallet i dag.

Vårt förslag: I ett avseende anser vi det motiverat att lämna förslag. Det gäller lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård som ibland har kommit att omfatta även

barn och ungdomar trots att detta uppenbarligen inte varit lagstiftarens intention. Barn och ungdomar, oberoende av arten och svårighetsgraden av deras psykiska problem, befinner sig i utveckling. Vår bedömning är att lagen som den är skriven inte svarar upp mot barns och ungdomars särskilda behov.

Eftersom barn och ungdomar redan i dag kommer i kläm föreslår vi att lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skyndsamt ses över. Full klarhet måste nås om vem som skall betala när ett barn inte längre behöver sluten psykiatrisk vård men ej kan vistas i det egna hemmet.

Frågor som rör avgränsningar mellan myndigheter hör nära samman med frågor om samarbete. Vi har i kapitel 8 diskuterat samarbetets allmänna förutsättningar och analyserat samarbetet mellan olika myndigheter. Nedan i avsnitt 9.2 återkommer vi till utvidgade möjligheter att organisatoriskt samordna verksamheter mellan landsting och kommuner. I detta avsnitt behandlas frågor om ekonomiskt ansvar för utredning och behandling av barn och ungdomar.

Vi har fått flera uppvaktningar gällande frågan om var gränsen går mellan kommunens och landstingets ansvar, dvs. mellan sociala och sjukvårdande insatser. Det finns i många fall en stor osäkerhet kring hur olika lagar och regler skall tolkas i praktiken. I flera fall riskerar enskilda personer att inte få den vård eller det omhändertagande som personen behöver och har rätt till därför att huvudmännen inte kommer överens om vem som skall ta kostnaden.

I olika delar av landet tillsätts arbetsgrupper mellan landsting och kommuner för att söka gemensamma lösningar över huvudmannaskapsgränserna med syftet att minimera gränsstriderna och optimera kvalitet och kostnadseffektivitet.

9.1.1 Problembeskrivning

Samarbetets yttersta syfte är att garantera en service och vård som är korrekt, säker och av god kvalitet. Samverkan är alltså inte ett mål i sig utan ett medel att nå vissa mål. Vi gör nedan en analys av vanliga problemområden i samarbetet och i gränsdragningen mellan myndigheter ur ett kostnadsansvarsperspektiv.

Väntetider inom barnpsykiatri

Från många håll rapporteras att väntetiderna till BUP blir allt längre, på sina håll upp till ett år för barn och ungdomar som utreds inom socialtjänsten och där socialtjänsten begär hjälp av BUP. Socialtjänsten hävdar att motivationsarbete ofta är bortkastat då familjer med låg motivation till förändring inte är beredda att vänta flera veckor eller kanske t.o.m. månader på att få en tid för första besök hos BUP. Vid väntetid för utredning väljer socialtjänsten ibland i stället att placera barnet eller hela familjen i utredningshem. Socialtjänsten står då för kostnaderna för hela utredningen. Det aktualiserar frågan om vem BUP skall vara till för (bl.a. Rönnols 1996).

Från BUP hävdas att de långa väntetiderna beror på att man måste prioritera ärenden som är akuta. Hit hör psykotiska barn, barn med ätstörningar samt barn med suicidrisk, oftast tonåringar.

I socialtjänstlagen har fr.o.m. den 1 januari 1998 införts nya bestämmelser gällande utredning av barn och ungdomar inom socialtjänsten. Bland annat har utredningstiden begränsats i tid, 4 månader med möjligheter till viss tids förlängning, vilket ytterligare aktualiserar problemet med väntetider. Tidsbegränsningen väcker bl.a. frågan om barnpsykiatriens roll i sociala utredningar samt vem som i förekommande fall skall utreda barnets psykiska status och behov av vård och stöd.

Utredningsresurser

Det finns en konflikt mellan socialtjänsten och BUP när det gäller ansvaret för vissa utredningar. Det gäller t.ex. utredningar av ungdomar med sammansatt problematik. Bristande resurser inom BUP för att utreda svårt utagerande ungdomar med psykiska problem leder i praktiken till att ungdomarna placeras för utredning, ibland inom enskilda HVB som knutit till sig privatpraktiserande psykolog eller psykiater, ibland i ett särskilt ungdomshem enligt 12 § LVU. I båda fallen är det socialtjänsten som betalar utredningskostnaderna. Flera av de särskilda ungdomshemmen rapporterar att de samarbetar med BUP inom området men eftersom ungdomarna kommer från andra landsting gäller vistelselandstingets ansvar enbart akutvård och alltså inte utredning av vårdbehov. Även de särskilda ungdomshemmen anlitar därför ibland privatpraktiserande psykolog eller läkare. Problemen kring ansvaret för utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem behandlas i avsnitt 9.3 nedan.

BUP tar betalt för utredning som socialtjänsten begär

På flera håll i landet har BUP börjat ta betalt för att delta i utredningar av barn och ungdomar som socialtjänsten begär. Det finns även här en osäkerhet mellan kommun och landsting om vilken huvudman som skall stå för vad. Frågan gäller bl.a. vilken typ av utredning det är frågan om samt huruvida intyg till socialtjänsten skall anses vara en medicinsk insats.

Enligt Socialstyrelsen har BUP rätt att ta betalt för vissa intyg m.m. Kommunerna skall svara för kostnader som är förbundna med socialtjänstlagen och andra lagar inom socialtjänstområdet. Det ankommer på kommunerna bl.a. att svara för de utredningar som erfordras för att kunna ta ställning till olika insatser inom socialtjänsten. Det gäller även när det behövs ett ställningstagande av medicinskt skolad personal för att utlåtandet skall få den kvalitet som är nödvändig för att socialtjänsten skall kunna ta ställning i ett konkret fall. I vilka fall läkare är skyldig att utföra undersökningar och avge utlåtanden framgår dels av 4 § förordningen (1996:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, dels av det s.k. läkarlöneavtalet. Beställaren av en tjänst har att ersätta den som utför tjänsten eller i förekommande fall dennes arbetsgivare om inget annat är överenskommet eller kostnadsfrågan är särskilt reglerad. Som beställare av olika undersökningar med medicinska inslag intar inte kommunerna någon särställning (Socialstyrelsen 1997, dnr 20-7788/96).

Ovanstående gäller för bedömning av insatser inom socialtjänsten. När utredningens syfte inom hälso- och sjukvården är att bedöma vårdbehov inom barnpsykiatri eller övrig hälso- och sjukvård faller kostnadsansvaret på hälso- och sjukvården. Det kan dock uppstå "gränsstrider" när socialtjänsten vill att BUP skall bedöma behovet av psykiatrisk hjälp.

Behandlingsansvar för barn och ungdomar med sammansatt problematik

Den institutionsbehandling det kan bli frågan om för barn och ungdomar, förutom slutenvård/klinikvård inom BUP, ges antingen inom ramen för landstingens behandlingshem, kommunala eller enskilda hem för vård eller boende (HVB) samt av de särskilda ungdomshemmen som drivs av Statens institutionsstyrelse (§ 12-hem). För att enskilda eller sammanslutningar skall kunna inrätta hem för vård eller boende krävs tillstånd av länsstyrelsen. Hemmet står sedan under

länsstyrelsens tillsyn (69 § SoL). Det finns i dag ett mycket varierat utbud av enskilda HVB.

Behandlingen av barn och framför allt ungdomar med sammansatt och svår problematik och där omhändertagandegraden måste vara hög är ekonomiskt kostsam. Det rör sig om en dygnskostnad på mellan 1 000 och 5 000 kr beroende på omhändertagandegraden och behandlingsbehovet. I en liten kommun kan kostnaderna för en ungdom som behöver sådan behandling innebära att kommunen får stänga en daghemsavdelning. Gränsdragningen mellan kommunernas och landstingens ansvar just för behandling är därför en viktig fråga. Vi har i vårt utredningsarbete fått många uppgifter om och beskrivningar av fall där man inte kunnat komma överens. När man inte kan enas är det kommunen som ytterst ansvarar för att behövlig vård kommer till stånd (3 § SoL).

Vi har i vår undersökning om kostnader m.m. för stöd och vård av barn och ungdomar med psykiska problem, försökt få en bild av förekomsten av vårdplatser inom landstingens egna behandlingshem och förändringarna över tid. Den visar för det första att det ser mycket olika ut i landet, allt från 0-43 behandlingshemsplatser i tillfrågade landsting. Skaraborgs läns landsting har angivit flest vårdplatser, vilket delvis kan förklaras med att man även driver barn- och ungdomsinstitutioner på entreprenad för kommunens, socialtjänstens räkning. Vårdplatser/vård dagar säljs och köps mellan landstingen och mellan olika huvudmän, dvs. man säljer när man har överkapacitet eller när man har behandlingshemsplatser för speciella målgrupper respektive köper utomlänsbehandling eller behandling av annan huvudman vid behov.

Det förekommer ofta uppgifter om att landstingen minskat antalet egna vårdplatser under senare år. Vi har inte i vår undersökning funnit belägg för minskningar efter åren 1992-1993. Vi har jämfört våra enkätuppgifter med Landstingsförbundets undersökning som avser förhållanden år 1992 (Landstingsförbundet 1994). Av de 23 landsting som deltagit i vår undersökning har två landsting minskat antalet vårdplatser sedan Landstingsförbundets undersökning, medan två har ökat antal vårdplatser och övriga har angivit samma antal. Nio landsting har angivit oförändrade 0 vård dagar. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet bl.a. mot bakgrund av att frågorna i undersökningarna kan ha ställts på olika sätt och därmed gett olika svar samt att definitionerna av behandlingshem varierat. Den stora skillnaden i antalet vårdplatser mellan olika landsting är dock anmärkningsvärd och kan inte förklaras med skillnader i hälsotillståndet.

Kommunerna placerar ofta barn och ungdomar i enskilda hem för vård eller boende, HVB. Socialtjänsten har ansvar för barn och ungdomar som enligt socialtjänstlagen eller LVU placeras för vård eller bo-

ende utanför det egna hemmet. När ungdomar med svåra psykiska problem placeras inom HVB väljer socialsekreteraren ett behandlingshem som har förutsättningar att ge vård och stöd och behandling till den unge, vilket t.ex. innebär att vården innefattar kontakt med läkare, psykolog eller psykoterapeut. Kostnaderna för dessa läggs på vårdkostnaden som kommunen betalar.

I vissa fall har HVB-hem ett bra samarbete med det lokala BUP, vilket innebär att BUP kan stå för konsultation och handledning. I ytterligare andra fall tar BUP-läkaren betalt för konsultation och handledning och även för den direkta kontakten med ungdomar som kan förekomma. Resultaten från vår undersökning tyder på att ca 60 % av de svarande köper vårdplatser där kostnader för psykiatrisk, psykologisk och psykoterapeutisk kompetens ingår i vårdkostnaden. Det har inte varit möjligt att utreda hur mycket av dessa kostnader som avser direkt klient-patientkontakt, konsultation i ärenden eller handledning av personal. Även de särskilda ungdomshemmen, § 12-hemmen, upphandlar i vissa fall privata läkar- eller psykolog-, psykoterapeutkonsulter.

Vi återkommer i avsnitt 9.3 med en närmare analys och förslag till åtgärder gällande utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem.

Barn och ungdomar som är i behov av vård, men där vården inte behöver ges på klinik, skrivs ut av läkaren och ansvaret för den unge överförs ofta helt till kommunen. Inte sällan skrivs den unge ut med instruktioner från läkaren till socialtjänsten om den fortsatta vården. Kommunerna är kritiska mot detta förfarande och menar att landstingen borde ha fortsatt kostnadsansvar eftersom den unge har psykiska problem. Landstingen hänvisar ibland till kommunernas kostnadsansvar enligt betalningsansvarslagen när patienten är s.k. medicinskt färdigbehandlad. I andra sammanhang hävdar man att den unges problem i första hand är sociala och bör avhjälpas inom socialtjänsten.

De konkreta exempel som kommit oss till känna har i många fall gällt ungdomar med mycket svåra psykiska problem som behövt fortsatt behandling, även om det inte varit nödvändigt med slutenvård på klinik. Samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården halftar betänkligt i dessa fall och det kan ifrågasättas om ungdomar får den hjälp och det stöd de har rätt till.

Betalningsansvar vid utomlänsvård

För att en effektiv samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård skall komma till stånd måste bl.a. frågorna om hur samverkan skall genomföras, hur betalning av utförda tjänster skall beräknas samt hur er-

sättning skall utgå till vårdgivande landsting besvaras. Svaren ges inte i HSL utan sjukvårdshuvudmännen har successivt löst frågorna genom att teckna regionavtal inom sjukvårdsregionerna, samarbetsavtal mellan landstingen samt riksavtal. Riksavtalet gäller då verksamhet om utomlänsvård inte regleras genom region- eller mellanlänssavtal. Riksavtalet förutsätter att vården lämnas av landsting eller av vårdgivare med offentlig (landsting) finansiering. För en mer detaljerad redovisning av gällande regler hänvisas till avsnitt 9.3 nedan.

När barnet/den unge inte behöver klinikvård och det saknas vårdplatser inom behandlingshem i det egna landstinget blir det antingen frågan om placering i enskilt HVB eller utomlänsvård, dvs. vård inom ett annat landsting. I det senare fallet uppstår ofta konflikt mellan landsting och kommun om betalningsansvar. Konflikten löses på olika sätt. Ibland tar landstinget hela kostnaden för vården i annat landsting, ibland betalar kommunen för vården och i vissa fall delar man på kostnaden för den unge.

Det händer att man inte kan lösa konflikten utan barnet/den unge får vistas på utredningshem onödigt länge. Det finns skräckexempel på hur barn och ungdomar kommer i kläm mellan olika huvudmän. De olika lösningar som väljs handlar mindre om gränsdragningar enligt de regler som finns i lagstiftning och mer om hur utbyggt samarbetet mellan huvudmännen är och hur man lyckats sätta patientens behov i centrum på det lokala planet.

9.1.2 Rättsläget

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar när det gäller vård och stöd till barn och ungdomar med en sammansatt problematik. Bestämmelserna om ansvaret för vård och stöd finns i huvudsak i tre lagstiftningar, socialtjänstlagen (1980:620, SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och lagen (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade (LSS). Reglerna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) utvecklas närmare i avsnitt 9.3 nedan.

Socialtjänstlagen (1980:620)

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (3 §). Den enskildes rätt till bistånd regleras i 6 § socialtjänstlagen.

Biståndet skall utformas så att det stärker den enskildes resurser att leva ett självständigt liv (6 a §).

I en särskild bestämmelse i socialtjänstlagen regleras en allmän skyldighet att verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd. Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende (21 §).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1 §). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 § första stycket). I ett nytt andra stycke i 2 § sägs att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (SFS 1997:142).

Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstinget erbjuda sådan vård. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i annat landsting, om landstingen kommer överens om det (4 §).

I planering och utveckling av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare (8 §). Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Myndighetsutövning får dock inte överlämnas till bolag, förening, samfällighet, stiftelse eller enskild individ (3 §). Motsvarande bestämmelse finns i 4 § SoL.

Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Kommunerna har betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalifi-

cerad psykiatrisk dygnetruntvård. Frågan om en patient är färdigbehandlad avgörs av en läkare med specialistkompetens i psykiatri (6 §).

Bestämmelsen i lagen tar sikte på vuxna personer. Riksdagens beslut i enlighet med proposition 1993/94:218, om psykiskt stördas villkor, gav kommunerna ett utökat ansvar för boende, service, omvårdnad och daglig sysselsättning för personer med allvarliga psykiska funktionshinder. Frågan om barn och ungdomar hänsköts till särskild utredning. Socialstyrelsen har inte heller i sina föreskrifter, SOSFS 1996:32 om informationsöverföring och samordnad vårdplanering, meddelat föreskrifter kring barn och ungdomar. Lagstiftaren har dock inte uteslutit barn och ungdomar i lagen och den kan därför sägas omfatta även dessa, trots att intentionerna hos lagstiftaren uppenbarligen var att lagen skulle gälla enbart vuxna.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

I lagen med stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ges till dem som tillhör lagens personkrets rätt till olika insatser. Till personkretsen hör personer:

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (1 §).

I tredje punkten inbegrips barn, ungdomar och vuxna med långvariga habiliterings- och rehabiliteringsbehov, dvs. barn och ungdomar med långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom där symtomen leder till nedsättningar i de psykiska och sociala funktionerna. Samtliga rekvisit i punkt 3 måste vara uppfyllda för att personen skall omfattas.

De insatser som kan komma i fråga för barn är: 1) rådgivning och annat personligt stöd, 2) biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans, 3) ledsagarservice, 4) kontaktperson, 5) avlösarservice, 6) korttidsvistelse utanför hemmet, 7) korttidstillsyn för ungdomar över 12 år, 8) boende i familjehem eller bostad med särskild service (för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet).

I allmänmotiveringen till lagen uttalas att psykiskt störda personer bör kunna ingå i lagens personkrets, men att specifika insatser som psykiskt störda personer kan behöva i form av t.ex. behandlingsalternativ emellertid inte bör tillgodoses inom ramen för denna lag (prop. 1992/93:159).

Kommunen är huvudman för samtliga former av stöd och service med undantag för rådgivning och annat personligt stöd, vilket är en uppgift för landstinget. Lagen ger dock möjlighet att genom avtal mellan huvudmännen flytta över ansvaret mellan myndigheterna.

Socialstyrelsens utvärdering

När handikappreformen trädde i kraft den 1 januari 1994 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att utvärdera reformen. I uppdraget ingick särskilt att kartlägga hur psykiskt funktionshindrade personer har fått insatser enligt LSS.

Drygt 7 000 personer ingår i personkrets 3, varav 1 700 är mellan 0 och 22 år. Cirka 1 300 personer i personkrets 3 har psykiska funktionshinder, och ytterligare 600 personer har sådana hinder i kombination med andra funktionshinder (kartläggningen anger inte hur många av dessa som är barn och ungdomar). Socialstyrelsen uttalar att: "Anmärkningsvärt få personer med psykiska funktionshinder har idag insatser enligt LSS". De psykiskt funktionshindrade utgör mindre än 3 % av samtliga personer som har insatser enligt LSS. Socialstyrelsen anger att det helt saknas beslut om LSS-insatser för personer med psykiska funktionshinder i hälften av landets kommuner. Anledningen till det låga antalet LSS-insatser för gruppen antas sammantaget bl.a. vara att många personer med psykiska funktionshinder, som skulle kunna söka LSS-insatser, har insatser enligt SoL. "Handläggare inom socialtjänsten kan bedöma att detta 'fungerar' och att det inte finns någon anledning att ompröva SoL-insatserna. Eftersom detta inte alls behöver vara fallet döljs en faktisk efterfrågan av LSS-insatser" (Socialstyrelsen 1997:4).

Observeras bör att situationen för psykiskt funktionshindrade barn och ungdomar inte särskilt betonas i denna del av rapporten.

9.1.3 Samarbetsplanering – några initiativ

Den kritik som i olika sammanhang förts fram mot barnpsykiatrien när det gäller ansvar för utredning och behandling av svårt störda ungdomar har på många håll i landet lett till försök att klargöra huvudmän-

nens mandat och villkoren för samarbetet. Det finns också här en allmän strävan att förskjuta fokus från att se barn och ungdomar med sammansatt problematik som konfliktområde till att ta ansvar för ett gemensamt utvecklingsområde.

Gemensamma arbetsgrupper har tillsatts på flera håll i landet med uppdrag att förtydliga ansvaret för var och en och ta fram skriftliga riktlinjer. Landstinget i Västernorrland har i samarbete med Svenska Kommunförbundet utrett hur en samordnad insats för barns och ungdomars behov av kvalificerad hjälp tillgodoses inom länet. I arbetet har bl.a. ingått en omfattande enkätundersökning till alla vårdgivare och till basverksamheter som skola och barnomsorg för att få en bättre uppfattning av vilka barn och ungdomar som är svåra att hjälpa. Man vill också få en bild av samarbetet runt dessa barn och ungdomar och visioner av hur arbetet/samarbetet skulle kunna fungera. Målsättningen är att i ett nästa steg hitta bra samarbetsmodeller och klargöra ansvaret mellan olika verksamheter (Molberg 1998, personlig kommunikation, Rönnols 1996).

Frågan är på vilket sätt man i praktiken kan tydliggöra mandatet och villkoren för samarbetet. Ett exempel är riktlinjerna mellan landsting och kommuner i Örebro län där en arbetsgrupp har formulerat övergripande strategier för samarbetet kring barn och ungdomar med sammansatt problematik:

- att utgå ifrån ett gemensamt ansvar,
- att definiera vad som är social respektive psykiatrisk problematik,
- att göra klart vilken part som äger specialistkunskap inom respektive område,
- att söka konsensus mellan parterna kring det enskilda ärendet på verksamhetsnivå (Nyman och Gille 1997).

9.1.4 Våra överväganden

I proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen deklarerar regeringen att grundtankarna bakom 1980 års socialtjänstlag fortfarande står sig. Vidare uttalas det i propositionen att det är viktigt att socialtjänsten i ökad utsträckning får stöd av och samverkar med andra samhälleliga verksamheter, t.ex. psykiatrin och den öppna sjukvården. Behovet av att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser för att bättre kunna tillgodose människors behov av stödåtgärder är stort. Regeringen uttalar att "ett synsätt där individens problem och behov betraktas snävt utifrån endast den egna myndighetens perspektiv har allt-

för länge präglat en stor del av den offentliga sektorn. Detta synsätt måste ändras" (prop. 1996/97:124).

Vi bör i dag ställa höga krav på att befintliga resurser används effektivt och att samspel och samverkan mellan myndigheter och även organisationer utvecklas, eftersom man i högre grad än tidigare arbetar mot gemensamma målgrupper i samhället. Vi ser det därför som ytterst viktigt att kommuner och landsting tillsammans tar ansvar för att hitta former för samarbetet både principiellt och med och kring enskilda familjer. Ett användar-/brukarperspektiv kan tjäna som en god utgångspunkt i arbetet.

I utredningsrenden är huvudregeln när det gäller kostnadsansvar att var och en svarar för sina kostnader. Det innebär att BUP har möjlighet att ta betalt för utredningar som socialtjänsten behöver för att bedöma sina insatser. När utredningens syfte är att bedöma vårdbehov inom barnpsykiatri eller övrig hälso- och sjukvård faller kostnadsansvaret på hälso- och sjukvården. Det kan dock uppstå "gränsstrider" när socialtjänsten vill att BUP skall bedöma behovet av psykiatrisk hjälp. Hur man i praktiken löser konflikterna beror sannolikt i hög grad på samarbetsklimatet och möjligheterna till gemensamma prioriteringar. Utredning och behandling är nära förknippade med varandra på så sätt att en bra utredning förlorar i värde om adekvata behandlingsinsatser saknas eller inte kan genomföras enligt vad utredningen kommit fram till. Det gäller både inom öppen- och slutenvården.

Behandlingsansvar

I de fall en patient av BUP/vuxenpsykiatri bedöms vara medicinskt färdigbehandlad – enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård – lämnas denne över till kommunen för fortsatta vård- och stödinsatser. I hur stor omfattning detta gäller barn och ungdomar är oklart. Vanligtvis lämnar inte BUP över barnet/den unge med en uttrycklig hänvisning till bestämmelsen i 6 § betalningsansvarslagen – vi återkommer till detta nedan – utan i stället skrivs patienten ut med hänvisning till att den fortsatta vården lämpligast kan ges genom socialtjänstens försorg. Även barn och ungdomar som utreds inom BUP överlämnas ofta till vård inom socialtjänsten. Överlämnandet är många gånger kopplat till olika krav på/förslag gällande den fortsatta vården, som alltså kommunen/socialtjänsten skall stå för.

Vi har kunnat konstatera att ansvaret för många av de aktuella ungdomarna uppfattas som oklart och att samverkan inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. En grundläggande problemställning ligger i att

vårdkostnaderna i varje enskilt fall ofta är utomordentligt höga och att antalet ungdomar med dessa behov är litet i ett lokalt perspektiv. Frågorna om kostnadsansvaret blir därmed ur budgetsynpunkt mycket betydelsefulla, sett ur ett lokalt perspektiv. Denna problematik har självfallet accentuerats under senare år av de snäva ekonomiska ramarna för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Problematiken är störst i små kommuner/kommundelar och när barnpsykiatrin bedrivs decentraliserat med eget budgetansvar.

I och med att problematiken är sammansatt ger lagstiftningen ingen entydig vägledning om hur ansvaret bäst skall fördelas. En konsekvens är att kontakterna mellan socialtjänst och psykiatri när det gäller de mest behövande ungdomarna kommit att fokusera frågor om gränsdragningar och ansvarsfördelning på bekostnad av målinriktade gemensamma vård- och behandlingsinsatser. Effekten är också att den kompetens som finns inom barnpsykiatrin inte kommit att användas för de aktuella ungdomarna på ett sätt som motsvarar den potential som bedöms finnas.

De insatser som kommunen ansvarar för kan antingen ges som bistånd enligt socialtjänstlagen eller som särskild stöd och service enligt LSS, om den unge tillhör personkretsen för LSS. I flera fall som redovisats för kommittén har socialtjänsten ansett sig tvingad, på grund av sitt yttersta ansvar i 3 § socialtjänstlagen, att ge bistånd i form av placering inom enskilt HVB enligt socialtjänstlagen eller med stöd av LVU, medan man egentligen ansett att den unges psykiska problem borde avhjälpas inom psykiatrin. Det är här viktigt att fråga sig om systemet med privatpraktiserande psykiatrikonsulter inom HVB är rimligt ur kostnadsansvarssynpunkt. Detta gäller både vid vård i särskilda ungdomshem och vid vård i vissa andra hem för vård eller boende som tar emot ungdomar med svåra psykiska problem. Socialtjänstens vårdavgifter påverkas av de utgifter behandlingshemmet har för den unges behandling. HSL upphör inte att gälla då socialtjänsten placerar den unge i HVB utan landstingets medicinska ansvar för t.ex. psykoterapi, medicinsk rehabilitering, medicinkontroller kvarstår. Detta ansvar tas dock inte alltid. Samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården haltar betänkligt i dessa fall och det kan också ifrågasättas om ungdomar alltid får den hjälp och det stöd de har rätt till.

Tillgången till behandlingshem och val av behandlingshem

Den anmärkningsvärt ojämna fördelningen av landstingsanslutna behandlingshem i landet går inte att förklara med olikheter i hälsotillståndet bland barn och ungdomar. Utvecklingen i olika delar av landet har

andra orsaker som det är svårt att få en klar bild av. När det gäller valet av behandlingshem i enskilda fall för barn och ungdomar – enskilt, kommunalt eller landstingskommunalt behandlingshem – samt hur man löser kostnadsansvaret från fall till fall, handlar det förmodligen mindre om gränsdragningar med stöd av de regler som finns i lagstiftningen och mer om hur utbyggt samarbetet mellan huvudmännen är, samt hur man lyckats sätta patientens behov och det gemensamma samhällsansvaret i centrum i stället för att låta bedömningarna styras av kort-siktiga egna ekonomiska intressen.

I vissa fall finns en reell brist på lämpliga vårdplatser. I "remiss-svaren" på vårt delbetänkande har några pekat på behovet av landstingsanslutna mindre behandlingshem för de svåraste barnen. Man efterlyser också mellanvårdsformer för barn med lite lättare problematik inom landstingen.

Rättsläget

Det är oklart i vilken omfattning landstingen för över barn och ungdomar till kommunerna med stöd av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Lagen har kommit att omfatta även barn och ungdomar trots att detta uppenbarligen inte varit lagstiftarens intentioner. Varken lagen eller dess förarbeten diskuterar barns och ungdomars särskilda behov. Inte heller i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i frågan finns ordet barn med (SOSFS 1996:32). Barn och ungdomar, oberoende av arten och svårighetsgraden av deras psykiska problem, befinner sig i utveckling. Vår bedömning är att lagen som den är skriven inte svarar upp mot barns och ungdomars särskilda behov. Frågan är också om lagen överhuvudtaget skall innefatta och tillämpas på barn och ungdomar. Problemet har aktualiserats sent i vår kommitté varför vi inte har haft möjlighet att utreda det tillräckligt, utan vi föreslår i stället att lagen ses över i särskild ordning.

Det är svårt att i övrigt se möjligheter att genom lagstiftning ytterligare klargöra ansvarsgränserna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är ramlagar med gemensamma principer som helhetsyn, närhet och tillgänglighet. Socialtjänsten åläggs ett yttersta ansvar – någon måste ha det – samtidigt som det poängteras att detta yttersta ansvar inte frántar andra myndigheter deras ansvar. Ytterst blir det därför en fråga om definitioner av problem och insatser, vad är socialtjänst, vad är hälso- och sjukvård? Vi ser positivt på de initiativ som tagits på flera håll i landet att gemensamt dra upp riktlinjer för ansvar och mandat och finna regionala

arbetsordningar. Med gemensam politisk ledning kan man förmodligen ytterligare underlätta fördelningen av kostnader för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Till detta återkommer vi i avsnitt 9.2 nedan.

9.2 Kommunala samverkansformer

Vår bedömning: Efter nyligen införda bestämmelser om nya och förenklade offentlighetsrättsliga samverkansformer har kommuner och landsting i dag stora möjligheter att samverka i gemensam nämnd eller i kommunalförbund. Gällande regler om gemensam nämnd hindrar dock ett närmare samarbete, inklusive ett samarbete på politisk nivå, i frågor som inte är gemensamma för huvudmännen. Detta gäller samhällets ansvar för barn och ungdomar. Det vore därför önskvärt om kommuner och landsting erbjuds utökad frihet att bestämma hur uppgifter inom ett län skall fördelas. Vi anser därför att förutsättningarna för att ytterligare underlätta samarbetet mellan kommuner och landsting genom gemensam politisk styrning bör utredas.

Vi har i kapitel 8 och avsnitt 9.1 redogjort för de svårigheter som många gånger präglar samarbetet mellan olika verksamheter som arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem. Att vårdresurserna för barn och ungdomar är splittrade på olika huvudmän har många gånger kritiserats. Det finns behov av att få till stånd utvidgade möjligheter att organisatoriskt samordna verksamheter mellan kommuner och landsting. Att på sikt få till stånd en samordnad politisk, administrativ ledning och finansiering är önskvärt och det utgör ett sätt att söka effektivisera stödet till utsatta barn och ungdomar. En samordnad politisk ledning är värdefull då gemensamma prioriteringar kan göras, vilket även kan bidra till att samförstånd nås kring tvistiga vård- och kostnadsansvarsfrågor.

9.2.1 Vilka samverkansformer är möjliga i dag?

Samarbete mellan två eller flera kommuner eller landsting eller kommuner och landsting kan i dag etableras genom olika privat- eller offentlighetsrättsliga samverkansformer. Det som nedan sägs om kommun gäller också landsting, om inget annat anges. Samverkan kan vara mer eller mindre informell, t.ex. när två eller flera kommuner fattar samstämmiga beslut i en viss angelägenhet. För att få till stånd ett mer var-

aktigt och planmässigt samarbete kan kommuner också träffa avtal om hur en viss uppgift skall skötas. Inom ramen för avtalet kan samrådsorgan inrättas där representanter för samverkande kommuner ingår. Samrådsorganen får endast utgöra beredningsorgan eller förhandlingsforum för ärenden som rör det verksamhetsområde som samarbetet avser, någon beslutanderätt eller något förvaltnings- och verkställighetsansvar får inte föras över från kommunerna. Samarbetet kan också genomföras så att de ansvariga nämnderna inom respektive kommun samråder eller sammanträder gemensamt, för att därefter hålla enskilda formella sammanträden för att fatta beslut och konfirmera det som tidigare har överenskommit.

En privaträttslig form av samverkan är kommunal uppdragsverksamhet, där en kommun sköter en verksamhet på uppdrag av en annan kommun. Samarbetet regleras i ett uppdragsavtal. Möjligheten att använda sig av avtalssamverkan är begränsad med hänsyn till de särskilda bestämmelser som kan gälla för fullgörandet av vissa uppgifter. Kommunallagens principer om lokalisering, självkostnad m.m. kan också begränsa en kommuns överlämnande av verkställighet och förvaltning till en annan kommun. Inom det specialreglerade området förutsätts kommunerna att samverka genom uppdragsverksamhet och lagstöd har givits för detta, t.ex. avseende gymnasieskolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

En annan privaträttslig form av samverkan är när två eller flera kommuner sköter en uppgift gemensamt i en särskild juridisk person som bildats för ändamålet. Kommunallagen medger att vården av en kommunal angelägenhet under vissa förutsättningar får lämnas över till kommunala företag. Samverkan om myndighetsutövning kan dock inte utföras inom ramen för ett kommunalt företag utan särskilt lagstöd. (Framställningen ovan bygger på arbetsmaterial från jur.kand. Torbjörn Roos 1997.)

Nu finns det två former av offentlighetsrättslig samverkan kommuner och landsting emellan – kommunalförbund och gemensam nämnd. Bestämmelserna om gemensam nämnd och kommunalförbund är principiellt intressanta för frågan om möjligheten till förbättrad samverkan mellan kommuner och landsting kring barn och ungdomar med psykiska problem, varför en närmare presentation, utifrån proposition 1996/97:105, av samverkansformerna ges i det följande.

9.2.2 Offentlighetsrättsliga samverkansformer

Möjligheterna till såväl förenklade som nya offentlighetsrättsliga samverkansformer mellan kommuner och mellan kommuner och landsting utreddes av Kommunala förnyelsekommittén, som i september 1996 lämnade betänkandet Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former för kommunal samverkan (SOU 1996:137). Utgångspunkten för förnyelsekommitténs arbete var att ge kommuner och landsting stor frihet att välja enkla och ändamålsenliga lösningar för alternativa samverkansformer utan att ge avkall på de krav som ställs ur offentlighetsrättslig synvinkel. Kommitténs förslag föranledde regeringen att i proposition 1996/97:105 Kommunalt samarbete lämna förslag till ändringar i bl.a. kommunallagen (1991:900, KL). Ändringarna i KL (SFS 1997:550) innebär dels att det nu är möjligt för kommuner och landsting att samverka med andra kommuner och landsting i en gemensam nämnd (trädde i kraft den 1 augusti 1997), dels att bestämmelserna om kommunalförbund förenklats och tagits in i KL (trädde i kraft den 1 januari 1998).

Gemensam nämnd – en ny kommunal samverkansmodell

För närvarande pågår det en försöksverksamhet i Skåne med gemensam nämnd för flera landsting. Försöksverksamheten skall pågå till utgången av år 2000. Försöket innebär att två eller flera landsting får tillsätta gemensam nämnd för att fullgöra den ledning av hälso- och sjukvården som regleras i 10 § hälso- och sjukvårdslagen. Försöksverksamheten har tjänat som förebild för regeringens förslag till gemensam nämnd. Regeringen anser att det bör göras möjligt för alla kommuner och landsting att bilda gemensamma nämnder. Genom att bestämmelserna om gemensam nämnd tas in i kommunallagen markerar man att den gemensamma nämnden huvudsakligen skall ses som vilken kommunal nämnd som helst, dvs. utgångspunkten är att kommunallagens regler om nämnder även gäller för gemensamma nämnder, om inget annat sägs. De samverkande parterna förutsätts närmare reglera nämndens verksamhet genom avtal och ett reglemente för nämnden.

En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation. Nämnden är en egen myndighet, men inte en egen juridisk person. Detta innebär att nämnden inte kan fatta beslut, ingå avtal eller anställa personal i eget namn. I stället företräder den gemensamma nämnden samtliga samverkande huvudmän och ingår avtal för deras räkning, i vissa fall måste dock avtal godkännas av respektive

fullmäktige. Beslut fattas formellt av den kommun eller det landsting som tillsatt nämnden.

Varje samverkande kommun eller landsting är således fortfarande huvudman för de frågor man lägger på den gemensamma nämnden och ansvarar därför för nämndens verksamhet inför externa avtalsparter och sina invånare. Nämnden är dock ansvarig för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten i övrigt.

Regeringen påtalar att behovet av en enkel och ändamålsenlig offentlighetsrättslig samarbetsform finns inom alla kommunala verksamheter. Samarbete i gemensam nämnd skall därför kunna komma till stånd inom alla verksamheter, med undantag för civilförsvaret. Möjligheterna att utnyttja en gemensam nämnd bör enligt regeringen bli vida och tillämpningen bör kunna tillåtas variera utifrån behoven. Gemensam nämnd är därför tillåten även i de fall när nämndorganisationen regleras särskilt i specialförfattningar. 4 § socialtjänstlagen utgör alltså inget hinder för att fullmäktige i en kommun lämnar över uppgifter inom socialtjänsten till en gemensam nämnd.

En gemensam nämnd skall kunna tilldelas och ansvara för uppgifter i samma omfattning som en inomkommunal nämnd. De uppgifter som läggs på nämnden måste dock vara gemensamma. Detta innebär att uppgifterna som läggs på nämnden måste vara en angelägenhet för var och en av de samverkande.

I propositionen förutsätts det att de vanligast förekommande nämnderna kommer att bli sådana där kommuner samverkar med andra kommuner och landsting med andra landsting i en gemensam nämnd, men som exempel på samverkan mellan kommun och landsting nämns hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsfrågorna måste dock vara gemensamma, t.ex. hälso- och sjukvårdsfrågor för äldre.

Kommunalförbund – en förenklad samverkansform

För närvarande finns det 40 kommunalförbund, varav de flesta finns inom räddningstjänsten, vatten- och avloppsverksamhet, utbildning samt vård och behandling. Regeringen konstaterar i proposition 1996/97:105 att intresset för kommunalförbund som samverkansform har ökat och anser att kommunalförbund är en värdefull offentlighetsrättslig samverkansform, varför kommunalförbundsinstitutet bör reformeras och göras mer attraktivt som samarbetsform. En förenkling av och ökad flexibilitet kring reglerna ökar möjligheterna att organisera förbundet och ge det arbetsformer som är avpassade till medlemmarnas och verksam-

hetens behov. Meningen är att kommunalförbund skall kunna användas oavsett storleken på de samverkande parterna.

Kommunalförbundet är en offentligrättslig juridisk person för samarbete mellan kommuner, mellan landsting samt mellan kommuner och landsting. Det kan bildas för vilka kommunala angelägenheter som helst. Till skillnad från vad som gäller för gemensamma nämnder behöver uppgifter som lämnas över till ett kommunalförbund inte vara gemensamma för medlemmarna. Det enda krav som ställs på den verksamhet man vill samverka om i kommunalförbund är att uppgiften faller inom den överlämnande kommunens eller det överlämnande landstingets kompetens, vilket innebär att samverkan är möjlig för alla kommunala angelägenheter, även sådant som innefattar myndighetsutövning mot enskild person.

Att överlämnade uppgifter inte behöver vara gemensamma utgör en av nyheterna mot vad som gällde tidigare för kommunalförbund. Regeringen menar att man genom att undanröja gemensamhetskravet bl.a. kan vinna ekonomiska samt drifts-, kvalitets- och vårdmässiga fördelar om t.ex. äldreomsorg och geriatrisk vård integreras. Genom att avskaffa gemensamhetskravet blir kommunalförbundet enligt regeringen en mer användbar samarbetsform och därmed tillgodoses även behovet av samverkan utan att rätten att ingå uppdragsavtal behöver utvidgas.

Det är således numera formellt möjligt att bilda flersaksförbund, där förbundets uppgifter inte är gemensamma för samtliga medlemmar. Ett kommunalförbund får ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter. När en verksamhet har lämnats över till ett kommunalförbund gäller föreskrifter i lag eller annan författning avseende en kommuns eller ett landstings verksamhet fullt ut för kommunalförbundet.

9.2.3 Våra överväganden

Inte minst i verksamheter som många gånger handhar ärenden parallellt med andra verksamheter, t.ex. den öppna barn- och ungdomspsykiatri, mödra- och barnhälsovården samt individ- och familjeomsorgen, finns behov av samordning på politisk nivå. Utifrån lokala förutsättningar och behov vore det önskvärt om kommuner och landsting kunde samordna uppgifter som är fördelade på olika verksamheter. En samordning kan bidra till gemensamma prioriteringar, främja och utveckla nära teamsamarbete och ge framtida möjligheter till i viss mån gemensam dokumentation.

En öppning för samverkan kring uppgifter där kommun och landsting har olika kompetens har gjorts i regleringen för kommunalförbund.

Olika huvudmän kan lämna över olika uppgifter till ett kommunalförbund, så länge den överlämnade uppgiften faller inom den överlämnande kommunens eller det överlämnande landstingets kompetens. Den förenklade regleringen av kommunalförbund och möjligheten att bilda flersaksförbund innebär att det står de olika huvudmännen fritt att samverka kring olika frågor, t.ex. den öppna barn- och ungdomspsykiatri, mödra- och barnhälsovården samt individ- och familjeomsorgsverksamheten. Enligt vår uppfattning är kommunalförbund en samverkansform väl värd att uppmärksamma.

De möjligheter som i dag erbjuds kommuner och landsting att i stället välja samverkan i gemensam nämnd begränsas av att de uppgifter som läggs på den gemensamma nämnden måste vara en angelägenhet för var och en som samverkar i nämnden. Detta innebär att det för närvarande inte går att bilda en gemensam nämnd för att ta hand om t.ex. den öppna BUP-vården och socialtjänstens IFO-verksamhet. Huvudmännen har inte samma kompetens, varför möjligheten till samverkan i gemensam nämnd är utesluten, så som bestämmelserna för närvarande är utformade.

Enligt vår mening vore det därför önskvärt om kommuner och landsting kan erbjudas ytterligare frihet att tillsammans bestämma hur uppgifterna inom ett län skall fördelas mellan de båda huvudmännen. I lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns en bestämmelse om dubbel kompetens. 17 § 2 stycket LSS möjliggör för kommuner och landsting att överlåta kompetens åt varandra. Ett landsting och en kommun som ingår i landstinget får träffa avtal om att ansvar för en eller flera uppgifter enligt lagen överlåts från landstinget till kommunen eller från kommunen till landstinget. Om en sådan överlåtelse sker skall föreskrifterna i lagen om landsting eller kommun gälla för den till vilken uppgiften överlåtits. En liknande bestämmelse skulle kunna införas i hälso- och sjukvårdslagen. Landsting och kommuner kan då avtala om att föra över vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter, t.ex. den öppna BUP-vården och MVC/BVC-verksamheterna, till kommunerna där verksamheterna lokalt finns. De kommuner som fått uppgifter överförda till sig från landstinget kan sedan bilda en gemensam nämnd för dessa verksamheter och för de socialtjänstfrågor man vill samverka kring. Vid en överföring av uppgifter mellan huvudmännen är det samtidigt viktigt att uppmärksamma olikheterna i dimensionering av specialverksamheterna BUP och IFO jämfört med basverksamheterna.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har nyligen också lämnat ett gemensamt förslag till Socialdepartementet om vidgade möjligheter för kommuner och landsting att samverka inom vårdområdet (dnr S 98/656 ST).

9.3 Utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem

Vår bedömning: Utagerande ungdomar har i många fall en sammansatt problematik där bl.a. missbruk, kriminalitet och psykiska problem förekommer i någon kombination. Vi finner det oacceptabelt att ungdomar, som i dag vårdas i särskilda ungdomshem eller i andra hem för vård eller boende, inte alltid erhåller adekvat psykiatrisk hjälp för sina psykiska problem genom hälso- och sjukvårdens försorg. Utgångspunkten bör vara att placerade ungdomar, oberoende av hur ungdomarnas problem i första hand definieras, har lika stor rätt och tillgång till psykiatrins resurser som den övriga befolkningen. Ansvar för att tillgodose ungdomarnas psykiatriska vårdbehov ligger på hälso- och sjukvården och utgör följaktligen hälso- och sjukvårdens vård- och kostnadsansvar.

Många gånger placeras den unge för vård i ett hem för vård eller boende i en kommun som inte ingår i den unges hemlandsting. Vår uppfattning är att den unges vårdplacering i en ungdomsinstitution belägen i ett annat landstingsområde än det egna inte får utesluta rätten och tillgången till psykiatrins resurser.

Vi anser att det är nödvändigt att införa ett enhetligt system som klart anger vilken huvudman som ansvarar för att tillgodose olika delar av den unges vårdbehov samt hur samverkan skall ske för att på bästa sätt även kunna tillgodose den unges psykiatriska vårdbehov. En skyldighet för psykiatrin att delta i behandlingsråd, och verksamhetschefens uppföljning av att de psykiatriska vårdbehoven enligt individuell plan tillgodoses för den unge oberoende av placeringsort, innebär en tydlig markering av hälso- och sjukvårdens ansvar för den unges psykiska problem.

För allvarligt psykiskt störda unga lagöverträdare anser vi att det för närvarande saknas en rättspsykiatrisk vård som är anpassad till dessa ungdomars behov. Det föreligger enligt vår bedömning behov av kompetensutveckling inom rättspsykiatrin för att kunna ta emot denna ungdomsgrupp för att med höga säkerhetskrav kunna erbjuda unga ett adekvat vårdalternativ.

Våra förslag: Barn- och ungdomspsykiatrin i varje landsting skall ha en skyldighet att delta i behandlingsråd. Med landsting jämställs landstingsfria kommuner. I behandlingsrådet skall företrädare från BUP, socialtjänst och särskilda ungdomshem eller andra hem för vård eller boende tillsammans medverka i utredningen av den unges vårdbehov. Barn- och ungdomspsykiatrins ansvar att medverka i

behandlingsråd skall gälla såväl frivilliga placeringar med stöd av SoL som tvångsplaceringar med stöd av LVU. Vid behov skall vuxenpsykiatrin ha samma skyldighet som BUP att delta i behandlingsråd. Socialtjänsten skall också i varje enskilt fall ansvara för upprättandet av en individuell plan för den unge, oberoende av om vård i ett HVB skall ges den unge med stöd av SoL eller LVU. I förekommande fall görs detta inom ramen för behandlingsrådets arbete. Av den individuella planen skall det tydligt framgå vilken huvudman som ansvarar för vad i genomförandet av planen. Vi föreslår att bestämmelser om behandlingsråd och individuell plan införs i socialtjänstlagen.

I varje landsting skall också verksamhetschefen inom landstingets barn- och ungdomspsykiatri utse en patientansvarig (legitimerad) behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som etablerar kontakt med de särskilda ungdomshem och andra HVB som finns inom landstingsområdet. Bestämmelser om detta bör införas i förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården.

Det är ett sedan länge känt problem att ungdomar som vårdas utanför det egna hemmet, i särskilda ungdomshem, s.k. § 12-hem, eller i andra hem för vård eller boende (HVB), med stöd av socialtjänstlagen eller LVU inte alltid får det stöd och den hjälp de behöver för sina psykiska problem. Ungdomarna faller mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden.

I vårt uppdrag att analysera samarbetet mellan olika samhällsinstanser ingår att särskilt undersöka stödet till utagerande ungdomar med missbruksproblem. I utredningsuppdraget ingår också att föreslå olika åtgärder som syftar till att förbättra samarbetet mellan socialtjänsten, inklusive de särskilda ungdomshemmen, och hälso- och sjukvården, samt överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga sett ur såväl den enskildes som samhällets perspektiv.

9.3.1 Ungdomarnas problembilder

De flesta undersökningar som gjorts kring utagerande ungdomar baserar sig på ungdomar inskrivna vid de särskilda ungdomshemmen. De undersökningsresultat som presenteras är ändå jämförbara med ungdomar som placeras i övriga HVB. Valet av placeringsform är många gånger beroende av platstillgång, kostnader och om den unge behöver särskild tillsyn eller inte. Den viktigaste skillnaden mellan ungdomar som är placerade med stöd av SoL eller med stöd av LVU är den unges

och i förekommande fall vårdnadshavarens samtycke till vården. Problembilden är i övrigt ofta densamma.

Majoriteten av de ungdomar som placeras för vård utanför det egna hemmet är i åldern 15-17 år, varav merparten är pojkar. Andelen inskrivna flickor vid de särskilda ungdomshemmen har under större delen av 1990-talet utgjort drygt en tredjedel.

Ett alltmer uppmärksammat förhållande är invandrarungdomarnas överrepresentation vid de särskilda ungdomshemmen i relation till sin andel av befolkningen. Invandrarungdomar definieras i olika undersökningar som de ungdomar där antingen den ena eller båda föräldrarna är eller har varit utländska medborgare, vilket även innefattar adoptivbarn. Fördelningen av inskrivna invandrarungdomar mellan de fem olika kommunregionerna i landet har under åren 1995 och 1996 legat mellan ca 30 och 50 %. Motsvarande andel inskrivna invandrarungdomar i hela landet har under samma tidsperiod varit ca 40 % (SiS, november 1997). Motsvarande information från landets övriga HVB-verksamheter saknas.

Orsaken till invandrarungdomarnas överrepresentation kan inte enkelt förklaras med att de har andra typer av problem än svenska ungdomar. Tvärtom rapporteras, med undantag för att svenska ungdomar verkar ha alkoholproblem i större utsträckning än invandrarungdomar, inga större skillnader föreligga mellan ungdomarnas problembilder (Bergström & Sarnecki 1996). Kriminalitet, narkotikamissbruk, psykiska problem, svaga föräldrastrukturer m.m. förekommer i båda grupperna. Invandrarungdomarnas överrepresentation beror sannolikt snarare på att deras sociala problematik är av allvarigare slag än svenska ungdomars, samt att invandrarungdomarnas sociala missanpassning i kombination med bristfälligt nätverk leder till att det kan vara svårt att få till stånd frivilliga insatser enligt SoL.

Forskning kring utagerande ungdomars problematik visar att mycket få ungdomar har en renodlad problembild. Detta gäller såväl svenska ungdomar som invandrarungdomar. De flesta har kriminalitet, missbruk, sexuella problem (främst flickor) och/eller psykiska problem i någon kombination. Kriminalitet och missbruk är vanligast förekommande, men många ungdomar som placeras för institutionsvård har även någon form av psykiska problem.

Det är dock svårt att entydigt fastställa arten och omfattningen av ungdomarnas psykiska problematik, beroende på att de undersökningar som har gjorts kring ungdomarnas problembilder skiljer sig åt i användandet av undersökningsmetod, populationsstorlek och infallsvinkel. I en undersökning av kriminella pojkar (Humble & Settergren Carlsson 1974) fann man bl.a. att en mycket liten andel av pojkarna ansågs som normala, dvs. fungerar mycket väl i psykiskt hänseende. En stor andel

av de brottsbelastade pojkarna var utpräglat jagsvaga eller hade neuros med någon form av jagsvagheter. I en annan studie fann man att utagerande ungdomar tenderar uppvisa ångestsymtom, egentlig depression, identitetsstörning och oförmåga att hantera sammansatta känslor (Nilsson & Svensson 1984). Sarnecki rapporterar att en stor del av de institutionsplacerade ungdomarna uppvisar emotionella störningar, men även psykos eller psykosliknande tillstånd samt hjärnskada förekommer, om än mer sällan (1996). En viss förekomst av psykos och hjärnskada hos ungdomarna bekräftas även av Forsling (1987). I en annan rapport beskrivs den lilla gruppen psykotiska ungdomar inom institutionsvården som "psykotiska – bisarra – sköra ungdomar" (Forslings terminologi, återgiven i rapport från Stockholms läns landsting 1994). Inte sällan är det fråga om tidigt störda ungdomar med såväl kontakt- som kontrollsvårigheter samt bristande identitet. Ungdomarnas situation kompliceras ofta av ett drogmissbruk, där missbruket många gånger fungerar som självmedicinering (Stockholms läns landsting 1994).

Hos missbrukande ungdomar förekommer ofta drogmissbruk och psykisk störning samtidigt (bl.a. Nilsson & Svensson 1984, Stenström & Söderholm Carpelan 1996). I kombination med missbruksproblem är de vanligaste diagnoserna depression och beteendestörningar, men även ångestsymtom, schizofreni, anpassningsstörningar, bulimia nervosa och ADHD förekommer. Både internationell och svensk forskning visar att ungdomar som utvecklar drogmissbruk eller drogberoende uppvisar många riskfaktorer som tidig drogdebut, allvarliga beteendeproblem, svaga skolprestationer, otillräckligt föräldrastöd samt en familjebakgrund med missbruk och psykisk sjukdom.

En betydelsefull faktor för uppkomsten av flickors beteendeproblematik är att många flickor har utsatts för någon form av sexuellt övergrepp. Ätstörningar, negativ kroppsbild, relationsproblem, sexuellt utagerande, rädsla för män och stark ångest rapporteras utgöra typiska symtom för denna typ av problematik (Johansson m.fl. 1993).

Sammantaget visar olika undersökningar att det finns en stor grupp ungdomar inom institutionsvården som har psykiska problem i form av emotionella störningar, ångest och depression. Därutöver tillkommer en liten grupp ungdomar med allvarliga psykiska problem, främst i form av psykos eller psykosliknande tillstånd. Ungdomar med såväl allvarliga sociala som psykiska problem har visat sig vara svårplacerade inom HVB-verksamheten. För psykiskt sköra ungdomar med stora behandlingsbehov har det många gånger, på grund av deras stundtals mycket utagerande beteende, varit särskilt svårt att erhålla adekvat hjälp inom behandlingshemsverksamheten (Stockholms läns landsting 1994).

Inlärningssvårigheter, skolk, rymning/vagabondage samt brister i fysisk hälsa är också förhållandevis vanliga problem bland ungdomarna. Suicidförsök rapporteras vara sällan förekommande i vissa undersökningar, medan andra undersökningar rapporterar att suicidhot och/eller suicidhandlingar förekommer relativt ofta (bl.a. Forsling 1987, Sarnecki 1996).

Flera studier visar också att ungdomarna kommer från splittrade familjer (bl.a. Johansson m.fl. 1993, Sarnecki 1996). Majoriteten av ungdomarna har under en del av eller under hela sin uppväxttid inte levt med sin biologiska far. Även separationer från modern är vanliga. En mycket stor andel av föräldrarna har olika typer av problem, varav faderns alkoholmissbruk, den ena förälderns eller båda föräldrarnas arbetslöshet samt familjens socialbidragsberoende utgör de vanligaste problemen. Vidare utgör faderns intagning i kriminalvårdsanstalt, psykiska problem hos någon av föräldrarna samt moderns alkoholmissbruk problem som förekommer förhållandevis ofta.

Sammanfattningsvis visar forskningen att barn från splittrade familjer och multiproblemfamiljer, dvs. familjer med en anhopning av psykisk sjukdom, missbruk hos föräldrarna, dålig arbetsanpassning, kriminalitet och fysisk ohälsa, löper en klart ökad risk för framtida egna problem.

9.3.2 Vårdresultat

Utagerande ungdomar har visat sig vara svårbehandlade, särskilt de med gravt drogmissbruk och/eller omfattande kriminalitet. Återfallsfrekvensen är hög och behovet av långsiktig och återkommande behandling är stort. Att särskilt drogmissbrukande ungdomar med psykiska problem svarar dåligt på behandling framgår av Stenströms och Söderholm Carpelans genomgång av nordisk och internationell forskning om vård och behandling av alkohol- och narkotikamissbrukande ungdomar (1996). Detsamma gäller även enligt författarna för missbrukande kriminella ungdomar med en historia av fysisk misshandel, sexuella övergrepp, psykiska problem, familjeproblem och svaga skolprestationer.

Nedslående vårdresultat för asociala ungdomar med allvarliga psykiska problem rapporteras också i en uppföljningsstudie av 270 ungdomar som varit inskrivna i särskilda ungdomshem. Av de ungdomar som hade konstaterade allvarliga psykiska problem vid inskrivningstillfället befann sig 75 % fortfarande under vård vid uppföljningstillfället två år efter utskrivning. 70 % av dessa ungdomar ansågs dock inte be-

finna sig i en för deras respektive problem adekvat miljö (Sarnecki 1996).

Att ungdomarna många gånger inte tycks få den hjälp de behöver beror sannolikt på svårigheter att hantera deras agerande vid vistelse på institution, samt att varken socialtjänst eller behandlingshem ensamma eller tillsammans äger den kompetens som erfordras vid vården av ungdomar som både är starkt utagerande och har någon form av psykisk störning. I nuläget förfogar inte heller barn- och ungdomspsykiatrin över effektiva behandlingsformer som kan hjälpa socialt missanpassade ungdomar (Rydellius 1995). I kapitel 10, Kompetens och kvalitetsutveckling, utvecklar vi närmare behovet av behandlingsmetoder för utagerande ungdomar.

9.3.3 Ansvarsfördelning och samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård

Vårdbehovet hos ungdomar med en allvarlig social problematik i kombination med olika psykiska problem aktualiserar frågan om gränsdragningen mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden. Gränsdragningsfrågan har uppmärksammats både i förarbetena till socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. I propositionen till socialtjänstlagen uttalar departementschefen att vårdbehoven inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ofta är sammansatta och att det kan vara svårt att urskilja gränserna mellan sjukvård och social rehabilitering. Eventuella tveksamheter i ansvarsfrågan skall lösas genom överenskommelser mellan huvudmännen (prop. 1979/80:1, del A). I förarbetena till HSL uttalas det att hälso- och sjukvårdens ansvar i princip bör begränsas till att omfatta vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med annan personal, t.ex. med psykologisk och social kompetens (prop. 1981/82:97). I förarbetena till LVU ges inte något förtydligande i frågan. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att ungdomarna får hjälp, men om hjälpen skall ges inom ramen för socialtjänstens egna behandlingsresurser eller inom barn- och ungdomspsykiatrin måste avgöras från fall till fall (prop. 1989/90:28).

Socialstyrelsen understryker i sina allmänna råd Hem för vård eller boende (1982:5) hälso- och sjukvårdens ansvar för psykotiska, gränspsykotiska och svårt utagerande klienter, även under institutionsvistelsen. "Det är viktigt att fastställa att sjukvårdshuvudmannen har ansvar för den psykiatriska vården. Lika viktigt är att socialtjänsten och sjukvården samverkar för att lösa dessa klienters behov och för att undvika att parallella resurser byggs upp" (Socialstyrelsen 1982:5).

Socialtjänstens ansvar

Socialnämnden har enligt 12 § SoL ett särskilt ansvar för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver samt, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet. Socialnämnden har enligt 22 § andra stycket SoL även det övergripande ansvaret för den unge när denne bereds vård utanför det egna hemmet. Vårdansvaret kvarstår även när vården utanför det egna hemmet ges av en annan huvudman än kommunen. Enligt 3 § första stycket SoL har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän, 3 § andra stycket SoL.

Vårdansvar och behandlingsansvar vid vård enligt LVU

Vård av den unge skall i första hand ges i frivillig form och grundas på samtycke. Om den unge, eller i förekommande fall dennes vårdnadshavare, inte samtycker eller om socialnämnden anser att erforderligt samtycke för vården inte kan ges kan länsrätten besluta om tvångsvård enligt LVU.

Enligt 4 § LVU är det länsrätten som beslutar om den unge skall beredas vård med stöd av 3 § LVU (de s.k. beteendefallen), efter ansökan från socialnämnden. Socialnämnden bifogar i sin ansökan om vård en vårdplan, vilken skall visa hur tvångsvården ingår i det planerade vårdprogrammet. Planen måste dock kunna justeras med hänsyn till de förändringar i den unges livssituation som kan inträffa. Vårdplanen är ett underlag för vårdnadshavaren och den unge själv att samtycka eller inte samtycka till den vård som socialnämnden ser som nödvändig.

När sedan länsrätten har beslutat om tvångsvård är det socialnämnden som beslutar om var denna vård skall ges. Placering i ett särskilt ungdomshem sker dock efter platsanvisning av Statens institutionsstyrelse efter framställan från socialnämnden. Det är också socialnämnden som ansvarar för att den unge får den vård denne behöver på det behandlingshem man väljer. Behandlingshemmet har behandlingsansvaret för den unge, innebärande det omedelbara ansvaret för insatserna vid institutionen. Det omedelbara behandlingsansvaret ligger på institutionsledningen och det övergripande behandlingsansvaret ligger på huvudmannen för institutionen.

Uppdelningen i vård- respektive behandlingsansvar under institutionsvistelsen innebär att det är socialnämnden som har det övergripande vårdansvaret, inklusive kostnadsansvaret, för den unge när denne

vårdas på institution. Vårdansvaret innebär bl.a. att socialnämnden skall upprätta en övergripande vårdplan innefattande den unges behov och behandlingsmål. Vårdplanen bör även ange vilken huvudman som tillsammans med den enskilde ansvarar för planens delmål och mål. Behandlingsansvaret innebär att institutionen skall upprätta en behandlingsplan för den unge under institutionsvistelsen, innefattande både kort- och långsiktiga mål med behandlingen.

Socialtjänstens insatser

Enligt Socialstyrelsens statistik över socialtjänstens insatser för barn och unga år 1996 (Socialstyrelsen 1997:11) var drygt 30 000 barn och unga i åldern 0-17 år någon gång under året föremål för en eller flera insatser från socialtjänstens sida. Cirka 17 500 barn och unga hade kontaktperson/-familj enligt SoL. Drygt 15 000 barn och unga var placerade för vård utanför det egna hemmet. Av dessa placerades ca 11 000 med stöd av SoL och ca 4 400 barn och unga placerades med stöd av LVU, varav ca 1 000 placerades för vård på grund av eget beteende enligt 3 § LVU. Cirka 1 300 barn och unga blev omedelbart omhändertagna med stöd av 6 § LVU, varav ca 40 % blev omedelbart omhändertagna på grund av eget beteende.

Familjehem utgör den vanligaste placeringsformen. Cirka 8 100 barn och unga var familjehemsplacerade den 31 december 1996. Nästan 80 % av de barn och unga som vårdades med stöd av SoL var familjehemsplacerade jämfört med ca 70 % av de barn och unga som vårdades med stöd av LVU. Drygt 2 400 barn och unga var institutionsplacerade den 31 december 1996. Cirka 10 % av dem som vårdades med stöd av LVU var placerade i särskilda ungdomshem, medan ca 1 % av dem som var placerade med stöd av SoL hade en sådan placering.

För närvarande finns det 35 särskilda ungdomshem, spridda över fem regioner i landet, med sammanlagt ca 635 platser. Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman för de särskilda ungdomshemmen. SiS uppgift är att erbjuda den unge ett differentierat vårdutbud utifrån den unges vårdbehov och samtidigt erbjuda vård av god kvalitet så nära den unges hemmiljö som möjligt. Under SiS ansvar faller också skyldigheten att bistå socialtjänsten med utredning av den unges vårdbehov enligt LVU. Samtliga särskilda ungdomshem tar emot ungdomar med mer eller mindre tung psykosocial problematik.

Den 1 januari 1997 fanns det totalt 311 HVB för barn och unga i landet, med sammanlagt drygt 2 100 platser. Majoriteten av dessa hem drivs av enskilda. (Skans 1997, personlig kommunikation.) I Socialstyrelsens förteckning över hem för vård eller boende och familje-

vårdsenheter (Socialstyrelsen 1997) framgår det av målgruppsbeskrivningen för de HVB som endast tar emot barn och unga att det uppskattningsvis finns cirka 130 HVB, med sammanlagt ca 790 platser, som tar emot barn och unga med psykosociala eller psykiska problem. Majoriteten av dessa hem drivs av enskilda.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Kommunens yttersta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Detta framgår uttryckligen av 3 § andra stycket SoL. Sjukvårdshuvudmannen har ansvaret för den vård som kräver insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med annan personal.

Utgångspunkten för landstingens vårdansvar är 3 § HSL. Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget. Tolkningen av själva bosättningsbegreppet skall utgå från bestämmelserna i folkbokföringslagen (1991:481). Paragrafen anger hemlandstingets ansvar – såväl akut som icke akut öppen och sluten vård skall erbjudas den som är bosatt i landstinget.

4 § HSL utgör ett komplement till bestämmelsen om landstingets vårdansvar i 3 §. Paragrafen reglerar landstingets ansvar vid s.k. utomlänsvård. Vårdskyldigheten för det enskilda landstinget utvidgas genom bestämmelsen i 4 § första stycket till att gälla också akut hälso- och sjukvård åt den som tillfälligt vistas inom landstinget utan att vara bosatt där. Ansvaret begränsar sig enligt första stycket till att tillgodose ett omedelbart vårdbehov hos den enskilde. Det är den faktiska vistelseorten och inte folkbokföringsorten som är avgörande för landstingets vårdansvar i akuta fall.

Enligt 4 § andra stycket föreligger det dock inget hinder för ett landsting att i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting om landstingen har en överenskommelse om detta.

Riksavtalet för utomlänsvård

Många gånger placeras den unge för vård i ett hem för vård eller boende i en kommun som inte ingår i den unges hemlandsting. I de fall den unge behöver hälso- och sjukvård vid sin vistelse i det andra landstinget aktualiseras frågan om utomlänsvård.

Riksavtalet för utomlänsvård, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 1997, innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får

vård utanför sitt eget hemlandsting. I avtalet regleras ersättningen för vårdkostnaderna de olika sjukvårdshuvudmännen emellan när en person utanför hemlandstinget erhåller vård efter remiss från hemlandstinget (2 kap.), akut- och förlossningsvård (3 kap.) samt övrig utomlänsvård (4 kap.).

Enligt 2 kapitlet kan ett landsting remittera en person till ett annat landsting för specialistvård, vård enligt olika vårdgarantiåtaganden eller av andra skäl. Varje landsting fastställer vilka befattningar som är förenade med rätt att remittera patienter för hälso- och sjukvård enligt avtalet. Remissen kan gälla både öppen och sluten vård. Remissen, som är en betalningsförbindelse för det remitterande landstinget, skall innehålla uppgifter om medicinsk frågeställning och eventuella åtgärder. Remissen gäller ett år från utfärdandet om inte annat anges.

I riksavtalets 3 kapitel anges förutsättningarna för hemlandstingets ersättningsansvar när vårdlandstinget ger öppen och sluten akut- och förlossningsvård till den som under vistelse i vårdlandstinget till följd av sjukdom, skada eller havandeskap omedelbart behöver tas om hand för öppen vård eller tas in för sluten vård. Enligt kommentarerna till kapitlet gäller avtalet i dessa avseenden även somatisk och psykiatrisk korttidsvård. Kravet på att patienten skall vara i omedelbart behov av vård innebär att om vården kan anstå till dess att patienten har rest hem gäller inte avtalet enligt 3 kapitlet. Dessutom skall vårdbehovet ha uppkommit under patientens vistelse i vårdlandstinget.

När en utomlänspatient behöver mer kostnadskrävande åtgärder i öppen vård krävs det att en remiss upprättas och godkänns av patientens hemlandsting. För att vårdlandstinget skall kunna tillgodose patientens önskan skall remissen, i motsats till remiss på hemlandstingets initiativ, utfärdas av landstingsanställd läkare och godkännas av patientens hemlandsting.

9.3.4 Tidigare utredningar

Från socialtjänstens håll har kritiken mot barn- och ungdomspsykiatri många gånger varit hård. Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen 1981 (BFU-81) sammanfattade i sitt slutbetänkande Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (SOU 1985:14) socialtjänstens kritik med att BUP endast hjälper barn och ungdomar med lättare svårigheter och problem, medan socialtjänsten ensam får ansvara för de barn och ungdomar som är aggressiva och utagerande eller som missbrukar beroendeframkallande medel. I en av utredningen initierad undersökning framkom det också att ett dominerande hinder för god samverkan mellan socialtjänsten och barn- och

ungdomspsykiatrin var att verksamheterna har skilda sätt att definiera psykisk och psykosocial problematik.

BFU-81 ansåg att barn- och ungdomspsykiatrin skall göra psykiatriska, psykologiska och psykoterapeutiska insatser liksom utredning och bedömningar i ärenden med problembilder där t.ex. sociala och missbruksrelaterade aspekter ses som dominerande. Trots detta var barn- och ungdomspsykiatrin, enligt utredningen, inte alltid mest lämpad att ta hand om de aggressiva och socialt utagerande ungdomarna, då det ofta finns många sociala problem med i bilden som det faller på socialtjänsten att ta hand om. Utredningen ansåg dock att barn- och ungdomspsykiatrin ändå måste bidra med olika insatser och "bör i större omfattning än som idag är fallet genom handledning, konsultation och avgränsade behandlingsinsatser bidra med sina kunskaper" (SOU 1985:14).

Socialtjänstens kritik mot barn- och ungdomspsykiatrins stundtals bristande samverkan och vilja att delta i vården av de utagerande ungdomarna framkom även i Psykiatriutredningens enkätundersökning, sammanställd i SOU 1992:3, angående de psykiskt stördas situation i kommunerna. Av enkätundersökningen framkom bl.a. att de största samarbetssvårigheterna fanns kring de svåraste ärendena, där omhändertagande och placering aktualiserades. Barn- och ungdomspsykiatrins syn på utagerande och destruktiva barns och ungdomars sociala och psykosociala störningar försvårade samarbetet betydligt. Socialtjänsten efterlyste därför bl.a. en tydligare ansvarsfördelning mellan de båda verksamheterna samt gemensamma mål och arbetsformer.

9.3.5 Utagerande ungdomars behov av och tillgång till psykiatrisk vård och stöd

Trots de uttalade samverkansintentionerna i förarbetena till SoL och HSL präglas samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården avseende vården av de utagerande ungdomarna av stora svårigheter. De samarbetssvårigheter som framkom i ovan refererade utredningar är fortfarande vanliga.

Socialtjänsten efterfrågar främst akut- och/eller utredningsplatser. Detta gäller bl.a. cirka fyra femtedelar av de ungdomar som skrivs in vid de särskilda ungdomshemmen. Drygt hälften av ungdomarna är akut omhändertagna enligt 6 § LVU. Målet med en akutplacering är att stoppa den unges destruktiva beteende. Att den unge är akut omhändertagen innebär att denne inte är färdigutredd av socialtjänsten och att dennes vårdbehov ännu inte har prövats av länsrätten. Det innebär också att det oftast inte föreligger någon vårdplan och att det särskilda

ungdomshemmets uppgift sällan är klart och tydligt formulerad från socialtjänstens sida.

I det akuta omhändertagandets natur ligger att den unge ofta befinner sig i ett extremtillstånd, exempelvis i form av ett omfattande missbruk eller kriminalitet som påtagligt riskerar att skada den unges hälsa. Den unge kan också ha olika psykiska problem. I de fall den unge hamnar i ett akut psykiskt kristillstånd föranleder detta ett behov av hjälp från psykiatrin.

Vid våra kontakter med företrädare för Statens institutionsstyrelse och institutionspersonal har det framkommit att akut psykiatrisk hjälp oftast endast kan komma till stånd om institutionen har lyckats etablera ett personligt samarbete med den lokala barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Den generella bilden är att om samarbetet fungerar dåligt mellan behandlingshemmet och den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken blir den unge oftast avvisad "redan vid dörren" till kliniken. En vanlig motivering till avvisning är enligt uppgift att BUP definierar den unges problem som sociala, inte psykiatriska. Annorlunda uttryckt upplever företrädare för institutionsvården barn- och ungdomspsykiatrins fokusering på den unges sociala problematik som ett sätt för BUP att undgå sitt hälso- och sjukvårdsansvar. I praktiken innebär detta att ansvaret för den unges psykiska problem övergår till det särskilda ungdomshemmet, och socialtjänsten. I många fall blir den unge hänvisad till sitt hemlandsting för psykiatrisk vård, med långa resor som följd. Detta innebär ett ovälkommet kontinuitetsavbrott i vården av den unge och det är heller ingen garanti för att hemlandstingets barn- och ungdomspsykiatri definierar den unges problem annorlunda.

En akutplacering övergår oftast i en utredningsplacering. Utredningsavdelningens uppgift är att utreda och föreslå lämplig behandling samt att förbereda och motivera den unge för fortsatt behandling. Det särskilda ungdomshemmet utredning syftar till att bistå socialtjänsten med utredning av den unge och den utgör sedan ett viktigt underlag i utarbetandet av såväl vård- som behandlingsplanen.

Vid både akut- och utredningsplacering har utredningsavdelningen i regel tillgång till psykologisk, pedagogisk, social och medicinsk kompetens. I den mån denna kompetens finns tillgänglig är den dock inte alltid tillräcklig för att kunna göra en adekvat utredning av den unges problem. Enligt institutionsstyrelsens egen bedömning föreligger ett stort behov av att öka den psykiatriska kompetensen vid många särskilda ungdomshem, inte minst i samband med utredning, diagnosticering och medicinering. Att de särskilda ungdomshemmen bör ha tillgång till psykiatrisk kompetens framgår även av 11 § socialtjänstförordningen (1981:750).

För att försöka tillgodose behovet av psykiatriska insatser har de flesta särskilda ungdomshem sökt etablera ett samarbete med psykiatrikliniker samt kontraktera egna privatpraktiserande psykiatrikonsulter. Enligt en undersökning som vi har företagit i samarbete med SiS (Enkätundersökning 1997) har cirka två tredjedelar av ungdomshemmen hittills lyckats etablera ett samarbete med psykiatrin. Drygt 80 % av ungdomshemmen anger dock att de samtidigt anlitar privatpraktiserande psykiatrikonsulter. De önskemål som uttrycks kring samarbetets utformning och innehåll kan sammanfattas i att institutionerna främst önskar att psykiatrin deltar i akuta och/eller svåra ärenden, t.ex. i form av konsultation, bedömning och diagnostik. Vidare uttrycks önskemål om ett tätare samarbete med psykiatrin samt att psykiatrins ansvar för ungdomarnas psykiska problematik förtydligas. Vid våra kontakter med företrädare för SiS har det även framkommit att erfarenheterna från användning av egna psykiatrikonsulter är blandade. Den bild som har förmedlats till oss är att ungdomshemmen anser det vara bra med psykiatrikonsulter, men att dessa ändå inte räcker till.

Även de särskilda ungdomshemmens behandlingsavdelningar har behov av ett fungerande samarbete med psykiatrin. Det finns ett antal definierade behandlingsplatser för ungdomar med en problematik som gränsar till psykiatrin. Det finns för närvarande sex behandlingsavdelningar som vårdar denna grupp och fåtalet av dessa har specialresurser för att vårda gruppen. Några har tillgång till psykolog och de flesta har konsultavtal med BUP, med varierande tidsinsats. Det finns dock betydligt fler särskilda ungdomshem som utreder eller behandlar ungdomar med problematik som gränsar till psykiatrin.

Förändringar av påföljdssystemet för unga lagöverträdare

I detta sammanhang bör också Justitiedepartementets förslag om förändring av påföljdssystemet för unga lagöverträdare (Ds 1997:32) nämnas. En proposition har aviserats till våren 1998. I den föreliggande lagrådsremissen föreslås dels ändringar av påföljden överlämnande till vård inom socialtjänsten, dels en ny frihetsberövande påföljd för ungdomar som begått brott innan de fyllt 18 år – sluten ungdomsvård. Statens institutionsstyrelse skall anförtros ansvaret för verkställigheten, i nära samarbete med socialtjänsten i den dömdes hemkommun.

Förslaget om sluten ungdomsvård innebär att de unga lagöverträdare som vid brottstillfället inte har fyllt 18 år skall frihetsberövas genom intagning i särskilt ungdomshem. Påföljden skall vara tidsbestämd och tiden skall bestämmas av brottmålsdomstolen efter främst brottets straffvärde till lägst fjorton dagar och högst fyra år. Den unges behov

av vård skall inte tillmätas någon betydelse vid påföljdsbestämningen. Trots att den unge har intagits i ett särskilt ungdomshem på straffrättslig grund befrias dock inte socialnämnden från det övergripande ansvaret för den unge under verkställigheten. Det ansvar som åvilar socialnämnden enligt SoL gäller således även fortsättningsvis.

Utgångspunkterna är bl.a. att det är angeläget att verkställigheten kan ske under sådana former att risken för skadeverkningar för den unge minimeras samt att orsakerna till den unges kriminalitet kan angripas så effektivt som möjligt. Det kan på goda grunder antas att de flesta av de ungdomar som döms till fängelse är i stort behov av vård och behandling. I regel rör det sig om unga människor som är socialt missanpassade och som har missbruksproblem och betydande personlighetsstörningar. Inte sällan är förhållandena sådana att det under lång tid fordras kvalificerade och kontinuerliga behandlingsinsatser medan den dömda står under särskilt noggrann tillsyn och bevakning.

Vår bedömning är att om förslaget genomförs kan det medföra att behovet av adekvat psykiatrisk hjälp för de särskilda ungdomshemmens klienter ytterligare ökar, i de fall intagna unga lagöverträdare har ett psykiatriskt vårdbehov som måste tillgodoses under verkställighetstiden.

Ungdomar placerade i enskilda hem för vård eller boende

Av Socialstyrelsens statistik över socialtjänstens insatser för barn och unga (Socialstyrelsen 1997:11) framgår bl.a. att den 31 december 1996 var ca 600 ungdomar i åldern 15-17 år frivilligt placerade i HVB. Två tredjedelar av dessa ungdomar befann sig inom den enskilda HVB-verksamheten. Andelen 15-17-åringar som var placerade med stöd av LVU var under samma tidpunkt knappt 500, varav drygt 160 unga var placerade i enskilda HVB. Andelen tvångsplacerade ungdomar från 18 år och uppåt var knappt 300, varav mindre än hälften av dessa befann sig inom den enskilda verksamheten.

Vissa enskilda HVB samarbetar vid behov med barn- och ungdomspsykiatri på orten, andra hem anlitar privatpraktiserande psykiatrikonsulter. Det ser olika ut i olika delar av landet. Det är svårt att få en samlad bild av de enskilda HVB-hemmens tillgång till och samarbete med psykiatri då övergripande nationella uppgifter saknas.

Ungdomar placerade i familjehem

Familjehemsplaceringar utgör den vanligaste placeringsformen för barn och unga och majoriteten av dessa familjehemsplaceras med stöd av SoL. Den 31 december 1996 var ca 1 800 ungdomar i åldern 15-17 år frivilligt placerade i familjehem. Andelen ungdomar som var placerade med stöd av LVU var betydligt lägre, drygt 400. Cirka 80 ungdomar från 18 år och uppåt var tvångsplacerade i familjehem (Socialstyrelsen 1997:11).

Många av de familjehemsplacerade ungdomarna har svåra problem och behöver kvalificerad vård. Familjehemsplacerade barn och unga skall i allmänhet folkbokföras i den kommun där familjehemmet är beläget, om vissa förutsättningar för ändrad bosättning enligt särskilda bestämmelser i folkbokföringslagen (1991:481) är uppfyllda. Motsvarande bestämmelser om ändrad bosättning gäller inte för barn och unga som placeras för vård vid en institution.

Folkbokföringsorten får betydelse vid tillämpningen av bestämmelsen i 3 § HSL om hemlandstingets ansvar. Som tidigare nämnts skall varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i landstinget och tolkningen av själva bosättningsbegreppet skall utgå från bestämmelserna i folkbokföringslagen.

Jämfört med de uppgifter och underlag vi har fått avseende institutionsplacerade ungdomars svårigheter att erhålla adekvat psykiatrisk hjälp föreligger inte motsvarande uppgifter för familjehemsplacerade ungdomar. I nuläget går det inte att fastställa om detta kan antas bero på att ungdomar som placeras i familjehem har bättre förutsättningar att erhålla psykiatrisk vård på grund av att hemlandstingets ansvar aktualiseras fullt ut, eller om dessa ungdomars psykiatriska vårdbehov inte har uppmärksamats i tillräcklig grad. Oavsett vilken faktor som är av betydelse vill vi ändå betona vikten och nyttan av att det system vi föreslår, i form av behandlingsråd och psykiatrins uppföljningsansvar för institutionsplacerade ungdomar, även vid behov skall kunna komma familjehemsplacerade ungdomar till godo. Vi anser dock att det i nuläget inte föreligger tillräckliga skäl att i lag fastslå en skyldighet för psykiatrin att delta i behandlingsråd även när det gäller de familjehemsplacerade ungdomarna.

9.3.6 Jämförelse med kriminalvården

Vid en diskussion kring de åtgärder som kan vara lämpliga att vidta för att garantera placerade ungdomar adekvat psykiatrisk hjälp är det av intresse att redogöra för ett i detta avseende närliggande problem-

område – kriminalvården. En placering i särskilt ungdomshem eller en intagning i kriminalvårdsanstalt innebär ofta att en person med tvång nödgas vistas i ett annat landsting än det egna, varför frågan om möjligheten att erhålla icke akut utomlänsvård aktualiseras.

Vid en jämförelse mellan dem som är placerade i särskilda ungdomshem och kriminalvårdens intagna känns svårigheterna igen vad avser tillgången till psykiatrisk vård. I Fängelseutredningens slutbetänkande *Kriminalvård och psykiatri* (SOU 1994:5) framkom det att kriminalvården bl.a. riktar kritik mot psykiatrin för dåligt samarbete och bristande intresse för att medverka med psykiatriska vårdinsatser till kriminalvårdens klientel. Psykiatrin pekar å sin sida bl.a. på svårigheter att vid vanliga psykiatriska enheter ge adekvat behandling till kriminalvårdens intagna när dessa inte hör hemma inom enhetens upptagningsområde, och när det på grund av rymningsrisk behövs särskilda bevakningsinsatser genom kriminalvårdens försorg.

För att motverka de problem som kan uppstå vid psykiatrisk utomlänsvård till kriminalvårdens intagna föreslog Fängelseutredningen bl.a. att HSL ändras så att vistelselandstinget, oberoende av överenskommelse med den intagnes hemlandsting, skall erbjuda psykiatrisk vård åt intagen i kriminalvårdsanstalt, som är belägen i landstingets upptagningsområde, och att landstinget vid planeringen av sin hälso- och sjukvård skall beakta behovet av sådan vård. Detta skulle innebära att den som är intagen i kriminalvårdsanstalt, oberoende av hemvist, får även andra än rent akuta vårdinsatser vid sjukhus i anstaltens närhet. Dessutom föreslogs bl.a. att varje kriminalvårdsanstalt genom avtal med kriminalvården och landstingen knyts till en viss sjukvårdsinrättning.

Regeringen behandlade i proposition 1994/95:194, *Vissa frågor om psykiatrisk tvångsvård*, Fängelseutredningens förslag om ändring i HSL. Regeringen ansåg att det inte för tillfället förelåg tillräckliga skäl att lagstiftningsvägen förbättra möjligheterna för intagna i kriminalvårdsanstalt att erhålla psykiatrisk utomlänsvård. Mot en lagändring talade bl.a. att HSL är en ramlag samt att den nuvarande utformningen av HSL inte hindrar att psykiatrisk utomlänsvård kan erbjudas kriminalvårdens intagna om landstingen träffar en överenskommelse om detta. Enligt regeringen torde de svårigheter som konstaterats vid psykiatrisk utomlänsvård för de intagna snarare bero på brister i tillämpningen av HSL än på utformningen av lagstiftningen. Regeringen uttalade att det i stället bör finnas förutsättningar att lösa frågan om psykiatrisk utomlänsvård genom frivilliga överenskommelser mellan landstingen, samt att Socialstyrelsen i sin tillsynsverksamhet bör uppmärksamma tillämpningen av HSL när det gäller att tillgodose psykiskt störda intagnas möjligheter att erhålla psykiatrisk vård. Om dessa

åtgärder inte skulle leda till önskat resultat får frågan om lagändring tas upp på nytt. Avslutningsvis erinrade regeringen om att hälso- och sjukvården också har ansvar för att ge erforderlig psykiatrisk vård till personer som vårdas med stöd av LVU och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (prop. 1994/95:194).

9.3.7 Våra överväganden

Vi finner det oacceptabelt att ungdomar som placeras för vård utanför det egna hemmet länge har varit en eftersatt grupp vad avser tillgången till adekvat psykiatrisk hjälp. Tillgången till psykiatrisk hjälp får inte vara avhängig av hur den unges problematik i första hand definieras, ej heller av att det är socialtjänsten som ytterst ansvarar för att den unge får den hjälp han eller hon behöver. I förarbetena till socialtjänstlagen erinrar departementschefen om att normalisering, dvs. samhällets insatser för att stödja medborgarens strävan efter att så långt som möjligt kunna vara som andra, och samtidigt ha det som andra, är en socialpolitisk princip som sträcker sig långt utanför socialtjänsten (prop. 1979/80:1, del A).

Utgångspunkten för våra förslag är att placerade barn och ungdomar skall ha lika stor rätt och tillgång till psykiatrisk vård som den övriga befolkningen. Om den unges psykiska problem föranleder ett psykiatriskt vårdbehov skall detta behov tillgodoses av psykiatrin.

Av det ovan sagda följer att vi anser det vara nödvändigt att finna ett enhetligt system som klart anger vem som ansvarar för vad och hur samverkan skall ske för att på bästa sätt även kunna tillgodose den unges psykiatriska vårdbehov. Trots att det finns många exempel på god samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården vad avser vården av utagerande ungdomar, finns det samstämmiga uppgifter om att adekvat hjälp inte alltid kan erhållas från hälso- och sjukvården genom barn- och ungdomspsykiatrin eller, i förekommande fall, vuxenpsykiatrin försorg. Det faktum att många särskilda ungdomshem och andra HVB anlitar privatpraktiserande psykiatrikonsulter tyder också på detta.

En allmän önskan eller vädjan om samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården eller frivilliga överenskommelser de olika sjukvårdshuvudmännen emellan är emellertid inte tillräckligt för att garantera placerade ungdomar psykiatrisk hjälp. Vikten av att frivilliga överenskommelser ingås sjukvårdshuvudmän emellan blir särskilt tydlig vid utomlänsplaceringar av dessa ungdomar. Vi anser att den unges vårdplacering i en ungdomsinstitution belägen i ett annat landstingsområde än det egna inte får utesluta rätten och tillgången till psykiatrin

resurser. Med andra ord får inte en vårdplacering utanför hemlandstingets ansvarsområde försvåra möjligheten att erhålla icke akut psykiatrisk vård som den unge skulle vara berättigad till i sitt hemlandsting. Enligt vår mening är det därför berättigat att införa bestämmelser om att sjukvårdshuvudmännen har ett särskilt uppföljningsansvar för att tillse att psykiatrisk hjälp tillhandahålls den unge.

Utifrån de bestämmelser som redan finns om både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar måste bestämmelser om konkret samarbete kring och uppföljning av den unges vårdbehov införas. En skyldighet för psykiatrin att delta i behandlingsråd, och verksamhetschefens uppföljning av att de psykiatriska vårdbehoven enligt individuell plan tillgodoses för den unge oberoende av placeringsort, innebär en tydlig markering av hälso- och sjukvårdens ansvar för den unges psykiska problem.

Ansvarsfördelning mellan psykiatri, socialtjänst och behandlingshem

Socialtjänsten skall med de vårdresurser som finns inom den egna verksamheten klara av att erbjuda ungdomar med sociala problem en god vård. Som tidigare nämnts innebär socialtjänstens vårdansvar ett övergripande ansvar för att den unge får den vård som erfordras. I socialtjänstens vårdansvar för den unge ingår således också att kontrollera att den unge kan få den vård han eller hon behöver enligt vårdplanen vid det HVB där den unge placeras för vård. Det är sedan behandlingshemmet som har behandlingsansvaret för den unge under placerings-tiden.

Såväl särskilda ungdomshem som andra HVB-hem skall klara av den dagliga vården och behandlingen, dvs. sådan vård och behandling som vilar på t.ex. miljöterapeutisk grund, av den målgrupp som man har sagt sig kunna ta emot, vilket många gånger även innefattar ungdomar med psykiska problem. Detta förutsätter att socialtjänsten och behandlingshemmet har kompetens att vårda och behandla ungdomar som också har psykiska problem. Många gånger är de psykiska problemen dock så framträdande att varken socialtjänst eller behandlingshem ensamma eller tillsammans klarar av att ge ungdomarna adekvat vård. Det är därför nödvändigt att psykiatrin kompletterar vården av den unge genom att ansvara för att den unges psykiska problematik blir tillbörligt utredd och att adekvat psykiatrisk vård och behandling kan ges den unge genom psykiatrins försorg.

Följaktligen innebär det ovan sagda bl.a. att behandlingshemmet får bekosta den handledning som man behöver från psykiatrin eller annan

för att klara det egna behandlingsansvar som man har för ungdomarna. Å andra sidan skall psykiatrin tillhandahålla och bekosta den handledning den ger till behandlingshemmet i de fall behandlingspersonalen genomför delar av psykiatrisk behandling för den unge, dvs. sådant som är definierat som hälso- och sjukvård och således hälso- och sjukvårdens ansvar. Om det senare kan överenskommas redan i den individuella planen.

Behandlingsråd

I ett behandlingsråd skall företrädare från barn- och ungdomspsykiatrin, HVB-hem och socialtjänst delta, med socialtjänsten som sammankallande. I förekommande fall kan företrädare för vuxenpsykiatrin kallas in då behovet av deras kompetens blir aktuellt. Vuxenpsykiatrin skall ha samma skyldighet som barn- och ungdomspsykiatrin att delta i behandlingsråd. Vid rådslaget diskuteras den unges vårdbehov och företrädarna för de olika verksamheterna skall komma överens om vilka åtgärder som är nödvändiga att företa vid behandlingen av den unge och vilka behandlingsmål man vill uppnå. En tydlig gränsdragning av kompetenserna är nödvändig för att uppnå en god samverkan kring den unges vårdbehov.

Som en följd av det enskilda landstingets vård- och kostnadsansvar för den som är bosatt i landstinget är det i enlighet med gällande bestämmelser och principer mest lämpligt att det är företrädare från barn- och ungdomspsykiatrin i den unges hemlandsting som har en skyldighet att delta i behandlingsråd. Med landsting jämställs landstingsfria kommuner. I de fall den unge redan är aktuell inom en barn- och ungdomspsykiatrisk/vuxenpsykiatrisk enhet inom hemlandstinget är det många gånger mest lämpligt att den personal som redan har etablerat en kontakt med den unge i det enskilda fallet deltar i behandlingsrådet som företrädare för barn- och ungdomspsykiatrin/vuxenpsykiatrin.

Socialtjänstens övergripande vårdansvar för den unge motiverar att socialtjänsten får ansvaret att avgöra när behov av ett behandlingsråd föreligger. Behandlingsrådets syfte är att så tidigt som möjligt bistå socialtjänsten i en allsidig utredning av den unges vårdbehov, varför behovet av ett behandlingsråd främst torde aktualiseras vid placering av den unge för utredning.

Ett övergripande mål för behandlingsrådets arbete skall vara att på ett tidigt stadium i vårdplaneringen för den unge reda ut eventuella oklarheter i ansvarsfrågor och befrämja samverkan mellan de ansvariga huvudmännen. Helhetsbedömning av den unges behov samt den unges bästa skall vara utgångspunkten vid behandlingsrådets diskussioner.

Behandlingsrådets medverkan i utredningen av den unges vårdbehov skall vara ett stöd för socialtjänsten att skriva en realistisk individuell plan, där det tydligt anges vem som ansvarar för vad i vården.

Verksamhetschef och patientansvarig behandlare

Med verksamhetschef avses den person som inom hälso- och sjukvården har att svara för verksamheten enligt bestämmelsen i 29 § HSL. Verksamhetschefen inom varje landstings barn- och ungdomspsykiatri skall ansvara för att det inom den egna verksamheten utses en eller flera patientansvariga behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som bör etablera kontakt med de ungdomsinstitutioner, både särskilda ungdomshem och andra HVB, som är belägna inom landstingsområdet. Kontakten med HVB-hemmen inom landstingsområdet skall syfta till att ge en bild av de psykiatriska vårdbehov som föreligger bland placerade ungdomar samt att ungdomsinstitutionerna har minst en bestämd person inom barn- och ungdomspsykiatri/vuxenpsykiatri att vända sig till för konsultation.

Om den unge efter utredning placeras för vård inom ett annat landsting än det egna, skall verksamhetschefen för barn- och ungdomspsykiatri/vuxenpsykiatri i det andra landstinget ansvara för att den unge får den av behandlingsrådet överenskomna psykiatriska vården. Verksamhetschefen i vistelselandstinget skall tillse att den individuella planen för den unge följs upp och genomförs i de delar som avser barn- och ungdomspsykiatri/vuxenpsykiatri ansvar. Planen kan dock självfallet justeras med hänsyn till de förändringar i den unges livssituation som kan inträffa. Såväl HVB-hemmet som barn- och ungdomspsykiatri/vuxenpsykiatri kan också initiera att behandlingsråd sammankallas vid behov för revidering av den individuella planen. Att en individuell plan upprättas genom samverkan över verksamhetsgränserna bör garantera att arbetet görs med fokus på den unges bästa och med samtidig realistisk hänsyn till verksamheternas resurser.

Det finns många fördelar med att den individuella planen följs upp av verksamhetschefen i det landsting där den unge placeras för vård. Trots att HSL lämnar utrymme för samverkan mellan de olika sjukvårdshuvudmännen, vilket många gånger också sker, finns det ingen allmän garanti för att placerade ungdomar erhåller erforderlig icke akut psykiatrisk utomlänsvård vid en vårdöverflyttning. Den unges tillgång till vistelselandstingets psykiatriska resurser blir beroende av om hemlandstinget och vistelselandstinget har tecknat avtal därom. Föreligger varken mellanläns- eller regionavtal, blir riksavtalet om utomlänsvård tillämpligt.

Behandlingsrådets medverkan vid upprättandet av individuell plan samt verksamhetschefens i vistelselandstinget ansvar för uppföljning av planen verkar som en garanti för att den unge erhåller psykiatrisk vård, oavsett inom vilket landsting den unge blir placerad för vård. Det kan förutsättas att verksamhetschefen eller annan behörig befattningshavare i hemlandstinget, utifrån vad som framkommer i den individuella planen om psykiatrins ansvar för den unges psykiatriska vårdbehov, skriver en sådan remiss till den unges vistelselandsting som förutsätts i riksavtalet för utomlänsvård. På detta sätt förbinder sig hemlandstinget att stå för vistelselandstingets hälso- och sjukvårdskostnader. I de fall remiss inte har skrivits får verksamhetschefen i den unges vistelselandsting till hemlandstinget påtala behovet av en remiss för att oklarhet kring kostnadsansvaret inte skall uppstå.

Vår bedömning är att i och med systemet med behandlingsråd och psykiatrins medverkan i utredningen och behandlingen av den unges psykiatriska problem, t.ex. genom handledning till behandlingshemspersonalen, skall majoriteten av ungdomarna inte behöva vistas inom den psykiatriska slutenvården.

I avsnitt 11.6 redovisas de ekonomiska konsekvenserna av vårt förslag.

Individuell plan

En övergripande individuell vårdplan som innefattar den unges behov, behandlingsmål m.m. torde vara en förutsättning för att socialtjänsten skall kunna ta ett vårdansvar för den unge.

För närvarande är vårdplan obligatorisk endast vid ansökan om vård enligt LVU. Enligt 4 § LVU skall socialnämndens ansökan till länsrätten innehålla en redogörelse för den unges förhållanden, de omständigheter som utgör grund för att den unge behöver beredas vård, tidigare vidtagna åtgärder och den vårdnämnden avser att anordna. Vårdplanen som skall presenteras för rätten i samband med ansökan om vård utgör i praktiken endast ett underlag för den enskilde att samtycka eller ej till planerade vården. Vi anser att det i varje enskilt fall skall upprättas en plan för den unge, dvs. även i de fall den unge bereds vård i ett hem för vård eller boende med stöd av SoL. Oavsett om den unge bereds vård på frivillig eller tvångsmässig grund är problembilden ofta densamma. Skillnaden är att den frivilliga vården grundar sig på samtycke från den enskilde och i förekommande fall dennes vårdnadshavare.

Vi vill betona värdet av den individuella planen som ett i flera avseenden viktigt dokument. Dels för att främja tydlighet och kommunika-

tion mellan socialtjänsten och den unge samt dennes familj, dels för uppföljning och utvärdering av både frivillig och tvångsmässig vård och behandling av den unge. Det är också viktigt att så långt möjligt söka inbegripa den unges vårdnadshavare, och i förekommande fall andra närstående, i vårdplaneringen. Familjens engagemang har många gånger visat sig vara en värdefull faktor för den unges behandlingsmotivation och utfall och underlättar även den unges återkomst till det egna hemmet.

Det övergripande syftet med den individuella planen är att tydliggöra mål och medel. Planen förutsätts bli undertecknad av den placerade och/eller vårdnadshavaren, vårdgivaren, samt handläggande tjänsteman i den placerande kommunen. Alla blir på så sätt införstådda med vad som förväntas av just honom eller henne. Planen skall kunna bidra till genomtänkta placeringar, vilket också på lång sikt får anses innebära en kvalitativ och effektiv användning av socialtjänstens och andra vårdgivares resurser. I de fall planen upprättas i anslutning till ett behandlingsråd undviks gränsdragningsproblem kring vilken huvudman som ansvarar för den unges olika vårdbehov. Ur ett klientperspektiv är det ett rättssäkerhetskrav att det oberoende av placeringsgrund finns en individuell plan vid en så pass ingripande åtgärd som en placering utanför hemmet utgör.

Ovan angivna konsekvenser för den enskilde, dennes familj samt berörda vårdgivare som upprättandet av en individuell plan kan väntas medföra och de förutsättningar som en målinriktad och långsiktig planering skapar för att effektivt utnyttja socialtjänstens resurser utgör enligt vår mening tillräckliga skäl för att en skyldighet för socialtjänsten att upprätta en plan i varje enskilt fall införs.

Vårt förslag om upprättande av plan i varje enskilt fall ligger också i linje med Justitiedepartementets förslag i Ds 1997:32. Vid påföljden överlämnande till vård inom socialtjänsten skall socialnämndens yttrande enligt 11 § lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL) även innefatta en redogörelse för huvuddragen i de åtgärder som socialnämnden planerar att vidta. Särskilt skall åtgärdernas art och omfattning framgå samt såvitt möjligt också deras varaktighet. Redogörelsen skall kunna ges formen av ett slags vårdplan, liknande dem som upprättas vid kontraktsvård. Vårdplanen, som innehållsmässigt måste anpassas till omständigheterna i det enskilda fallet, skall ge domstolen en god uppfattning om karaktären av den unges eventuella vårdbehov och de insatser som socialtjänsten m.fl. avser att göra samt huruvida det skall ske med stöd av SoL eller LVU.

Psykiatrisk vård för unga lagöverträdare

Vi vill även uppmärksamma en grupp ungdomar – allvarligt psykiskt störda unga lagöverträdare – som i många fall kan vara i behov av särskilda psykiatriska insatser, utöver de insatser som kan komma i fråga för ett behandlingsråd att handha.

Rättspsykiatrisk vård är en brottspåföljd som vuxna lagöverträdare kan dömas till om domstol beslutar detta efter en rättspsykiatrisk undersökning. För de vuxna lagöverträdare som har den svåraste problematiken finns en särskild organisation – den rättspsykiatriska region-sjukvården. Trots att bestämmelserna om överlämnande till rättspsykiatrisk vård även kan tillämpas på unga lagöverträdare är det ovanligt att ungdomar överlämnas till psykiatrisk vård som brottspåföljd. Oavsett om den primära problematiken för en ung lagöverträdare är att anse som psykiatrisk, är det socialtjänsten som normalt får att ansvara för den unges vård. Det föreligger enligt vår bedömning behov av kompetensutveckling inom rättspsykiatrin för att kunna ta emot denna ungdomsgrupp för att med höga säkerhetskrav kunna erbjuda unga lagöverträdare ett adekvat vårdalternativ.

9.4 Misshandel och sexuella övergrepp

Vår bedömning: För den framtida utvecklingen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens samt polisens arbete med sexuella övergrepp och annan misshandel av barn och ungdomar och för att tillgodose utbildnings- och metodutvecklingsbehov samt behovet av handledning och konsultation ute i kommuner och landsting, anser vi att utvecklingsarbetet behöver samordnas nationellt och i regionala kunskapscentra. De sistnämnda kan ha olika huvudmän men bör byggas upp med tvärprofessionell kompetens. Socialtjänstens utvecklingsbehov bör särskilt uppmärksammas.

Utvecklingen av regionala kunskapscentra skall bygga på initiativ och intresse på fältet samt ta hänsyn till regionala behov.

Våra förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram ett nationellt utvecklingsprogram för hela området misshandel och sexuella övergrepp mot barn. Möjligheterna att även inkludera utvecklingen av arbetet med barn som lever i familjevåld bör övervägas. Socialstyrelsen bör undersöka möjligheterna att initiera och stödja ett antal regionala centra utgående ifrån socialtjänstens behov och som kompletterar de regionala BUP-anknutna centrens arbete. Utvecklingsprogrammet bör omfatta planering för uppbyggnad av regionala kunskapscentra. Utvecklingsprogrammet skall kostnadsberäk-

nas. Uppbyggnaden av centra kan göras etappvis. Socialstyrelsen får ansvar att fördela medel för detta.

9.4.1 Bakgrund

Våld inom familjen ansågs länge som en privatsak. Trots att det så sent som år 1979 blev förbjudet att utsätta barn för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling var Sverige det första landet i världen att förbjuda aga. Många länder i Europa tillåter fortfarande aga som uppfostringsmedel.

Sexuella övergrepp mot barn började på allvar uppmärksammas i media och bland myndigheter i Sverige i början av 1980-talet. Vid denna tidpunkt var kunskapen bland personal inom socialtjänst, polis och sjukvård knapphändig. I och med att problemet började uppmärksammas blev också efterfrågan på kunskap stor. Alla berörda myndigheter – socialtjänst, barnpsykiatri, polis och åklagare – insåg snart att sexuella och fysiska övergrepp mot barn är mycket svåra ärenden som ingen klarar ensam. I stället fordrar de ett nära samarbete dem emellan. I flera län bildades samrådsgrupper liksom i landets större kommuner där företrädare för de olika myndigheterna kom att ingå. Samrådsgrupperna skapade och dokumenterade rutiner för tillvägagångssättet i samband med anmälan om sexuella övergrepp och i vissa fall misshandel mot barn.

Socialstyrelsen utgav år 1991 allmänna råd angående sexuella övergrepp mot barn (1991:3). Där länsrutiner och/eller lokala rutiner har utarbetats har de allmänna råden oftast utgjort kunskapsbas, kompletterade med förteckningar över lokala kontaktpersoner etc.

Aktuell situation

Kunskapen om sexuella övergrepp har ökat under de senaste åren. Den allmänna uppfattningen verkar dock vara att handläggningen snarast blivit svårare. Barn och ungdomar berättar knapphändigt eller inte alls om övergreppen, men ger tillräcklig information för att skapa oro bland de vuxna. Alla som kommer i nära kontakt med barn som misstänks vara utsatta för övergrepp anser att barn mycket sällan kommer med falska anklagelser (bl.a. Svedin & Back 1996). Detta är en motbild till den debatt som förts på senare år av ett antal kritiska röster som hävdar att vuxna utsätts för beskyllningar inför vilka de är rättslösa. Debatten har fått en stark genomslagskraft i media.

Viktiga problemställningar

En lång rad sammanställningar angående misshandel och sexuella övergrepp mot barn och ungdom har visat att många utredningar inte leder till några särskilda åtgärder eller resultat. Det är t.o.m. så att man ibland inte vet om utredningen som gjorts överhuvudtaget har förbättrat barnets situation. Kanske har förhållandena blivit sämre, när familjen känt sig hotad och stängt alla dörrar för insyn. Det vi vet är att kvaliteten i det arbete som utförs av inblandade yrkesgrupper har stor betydelse för utredningens utfall och för de utsatta barnens framtid. I hela landet är tendensen att endast en liten del av anmälningarna leder till åtal, eftersom bevis saknas och brott inte kan styrkas. Det förs fram kritik mot långa utredningstider och bristande uppföljningar (bl.a. Glingvall-Priftakis & Sundell 1995). Ett särskilt svårlöst problem gäller umgänge med barnet, när den misstänkte är barnets far och han har frikänts av domstol men misstankarna kvarstår. Prövning i domstol och överklaganden i dessa ärenden kan pågå i många år, vilket är mycket påfrestande för barnet. Enligt personal som fördjupat sin kompetens inom området är dessa ärenden de allra mest svårlösta och känslomässigt belastande för alla inblandade.

När det gäller misstänkt barnmisshandel är det mer sällsynt med polisanmälningar än vid sexuella övergrepp. Läkarundersökningar genomförs i förhållandevis få fall, i motsats till vad som sägs i handläggningsrutinerna (bl.a. Torhall 1996).

9.4.2 Probleminventering

I enlighet med vårt utredningsuppdrag behövde vi få en belysning av hur arbetet kring misshandel och sexuella övergrepp bedrivs ute i landet, med särskilt fokus på samarbetet mellan de inblandade instanserna. Vi ville särskilt belysa de lokala och regionala samrådsgruppernas arbete och få svar på vilka problemställningar som där är aktuella i dag, samt undersöka i vilken utsträckning man genom nationella och regionala centra kan stimulera fortsatt kompetensuppbyggnad och kvalitetsutveckling. Med detta syfte har vi sökt oss fram längs flera vägar. Det mest omfattande kunskapsunderlaget tog vi fram genom en egen undersökning riktad till landets länsstyrelser. Vi har också samlat information via skriftliga rapporter och egna studiebesök.

Socialstyrelsen har ett pågående parallellt uppdrag omfattande en kunskapsöversyn inom området sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. På grund av detta begränsar vi vår redogörelse för aktuell

forskning till undersökningar som direkt berör samarbets- och kvalitetsfrågor.

9.4.3 Länsstyrelseenkät

För att få en bild av det aktuella läget i landet skickades i mars 1997 en enkät ut till landets samtliga länsstyrelser. Vi ville genom enkäten få svar på vilka problemställningar som i dag är aktuella i de regionala och lokala samrådsgrupperna. Vi ville vidare få belyst hur nationella och/eller regionala kompetenscentra skulle kunna bidra till en vidareutveckling av metodik och yrkeskompetens för att höja kvaliteten på arbetet med de utsatta barnen och deras familjer. En sammanfattning av svaren från länsstyrelserna presenteras i det följande.

9.4.4 Resultat av enkäten: Samverkansgruppernas erfarenheter

Sammanfattningsvis kan sägas att resultatet som kom fram av länsstyrelseenkäten stämmer väl överens med rapporter som skrivits inom området de senare åren.

Samrådsgruppernas organisation

En övergripande samrådsgrupp på länsnivå finns i 11 av landets 23 län. De flesta av grupperna startades i början eller mitten på 1980-talet. Några uppger att grupperna för närvarande är vilande, men att behovet av en länsgrupp har aktualiserats igen. Länsgrupperna är i allmänhet sammansatta av företrädare för länsstyrelse, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, polis och åklagare. I många fall medverkar också barnhälsovård och/eller barnklinik, vuxenpsykiatri och i vissa fall kvinno-klinik. Länsgrupperna träffas i allmänhet mellan två och fyra gånger per år. De huvudsakliga arbetsuppgifterna är att

- organisera/främja samverkan
- stå för kunskapsförmedling och erfarenhetsutbyte
- utarbeta handläggningsråd
- årligen gå igenom ärenden, domar, länsstatistik (enligt tre av länsstyrelserna).

De allra flesta av landets kommuner är deltagare i en lokal samrådsgrupp. För många av de mindre kommunerna innebär det en gemensam organisation med en större grannkommun. I vissa fall är det åklagar-distriktens indelning som utgör grunden för samrådsgruppernas indelning. Sammansättningen av deltagarna i de lokala grupperna överensstämmer i stort sett med länsgrupperna. Åklagarna deltar dock mera sällan i de lokala samrådsgrupperna. Även dessa grupper har oftast funnits sedan början eller mitten på 1980-talet, dvs. i över tio år. Grupperna sammankallas vid behov samt kontinuerligt ca fyra gånger per år.

De lokala samrådsgrupperna i dag

De problem och frågeställningar som dominerar de lokala samrådsgruppernas arbete i dag uppges av länsstyrelserna vara:

Alla parter höga arbetsbelastning på grund av neddragningar. Särskilt problematiska är de långa handläggningstiderna hos polis och åklagare. Arbetet i gruppen inriktas till stor del på att försöka samordna utredningsinsatsen och fatta beslut om i vilken ordning intervention skall ske i de enskilda ärendena, t.ex. om och när polisanmälan bör göras. Behovet av stöd och krishjälp tas upp liksom behovet av behandlingsmetoder för unga förövare. Ett ständigt återkommande problem för främst socialtjänsten är hur man skall kunna hantera en situation där man anser att barnet och familjen har ett fortsatt behov av stöd, men familjen inte samtycker till ytterligare insatser. Ofta gäller detta i fall när åtal inte väcks eller brott inte kan styrkas. Ett annat problem som omnämns är "konjunkturerna" när det gäller frekvensen av anmälningar, vilka man uppfattar till stor del beror på medias bevakning.

Hinder i samarbetet

Alla länsstyrelser svarar att samarbetet mellan socialtjänsten och övriga myndigheter i stort sett fungerar bra. På följdfrågan, om och/eller när så inte är fallet, ge exempel på hinder och svårigheter i samarbetet, redovisas dock en hel del problem.

När det gäller samarbetet med polisen tas problemet med deras höga arbetsbelastning och långa utredningstider upp i tio olika svar. Ytterligare fyra nämner svårigheterna att samordna socialtjänstens och polisens utredning tidsmässigt, vilket är en följd av samma problematik. En annan vinkling på samma problem är kritiken från polisen att socialtjänsten informerar den misstänkte. Socialtjänsten ansvarar för att skydda barnet vilket kan innebära att man måste skilja barnet från den

misstänkte förövaren, som då måste underrättas om misstanken om brott. Problem som nämns är också att polisen i några fall utrett ärenden om misstänkta övergrepp mot barn, utan att anmäla till socialtjänsten. Omorganisationer inom polisen, som leder till att de som har den bästa lämpligheten och kompetensen att utreda dessa brott inte alltid får göra det, uppges vara en annan svårighet. Dessutom nämns att barnen blivit alltför ifrågasatta och att polisen inte godtagit anmälan från socialtjänsten, utan "återremitterat" ärendet till socialtjänsten.

Även beträffande samarbetet med åklagare är den höga arbetsbelastningen med långa handläggningstider en svårighet som nämns. Flera påpekar också att åklagarna är svåra att nå och att de inte vill delta i samråd, då de ser det som "ett slags förundersökning". Olika synsätt nämns som ett problem för socialtjänsten. Det kan t.ex. röra sig om att åklagaren ej vill väcka åtal på grund av för svaga bevis. Socialtjänsten har ibland begärt överprövning av sådana beslut. I två svar nämns att åklagare har avvaktat domar från länsrätt och kammarrätt angående LVU-vård innan åtal har väckts. Att blanda samman brottsprocessen i allmän domstol med processen i förvaltningsdomstol angående frågan om vård innebär allvarliga brister i rättssäkerheten.

I samarbetet med BUP nämns resursbrister och långa väntetider som problem. Dessutom betonas de olika synsätt som ibland råder inom BUP respektive socialtjänst.

BUP vill behandla hela familjen och socialtjänstens främsta uppgift är att skydda barnet. I ett län arbetar BUP med enbart krisstöd och långsiktig behandling för alla familjemedlemmar och deltar inte i utredning för att ta ställning till om barnet utsatts för brott eller inte.

När det gäller somatiska undersökningar och samarbetet med läkare nämns som problematiskt att det är svårt att få läkarundersökningar till stånd och att de aldrig görs med automatik. Vidare sägs att kunskapsnivån bland pediatriker växlar mycket. Arbetsbelastningen är därför hög på de mest erfarna. Barnläkarna anser också att de får alltför oklara uppdrag, och kan vara ovetande om huruvida de skall göra en undersökning för polisen, socialtjänsten eller för familjens och barnets behov. De långa väntetiderna nämns även här som ett problem. Rättsläkare behövs för att bedöma om barnet utsatts för brott. Ett ytterligare problem som nämns är att det saknas rättsläkare som är bra i kontakten med barn.

Exempel på svårigheter i samarbete med andra är att förövare i kris inte tas emot någonstans, att vuxenpsykiatrin borde vara mera fast organiserad i samrådsgrupperna. Vidare nämns problemen med de kompetenssvackor som blir fallet när olika tjänstemän byts ut. Därutöver betonas att det finns ett stort allmänt informationsbehov i frågor kring

misshandel och övergrepp mot barn, och att detta informationsbehov måste tillgodoses.

Barnmisshandel

Arbetar samrådsgrupperna även med misshandelsfrågor (andra än sexuella övergrepp)? Svaren från tio länsstyrelser var ja, fyra svarade nej och åtta svarade att det förekommer ibland, ofta med tillägget att det skulle behöva utvecklas mera.

Finns det särskilt behov av hjälp gällande misshandel (utöver sexuella övergrepp) av barn och ungdomar, var ytterligare en fråga som ställdes i enkäten. Svaren från länsstyrelserna visar att frågan har ny aktualitet. Misshandel blir allt vanligare. Det finns ett stort behov av att lära sig hur man skall möta föräldrar i frågor kring aga. Det ökande ungdomsvåldet tas upp i detta sammanhang och ett behov av att veta hur det ser ut och hur man kan hantera det. Gemensam utbildning för olika yrkeskategorier önskas både för att lära sig känna igen misshandel och för att förstå mekanismerna bakom. Vidare efterlyses utbildning i handläggning av ärendena samt resurser för behandling.

Den allmänna uppfattningen är dock att det är lättare för socialsekreterarna att handskas med misshandelsärenden än med de ärenden som rör sexuella övergrepp. De sexuella övergreppen är normalt inte synliga på samma sätt som den fysiska misshandeln och skapar därmed en större osäkerhet hos handläggaren.

Uppföljning/utvärdering

En annan fråga som ställdes till länsstyrelserna var om det finns någon modell för systematisk uppföljning/utvärdering av de lokala samrådsgruppernas arbete. Svaret från samtliga länsstyrelser var nej. Några svarade att diskussioner om detta pågår, att man planerat men ej fått tid till detta, att muntlig återkoppling sker vid träffar och att anteckningar och protokoll förs men att ingen uppföljning görs.

Elva länsstyrelser bifogade aktuella dokument/sammanställningar från samrådsgruppens arbete. Dessa har formen av handläggningsråd eller rutiner för samarbete mellan myndigheter i samband med övergrepp mot barn. Socialstyrelsens allmänna råd 1991:3 anges som bakgrundsmaterial i de flesta dokumenten. Däremot redovisades inga sammanställningar av samrådsgruppernas arbete i form av ärenderäkningar eller annan form av uppföljning.

Socialsekreterarnas behov av stöd i arbetet

Vi ville också veta vilken hjälp länsstyrelsen bedömer att socialsekreteraren behöver utöver det stöd som hon/han får inom ramen för samrådet.

När det gäller konsultationer finns starka önskemål från kommunerna att kunna vända sig till experter på behandling, som de som finns vid Vasa PBU i Stockholm, Rädda Barnens pojkmottagning eller liknande. Många kommuner, särskilt små, behöver konsult hjälp när arbetsledning saknas eller när den arbetsledare eller chef som finns saknar verksamhetskunskap. Behov som särskilt betonas är kompetens i utredningsmetodik och lagstiftning. Hjälpen behövs både för att få struktur i utredningsarbetet och för att kunna förstå processen i ärendet. Man menar bl.a. att det, på grund av att dessa ärenden är så komplexa och svåra och sällan förekommande, behövs mycket stöd. Lokala handlägningsrutiner fyller sin funktion, men är oftast inte tillräckliga.

Svårigheter för den enskilda kommunen att bygga upp en kompetens har också att göra med den personalomsättning som ofta förekommer bland de arbetsgrupper som ansvarar för hela barnvårdsarbetet, inklusive barnmisshandel och sexuella övergrepp. Arbetsledare får ägna mycket tid åt introduktion av ny personal och metodutvecklingen blir eftersatt.

I vissa fall får länsstyrelsens tjänstemän rollen som konsulter i övergreppsärenden. Problem som kan uppstå med detta blir svårigheterna att hantera rollen som tillsynsmyndighet om det t.ex. senare kommer en anmälan på socialtjänstens handläggning av samma ärende.

I fråga om handledning poängteras att behovet är stort. Att arbeta med utredningar i övergreppsärenden framkallar så starka känslor att det är svårt att hålla sig neutral. Hjälpt behövs för att förstå och bearbeta egna reaktioner. Arbetsledning med juridisk kompetens behöver kompletteras med handledare med psykologisk kompetens. Sannolikt är det nödvändigt att även handledaren har en specialkompetens på övergreppsproblematiken och kännedom om vilken lagstiftning de olika aktörerna har att följa.

Behovet av utbildning poängteras också starkt. Några länsstyrelser betonar vikten av att utbilda socialsekreterare med specialkompetens inom området. På grund av den ofta stora personalomsättning hos samtliga inblandade myndigheter är behovet ständigt återkommande. Ämnesområden som nämns är:

- utredningsmetodik, särskilt att utreda med fokus på barnet
- dokumentation
- sekretessfrågor

- kunskap om hur intyg skall utformas
- barns utveckling och sexuella beteende
- samtalsmetodik med barn, bedömning av mindre barns berättelser
- andra kulturers syn på övergrepp mot barn.

Enkäten tar också upp frågan om behov av konkret experthjälp utanför arbetsenheten (t.ex. socialsekreterare med särskild kompetens) i samband med utredning. Länsstyrelsernas svar på frågan är bl.a. att den kritik som finns mot utredningarna i dessa ärenden indikerar att det finns behov av experthjälp i detta avseende. Man menar att det skulle behövas möjligheter främst för de små kommunerna att låna in experthjälp med gedigen kompetens och bred erfarenhet av övergreppsärenden.

Krisstöd och behandling

På frågan om tillgång till och möjlighet att erbjuda lämplig behandling och/eller andra stödinsatser svarar länsstyrelserna att kommunerna ofta saknar hjälp med krisbearbetning för hela familjen. Man påpekar särskilt bristerna i dagsläget när det gäller att ge stöd till den misstänkte förövaren. Flera län betonar bristen på resurser och att BUP ofta har för långa väntetider både polikliniskt och för inläggningar för utredning och bedömning. Behandlingsmetoder för unga förövare samt särskilt stöd till pojkar som utsatts för övergrepp är andra behov som nämns.

Från ett län formuleras att förväntningarna på barnpsykiatri är stora i dessa ärenden. Man menar att många personer inom hälso- och sjukvården är vana att arbeta förebyggande, konsultativt, utredande och behandlande, men ovana att handskas med kriminella handlingar. Man menar också att "familjeprincipen" gör att barnpsykiatri ibland har ett system som inte är tillräckligt flexibelt. Barnpsykiatri har också en oro att "förstöra" andras utredningar om man går in i fel skeden i processen. Detta gör att man drar sig undan och inte ger den kriskontakt som många barn och familjer behöver. Dessutom förekommer olika bemötanden från olika team och handläggare/behandlare inom barnpsykiatri.

Ytterligare reflexioner

Under rubriken Ytterligare reflexioner eller synpunkter utifrån ovanstående frågeställningar, gavs länsstyrelserna möjlighet till fler kommentarer som kan vara aktuella. Svaren är i första hand en förstärkning av de olika utvecklingsbehov som formulerats ovan.

En återkommande kommentar handlar om hur krävande och påfrestande dessa ärenden är för handläggaren. Förutom att barn och anhöriga skall få rätt hjälp och insatser måste handläggningen skötas rättssäkert. Hela processen omges av ett mycket starkt kraftfält med känslor av alla olika slag. Alla som är inblandade blir berörda och socialtjänsten, eller den enskilde socialsekreteraren, utgör ofta centrum i denna process. Det är viktigt att lyfta fram betydelsen av kompetenta och erfarna socialsekreterare och att arbetet hålls på en sådan nivå att det är möjligt för dem att stanna kvar. Att hög arbetsbelastning och svåra ärenden i kombination med nytexaminerade och oerfarna socialsekreterare är förödande för utvecklingen av det sociala arbetet, betonas från länsstyrelserna.

I sammanhanget betonas vikten av att alla inblandade parter är klara främst över sina egna, men helst även andras ansvar och befogenheter. När myndigheterna arbetar nära varandra i samrådsgrupper bör man vara vaksam på att inte ta över varandras roller. Polisen skall utreda brottet och finna gärningsmannen, BUP skall utreda barnets psykiska status och behandlingsbehov och socialtjänsten skall utreda barnet och familjens situation, föräldrarnas omsorgsförmåga och fatta beslut om eventuella insatser. Om ett ärende remitteras från socialtjänsten till BUP för yttrande bör uppdraget vara specificerat och röra sakfrågor utanför socialtjänstens kompetensområde.

En annan del där det är viktigt att se och förstå de olika rollerna är när socialtjänsten måste fortsätta sitt arbete för att få kontakt med barnet och familjen även sedan förundersökning lagts ned utan att åtal väckts eller när rättegång avslutats med en frikännande dom, men oro för barnets situation kvarstår. Här måste socialtjänsten utveckla sina metoder för att arbeta vidare.

Av socialtjänstens dokumentation framgår sällan om det utsatta barnet fått det bättre i och med myndigheternas ingripande. Det beror både på begränsningar i utredningsförfarandet och brister i dokumentation och uppföljning. Länsstyrelserna betonar vikten av att följa upp och utveckla alla de olika aktörernas engagemang, att vidga seendet och få till stånd uppföljning och utvärdering.

En kommentar från flera av länsstyrelserna är att det är nödvändigt med särskilt utbildad, intresserad och kompetent personal som handlägger dessa frågor. Detta gäller för personal i samtliga inblandade verksamheter.

9.4.5 Problemfokusering: Analys av vissa delar av samarbetet

För att visa på svårighetsgraden av de problem som olika yrkesutövare stöter på i arbetet med barn och ungdomar som utsatts för, eller misstänks ha utsatts för misshandel och/eller sexuella övergrepp, gör vi nedan en kort analys av vissa delar av samarbetet som i enkätsvaren och i annat material framstår som särskilt betydelsefulla. Vi är medvetna om att analysen inte tar hänsyn till alla aspekter av problemen.

Samarbete socialtjänst och polis/åklagare

Av länsstyrelseenkäten framgår tydligt problemet med samarbete mellan socialtjänsten och polis/åklagare som beror på arbetsbelastningen och de långa utredningstiderna hos de rättsvärdande myndigheterna. Dessa ärenden blir ofta liggande för länge hos polis och åklagare. I vissa fall prioriteras de och utredningen påskyndas. Detta uppfattas dock i allt för hög grad vara beroende av den enskilde befattningshavarens engagemang i frågan.

Angående socialtjänstens utredningar finns tydliga krav formulerade. Utredningsskyldigheten förenas med vissa tidsfrister. Den skall bedrivas skyndsamt och, om inte särskilda skäl föreligger däremot, vara slutförd senast inom fyra månader. Stora olägenheter och hinder för det fortsatta rättsliga utredningsarbetet kan bli fallet när socialtjänsten måste skydda barnet och kanske hindra umgänge med den misstänkte förövaren (ofta en nära anhörig). Vad som kommer fram i polisutredningen är också viktigt som underlag för socialtjänstens fullföljande av sin utredning och åtgärdsförslag. Socialtjänstens ansvar finns kvar oavsett om åtal väcks eller ej.

Samarbete socialtjänst/barnpsykiatri

För socialtjänsten är det ibland svårt att få till stånd ett bra samarbete med BUP i dessa ärenden. Det beror delvis på barnpsykiatrins arbetsbelastning, men kan också bero på olika synsätt. Från någon av länsstyrelserna framkommer i enkäten att BUP alltmer inriktar sitt arbete på krisstöd och behandling till alla familjemedlemmar i fall av sexuella övergrepp inom familjen.

Socialtjänsten behöver ofta barnpsykiatrins hjälp i bedömningar när åtal inte väcks på grund av alltför vaga misstankar, men osäkerhet angående barnets behov av skydd och hur barnet mår kvarstår. Det man

då befarar är att BUP inte deltar i samma utsträckning som tidigare i utredningsarbetet. Barnpsykiatriskt utlåtande som kan behövas för att klarlägga barnets behov av vård och behandling får i stället begäras från ett annat BUP-team eller privata konsulter.

När det gäller att motivera till behandling har socialtjänsten ett ansvar. Kriminalvården har motsvarande ansvar för förövare som dömts till skyddstillsyn eller fängelse. Socialtjänsten och kriminalvården har oftast inte egna resurser för psykoterapi utan måste förlita sig på den psykiatriska vården först och främst. Ansvaret för att barn får sina behandlingsbehov tillgodosedda är särskilt stort. BUP har huvudansvaret för barnens behandling.

Socialtjänstens behov av specialhjälp

Samrådsgrupper, både länsövergripande och på lokal nivå, har ofta funnits i mer än tio år. De flesta av grupperna har också utarbetat handlägningsråd i överensstämmelse med Socialstyrelsens allmänna råd 1991:3 angående ärenden rörande sexuella övergrepp. Dock kvarstår kritik om brister i handläggningen.

Länsstyrelserna betonar starkt de svårigheter som socialsekreterarna har att hantera i övergreppsärenden. Brister i socialtjänstens utredningsarbete och osäkerhet om de olika instansernas olika roller nämns ofta. Lång yrkeserfarenhet och personlig mognad behövs för att utreda och behandla barn och familjer där misshandel och sexuella övergrepp förekommit eller misstänks ha förekommit. Man talar om de svårigheter som gör att personal inte orkar stanna kvar i yrket och utveckla kompetensen.

I enkätsvaren framkommer en rad behov som socialtjänsten har i arbetet med övergreppsärenden, utöver det stöd som eventuellt ges i samrådsgrupperna. Behov som redovisats i enkäten är möjligheter att kunna konsultera experter inom området, särskilt i små kommuner med begränsad erfarenhet och kompetens både hos arbetsledare och handläggande socialsekreterare. Behovet av handledare med specialkompetens inom området betonas också som komplement till den juridiska kunskapen. Utbildningsbehoven är ständigt återkommande både för socialtjänstens personal liksom för övriga inblandade parter. Hos många av de små kommunerna finns även behov av att kunna låna in experthjälp med gedigen kompetens och erfarenhet för att hantera övergreppsärenden på ett professionellt sätt.

Behov av psykologisk sakkunskap hos polis och jurister

Både poliser och jurister ställs många gånger inför komplicerade frågeställningar där psykologisk sakkunskap behövs. I många uppmärksammade rättegångar på senare år har bristen på objektiva resultat av aktuell forskning varit tydlig. Vid flera tillfällen har, i strid med Socialstyrelsens allmänna råd 1991:3, vittnespsykologer som saknar klinisk erfarenhet inom det område frågan berör anlåtats. Det innebär bristande rättssäkerhet.

Om den lokala BUP-mottagningen riktar in sitt arbete på stöd och behandling av hela familjen i kris, måste tillgång finnas till andra psykologer som kan ta uppdrag som behövs i rättsprocessen. Att från domstolen kunna kontakta ett nätverk av sakkunniga psykologer m.fl. vore då en positiv möjlighet (Sveriges Psykologförbund 1996).

Umgängesfrågan när föräldern är frikänd men oro och misstankar om övergrepp kvarstår

Vid intervjuer med olika personalgrupper som fördjupat sin kunskap i ärenden som rör sexuella övergrepp finns en fråga som alla tar upp som den mest komplicerade och svårlösta, och som också medför den största känslomässiga belastningen för alla inblandade. Det gäller en misstänkt förälders rätt till umgänge med sitt barn, efter en frikännande dom eller där brott ej blivit styrkt, men där den andra föräldern och kanske även olika personalgrupper tror att övergrepp förekommit.

Lagstiftningen är inriktad på barnets rätt till båda sina föräldrar. Den förälder som inte medverkar till att den andra partens umgänge kan verkställas kan dömas till vitesföreläggande samt riskera sämre utgångspunkter vid en eventuell senare vårdnadsprocess. Prövning i domstol och överklaganden i dessa ärenden kan pågå i många år, vilket är mycket belastande för barnet. Möjligen borde en särskild utredning granska föräldrabalken i denna del. På vilket sätt kan barnets ställning stärkas? Hur skall barnets behov av umgänge/barnets behov av att i vissa fall slippa umgänge med en förälder bäst tillgodoses? Hur kan barnet skyddas från långa rättsprocesser?

9.4.6 Kvalitet vid intervention

Att försöka belysa vad som är kvalitetsbärande egenskaper vid intervention är en inte helt lätt uppgift. Efter bearbetning av svaren från länsstyrelserna om hur samarbetet fungerar i dag och genomgång av en rad rapporter inom ämnesområdet börjar vissa egenskaper framträda.

Intervjuer med personal på specialenheterna Vasa PBU i Stockholm och BUP-Elefantens i Linköping samt samtal med andra yrkesverksamma inom området har kompletterat och förtydligat bilden.

Samarbete

All personal från olika myndigheter som deltar i samrådsgruppens arbete måste ha en genuin vilja för och insikt om behovet av samarbete. Alla måste också kunna sätta av tiden, delta på hela mötet m.m. Ingen sammanblandning av roller får ske utan alla måste klart ha integrerat sin yrkesroll och veta vilket ansvar och vilket mandat man själv har i sammanhanget.

I de fall då BUP medverkar i utredningen eller i behandlingen ger det oftast goda resultat att familjen, den ansvariga socialsekreteraren och BUP:s behandlare träffas gemensamt vid något eller några tillfällen.

Socialtjänstens yttersta ansvar

Socialtjänstens yttersta ansvar (3 § SoL) innebär ett ansvar för helheten och för detta behövs erfarenhet och kompetens inom socialtjänsten. Det är därför bl.a. viktigt att socialtjänsten ser det som sin uppgift att sammankalla samrådsgruppen och leda mötet mot målet att alla parter vet i vilken ordning de olika utredningsinsatserna skall ske, att beredskap finns för krisstöd för alla familjemedlemmar, att det första nödvändiga skyddet för barnet blir klarlagt, att läkarundersökning av barnet planeras.

Stöd till socialtjänstpersonalen måste omfatta utredningskompetens, juridisk kompetens och handledning i att förstå och hantera egna och andras reaktioner.

Rätt person – erfarenhet, mognad och intresse

Inom alla de olika yrkeskategorierna måste dessa ärenden hanteras av rätt personer. Alla kollegor och chefer bör veta att detta är oerhört krävande ärenden att hantera. Till exempel en polis som är ointresserad eller osäker signalerar detta till barnet i förhöret och barnet kommer inte att berätta.

Krisstöd och krisbearbetning till alla familjemedlemmar

Det är viktigt att beredskap finns att erbjuda krisstöd och krisbearbetning redan vid avslöjandet om ett misstänkt sexuellt övergrepp. När så är möjligt är det ofta positivt med en första kontakt med BUP-teamet redan i anslutning till polisanmälan. Om ingen hjälp till krisbearbetning ges finns större risk för motstånd mot och svårigheter att genomföra senare behandling.

Vetskap om att hjälp finns att få

För att på ett professionellt sätt kunna ta emot en anmälan och kunna förmedla trygghet måste man själv t.ex. som socialsekreterare ha kunskap om och tro också på samarbetsparternas kompetens. Både den som är anmälare och den som varit utsatt för övergreppet kommer ofta att vackla eller kanske vilja ta tillbaka allt av rädsla för konsekvenser av avslöjandet. Den som då tar emot anmälan måste redan i första mötet kunna stödja motivationen att gå vidare trots smärtan.

Insikt om och beredskap inför alla inblandade parters kris

Dessa ärenden väcker oerhört starka känslor. Den enskilde socialsekreteraren som skall skriva den sociala utredningen hamnar ofta mitt i ett kraftfält mellan olika människor i kris. Det kan vara den inblandade personalen på ett daghem som mår mycket dåligt. Det kan röra sig om att släktingar till den misstänkte förövaren vill förneka allt och riktar aggressivitet och hot mot socialsekreteraren. Behovet av stöd och handledning är stort.

Insikt om och ödmjukhet inför att alla ärenden är unika

Även med lång erfarenhet måste man vara öppen för nya lärdomar. Många paralleller finns mellan olika övergreppssituationer och inblandade människor, men ett ärende kan aldrig hanteras enbart utifrån givna rutiner. Bemötandet måste vara respektfullt, även i en obehaglig process.

Uppföljning och återkoppling

Till de kvalitetsbärande faktorerna vid intervention hör också återkoppling, ofta med stöd, till anmälaren samt till hela samrådsgruppen. För att de samlade erfarenheterna skall tas tillvara och möjliggöra utveckling av kvaliteten på samrådsgruppens arbete måste uppföljning ske av alla ärenden som varit aktuella. En sådan uppföljning skall gälla handläggningen och det principiella utfallet, och måste självklart ske inom ramarna för gällande sekretess.

9.4.7 Stöd och behandling efter utredning

Stöd och behandling vid sexuella övergrepp

När sexuella övergrepp avslöjas befinner sig barnet liksom resten av familjen i en kris. Krisen innebär stora möjligheter till förändring. Ofta är det positivt med en första kontakt med BUP-teamet redan i anslutning till polisanmälan. Redan under avslöjandekrisen bör terapeutisk behandling erbjudas.

Att barnet är skyddat från fortsatta övergrepp är en grundförutsättning för att behandling skall fungera som en hjälp för barnet. Vilken behandling som är den mest verkningsfulla och lämpliga varierar, som ovan nämnts, mellan olika fall av sexuella övergrepp. All behandling måste föregås av en bedömning av barnets resurser och svårigheter för att utifrån denna bedömning kunna välja den mest adekvata behandlingsformen för just det speciella barnet och hans/hennes familj. De symtom och svårigheter som kan uppstå varierar och det finns inget typiskt syndrom för sexuella övergrepp. Vissa symtom och beteendestörningar är dock mera vanliga. Det gäller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), sexualiserat beteende, aggressivitet, tillbakadragenhet, ångest och depression. – Efter ett enstaka övergrepp blir de akuta besvären vanligtvis oro, upphetsning, sömnsvårigheter, mardrömmar, speciella rädslor/fobier, skuldkänslor, nedstämdhet och hjälplöshet (Svedin 1997).

I psykoterapi med barn som utsatts för sexuellt övergrepp inom familjen handlar inledningsfasen i terapi oftast om det sexuella övergreppet och relationen till förövaren. Känslor av skam/skuld, äckel m.m. avseende övergreppet samt ambivalens, hat/kärlek m.m. i relation till förövaren uttrycks på olika sätt. Relativt snart övergår terapin i det som kan uppfattas som tyngdpunkten i barnets problematik, nämligen en "övergivenhetsproblematik", dvs. att barnet upplever sig som övergivet av båda sina föräldrar genom att det inte fått sina behov tillgodosedda. Det som sannolikt representerar det största och svåraste terapeutiska

kravet i arbetet med barn som utsatts för sexuella övergrepp är barnets tendens att ta på sig skuld för övergrepp han eller hon har blivit utsatt för. Inte ens en fällande dom, i de förhållandevis få fall det förekommer, innebär att ansvaret läggs över på förövaren. En långvarig terapeutisk bearbetning behövs ofta (Toverud 1996). Ett annat väsentligt problemområde är att barnet känner sig förstört av övergreppen. Alla som utsatts för sexuella övergrepp bör undersökas av en kunnig läkare, som kan göra något om det finns skador och annars lugna barnet med att inga skador uppstått. I terapin kan man behöva återkomma till detta och bekräfta att barnet är normalt (Citron 1992).

Behandling i grupp för dem som varit offer för sexuella övergrepp har givit goda resultat, visar internationella erfarenheter (Kjellgren 1994 a). Också i Sverige finns sådana gruppverksamheter, bl.a. vid Vasa PBU i Stockholm, projekt Julia i Skåne och Grupp Aurora i Västerås.

Unga förövare är en annan grupp, vars behov av behandling uppmärksammas alltmer på senare år. För utveckling av detta arbete har projektmedel beviljats från Socialstyrelsen. De institutioner som deltagit i detta utvecklingsprojekt är Vasa PBU, BUP-Elefanten, Rädda Barnens pojkmottagning och Socialförvaltningen i Kristianstad (Kjellgren 1994 b och 1997).

Stöd och behandling vid barnmisshandel

Som ovan nämnts har andelen barn och ungdomar som utsatts för misshandel ökat de senaste tjugo åren. Statistik som finns grundar sig på anmälningar som kommit till polisen. Faktum är dock att mörkertalet är stort och att även många av de anmälningar som kommer till landets socialförvaltningar aldrig blir polisanmälda. Detta har bl.a. framkommit i en uppföljning som gjorts av länsstyrelsen i Västmanlands län. Av länsstyrelseenkäten framgår ett behov av att vidareutveckla kompetensen när det gäller arbete med familjer där barnmisshandel förekommer.

Barnmisshandel kommer vanligtvis till myndigheternas kännedom genom att någon blivit vittne till misshandeln eller att barnet berättat eller visat symtom eller skador. Många av de anmälda fallen har redan en kontakt med sociala myndigheter.

Någon specifik behandlingsmodell för barnmisshandelsfall finns inte. Varje behandling måste börja med en bedömning av barnet, föräldrarna, familjemönster och resurser i familjens nätverk. Skyddet för barnet måste tillgodoses i första hand. De frågeställningar som måste utredas, ofta i samarbete mellan socialtjänst och barnpsykiatri, gäller

föräldrarnas förmåga att sätta barnets behov framför sina egna och om föräldrarna är beredda att ta emot hjälp för att arbeta med problematiken. Ofta är föräldrarnas bristande impuls kontroll kopplad till eget missbruk. Att då kunna bedöma hur väl barnets skydd kan tillgododas innebär svåra avgöranden för utredande socialsekreterare.

I vårt land förekommer inom socialtjänsten en rad verksamheter som riktar in sig på arbete att stödja föräldrar i deras roll som fostrare. Ofta gäller det föräldrarnas impuls kontroll och att låta barnets behov komma före de egna. Dagverksamheter, ofta kallade familjeförskolor, är en viktig resurs för att arbeta förebyggande mot barnmisshandel, men stora behov kvarstår både vad gäller utredning och behandling.

9.4.8 Nationellt och regionalt ansvar

Länsstyrelseenkäten har liksom olika projekt påvisat behovet av ett samlat ansvar för att ta tillvara erfarenheter och metodutveckling för arbete inom området misshandel och sexuella övergrepp på barn och ungdomar.

Socialstyrelsen har beviljat utvecklingsmedel till BUP-Elefanten i Linköping för ett treårigt projekt som också inneburit ett visst nationellt ansvar. Bland annat har ett nätverk för behandlare inom området sexuella övergrepp bildats med utgångspunkt därifrån. Likaså har man givit konsultationer framförallt inom regionen. För att följa forskning och på det sättet ansvara för kompetensutveckling fyller ett nationellt centrum en funktion framför allt utifrån barnpsykiatriens behov.

När man i stället talar om socialtjänstens behov av juridisk kompetens och stöd i utredningsarbetet, konsultationer, handledning samt eventuellt möjligheten att hyra in ett expertteam till den lilla kommunen är det inte tillräckligt med ett nationellt centrum. Det geografiska avståndet blir betydelsefullt när det gäller stöd i enskilda ärenden och här finns behov av regionala kompetenscentra.

Ett välutvecklat samarbete och trygghet inom yrkesrollen bland annat för den ansvariga socialsekreteraren, som representerar kommunens yttersta ansvar, hör till kärnan av kvalitetsbärande faktorer för en lyckad intervention. Då måste de redovisade bristerna som finns när det gäller utredningar och möjligheter att erbjuda behandling tas på allvar och ett samlat ansvar tas för att möjliggöra tillvaratagandet av erfarenheter och vidareutveckling av de olika yrkeskompetenserna.

9.4.9 Våra överväganden

Erfarenheter av arbetet med barn och ungdomar som utsatts för olika typer av övergrepp och den kunskap på området som finns på fältet borde, på ett bättre sätt än i dag, tas tillvara.

Många utbildningar har anordnats kring framför allt sexuella övergrepp mot barn, i något mindre omfattning kring övergrepp mot ungdomar och kring unga förövare. En hel del medel har avsatts till utvecklingsprojekt i landet under de senaste 5-10 åren. Bristen är att erfarenheterna från utbildningar och projekt inte samlats systematiskt och således inte heller, i den utsträckning som skulle kunna vara möjligt, använts i metodutveckling. Nödvändigheten av ett "system" där kunskaper och erfarenheter tas tillvara för metodutvecklingsarbete, har påtalats i många sammanhang under flera år. Kommitténs enkätundersökning liksom erfarenheter från olika projekt bekräftar också behovet av att hitta former för att samla och ta tillvara erfarenheter och kunskaper på området.

När det sedan gäller barnmisshandel nödgas vi konstatera att utvecklingen i princip stått stilla, i alla fall att döma av intresset på nationell nivå. Brottsstatistiken visar på en viss ökning av anmälningar om barnmisshandel samt en accelererande ökning av misshandel mellan barn (7-14 år). Barnkommittén föreslår i sitt slutbetänkande att Socialstyrelsen ges i uppdrag att noggrant följa utvecklingen när det gäller barnmisshandel och att lämna förslag till erforderliga åtgärder (SOU 1997:116).

En grupp särskilt utsatta barn är de som lever i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer. Vi har inte närmare utrett denna grupp men anser att det är angeläget att utveckla kunskap om hur man kan förebygga psykisk ohälsa hos barnen och hur man kan hjälpa dem.

Socialstyrelsen har tillsyn över socialtjänsten och hälso- och sjukvården i landet. Styrelsen skall följa och utveckla arbetet inom dessa områden. Detta innebär bl.a. ett nationellt ansvar att följa utvecklingen i landet för att kunna ge råd och anvisningar till kommuner och lands-ting. Vi stödjer Barnkommitténs förslag såtillvida att vi anser det viktigt att skapa möjligheter att med någon regelbundenhet ta fram statistik m.m. kring barn och ungdomar som utsätts för misshandel och/eller sexuella övergrepp. I dag saknas t.ex. kunskap om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kontakter med dessa problem. Det är viktigt att få en aktuell bild över situationen.

För den framtida utvecklingen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens samt polisens arbete med sexuella övergrepp och annan misshandel av barn och ungdomar och för att tillgodose utbildnings- och metodutvecklingsbehov samt behovet av handledning och konsul-

tation ute i kommuner och landsting, anser vi att utvecklingsarbetet behöver samordnas nationellt och/eller regionalt i resurscentra. Uppgifterna för resurscentra nationellt/regionalt skulle kunna vara:

- 1 Sammanställa/ackumulera kunskap
 - sammanställa kunskaper och erfarenheter från fältet
 - utvärdera och analysera resultat av utvecklingsprojekt
 - bevaka relevant forskning.
- 2 Föra ut kunskap på ett systematiskt, lättillgängligt och överskådligt sätt
 - ta fram utbildningsmaterial
 - anordna utbildningar och konferenser
 - tillhandahålla viss handledning och konsultation i svåra ärenden
 - eventuellt tillhandahålla expertteam som hjälp vid utredning.

Vi vill framhålla vikten av viss egen klinisk verksamhet inom ett resurscentrum för att behålla en förankring i det konkreta arbetet med utredning och behandling.

Nationell styrning

Vi anser att Socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet och det därmed kopplade ansvaret för utveckling och utvärdering inte räcker när det gäller metodutveckling och utbildning i arbetet med misshandel och sexuella övergrepp. Vi menar att det här behövs en specialisering där man har möjlighet att knyta nära kontakt med både fältverksamhet och forskning.

Vi föreslår, av skäl som närmare utvecklas nedan, att en utveckling av flera självständiga regionala centra i första hand bör uppmuntras och att nationellt ansvar för vissa frågor, preciserade i en nationell utvecklingsplan, läggs på olika regionala centra. Meningen är inte att bygga upp en stor särskild organisation för dessa frågor utan tvärtom, så långt det är möjligt, utgå ifrån redan befintliga strukturer och initiativ på fältet. Således skall t.ex. både de lokala samrådsgruppernas och länsövergripande samrådsgruppernas kunskaper och erfarenheter tas tillvara.

Vi föreslår vidare att utvärdering görs både av regionala centras arbete samt av Socialstyrelsens roll som "motor" i utvecklingen för att bedöma behovet av särskilt nationellt centrum för dessa frågor i framtiden.

Regionala centra kan ha nationella uppdrag

Socialstyrelsen har redan i dag möjlighet att initiera och i viss mån finansiera utvecklingsprojekt på fältet. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att initiera och finansiera projekt inom just detta område, med öronmärkta särskilda medel. Man skulle kunna tänka sig att i vissa frågor lägga ett nationellt ansvar i projektform på ett regionalt centrum. Ansvaret för det nationella nätverket för BUP-personal som drivs i BUP-Elefantens regi, är ett sådant exempel. Andra nationella uppdrag skulle kunna vara utbildningsfrågor, kunskapssammanställningar, fördelning av projektmedel, utvärderingar m.m. Ett nationellt utvecklingsprogram bör tas fram där utvecklingsbehoven preciseras. Socialstyrelsen har redan ett pågående arbete som syftar till ett "state of the art"-dokument gällande sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Det är viktigt att ett liknande arbete görs om barnmisshandel. Vi anser att Socialstyrelsen bör ansvara för att ett nationellt utvecklingsprogram tas fram för hela området misshandel och sexuella övergrepp mot barn. I princip kan man alltså tänka sig att begränsade nationella uppdrag, enligt det program Socialstyrelsen utarbetar, läggs hos olika regionala centra och att Socialstyrelsen ansvarar för fördelning av medel och bedömning av vilket centrum som kan vara lämpligt för olika nationella uppdrag.

Kunskapscentra – några initiativ med nationella ambitioner

BUP-Elefanten i Linköping har fått statliga medel för att utveckla sin verksamhet och för att, i viss mån, ta ett nationellt ansvar för metodutveckling och utbildning. BUP-Elefanten har ett forskningssamarbete med Institutionen för Tema/Barn i Linköping.

Ett nationellt nätverk för BUP-personal, som arbetar med barn och ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp eller annan misshandel, har bildats i BUP-Elefantens regi. BUP-Elefanten fungerar redan i dag som ett regionalt centrum och tar alltså i viss utsträckning nationellt ansvar enligt punkt ett och två ovan.

Ett nätverk med representanter från olika delar av Stockholms läns landsting har bildats för att starta en nationell grupp för forskning, metodutveckling, konsultation och kunskapsspridning inom området misshandel och sexuella övergrepp mot barn, samt eventuellt även barn som far illa i ett något vidare perspektiv (arbetsnamn: SÖ-gruppen).

SÖ-gruppen byggs upp inom "Enheten för social miljö och hälsa" vid Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM), vilket är ett fristående institut under Socialdepartementet. Gruppens mål anknyter väl till IPM:s övergripande mål enligt gällande regleringsbrev. IPM

erbjuder – med sina sex enheter, två WHO-centra och sina formella och personrelaterade anknytningar till Karolinska institutet – samspel med ett rikt nationellt och internationellt tvärvetenskapligt forsknings- och kunskapsnätverk. Projektet har beviljats stöd från Socialstyrelsen.

Regionala centra med olika inriktning – socialtjänstens medverkan

Både BUP-Elefanten och "paraplyorganisationen" i Stockholm har landstinget och hälso- och sjukvården som bas. I Linköping pågår förhandlingar mellan BUP-Elefanten och Linköpings kommun. En socialsekreterare finns stationerad vid BUP-Elefanten för att utveckla samarbetet mellan BUP-personal och socialtjänsten i utrednings- och behandlingsarbetet. BUP-Elefanten har också numera etablerad samarbetskontakt med nio kommuner i regionen.

I Stockholm finns vissa handlednings- och konsultinsatser från landstingets sida gentemot socialtjänsten. Dessa är inte organiserade utan bygger främst på personkontakter. En kurator och en psykolog vid S:t Görans sjukhus har i sina tjänster utrymme för konsultation och handledning inom hälso- och sjukvården och i viss mån mot socialtjänsten i ärenden om sexuella övergrepp. Liknande exempel på handledning och konsultation finns i andra delar av landet.

Det finns i dag inget kunskapscentrum för dessa frågor för socialtjänsten. Vi anser att det är viktigt att sådana skapas, vilket diskuteras närmare nedan.

Hur utveckla socialtjänstens arbete?

Socialtjänsten har ett yttersta ansvar som gäller från anmälan om att ett barn behöver skydd och genom alla olika faser och kriser i ärendet, inklusive ansvaret att motivera till behandling. Socialsekreterarens trygghet i yrkesrollen har identifierats som en kvalitetsbärande faktor vid interventioner i familjer där barn far illa, vilket understryker behovet av kompetensutveckling.

Ett utbyggt och organiserat samarbete mellan ovan beskrivna kunskapscentra och närliggande kommuner är önskvärt/nödvändigt för att utveckla både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete och för att utveckla samarbetet lokalt. Det är dock otillräckligt i den mening att det inte tillfredsställer socialtjänstens behov av regional och nationell kunskapsutveckling inom socialt arbete med svårt utsatta barn.

Av tradition förekommer mycket mer vetenskapligt arbete inom läkarkåren än inom socionomernas verksamheter. Erfarenhetsmässigt

förekommer också mer forskning och utvecklingsarbete om diagnostik och behandling än om utrednings- och motivationsarbete, som socialtjänsten i huvudsak ansvarar för. Om socialsekreterarnas kompetens bättre ska tillvaratas och vidareutvecklas fordras riktade resurser till metod- och kompetensutveckling för socialtjänsten. För att sådana medel skall ge bästa möjliga utdelning behöver sannolikt ett utbyte av erfarenheter och forskningsmetoder verksamheterna emellan komma till stånd.

Ett nätverk för socialtjänstens personal innebär ett mycket mera finmaskigt nät än vad som är nödvändigt på BUP-sidan eftersom varje enskild kommun i landet har sitt ansvar att handlägga ärenden som rör övergrepp på barn och ungdomar. Därför behövs regionala centra, där tyngdpunkten är verksamhet som tillgodoser socialtjänstens utvecklingsbehov och där socialtjänstens behov av handledning, konsultation och eventuellt "inhyrda expertteam" kan tillgodoses. Dessa kan bildas inom ramen för regionala FoU-centra eller med en eller flera kommuner som bas. Det torde vara berikande för utvecklingen i landet med regionala centra som har något olika inriktning, sammansättning av medarbetare och nätverk.

Oberoende av om ett regionalt centrum bedrivs i landstingets eller i kommunal regi, måste ambitionen vara att utveckla en tvärsektoriell kompetens. Det innebär att yrkesgrupperna barnpsykiater, psykolog och socionom bör finnas. Diskussion bör föras på vilket sätt polis och åklagare skall delta i utvecklingsarbetet.

Regionala FoU-centra och/eller kommunbaserade kunskapscentra

I diskussionen om tänkbara regionala centra har de forsknings- och utvecklingsenheter (FoU-enheter) som är under utveckling aktualiserats. Dessa FoU-enheter drivs ibland av landsting och kommun i samarbete. De flesta är dock kommunala.

Enligt den sammanställning som Gunnar Ternhag gjort för Socialstyrelsens räkning av kunskapscentra med socialtjänsten som inriktning, har de flesta centra en tydlig kommunal tillhörighet. Det är få kunskapscentra som har till uppdrag att verka utan hänsyn till gränsen mellan landsting och kommuner – eller som uttryckligen skall verka i gränslandet mellan t.ex. socialtjänst och primärvård (Ternhag 1997).

Nästan utan undantag verkar FoU-enheternas mål, enligt Ternhags sammanställning, vara direkt relaterade till socialtjänstens sektorer. Ingen organisation har sitt uppdrag formulerat efter andra principer, t.ex. efter specifika problem (som måste lösas), personalkategorier (som skall ägnas kompetenshöjande insatser), delar av kommuner, län

(som kräver stora resurser av socialtjänsten) eller verksamhetsidéer (som lyfter fram något inslag i FoU-arbetet) (Ternhag 1997).

Av de kunskapscentra som omfattar delar av socialtjänsten skall många arbeta inom individ- och familjeomsorgen. Kartan över landets kommunala kunskapscentra med inriktning mot socialtjänst förändras dock snabbt. Delvis beror det på fortsatt uppbyggnad av kunskapscentra, delvis på att vissa centra är kortlivade (Ternhag 1997).

Inom landstingen finns egna FoU-verksamheter som det är svårt att få överblick över. Det finns ingen aktuell landsomfattande beskrivning av innehållet i de olika FoU-enheternas arbete. Enligt en sammanställning från SPRI finns det år 1997 ca 90 FoU-enheter i landstingets regi i landet (Haglund 1997).

Det verkar finnas en rågång mellan kommunala FoU-enheter och landstingskommunala sådana. Detta trots att landstingen inte sällan är medfinansierare till FoU-centra med inriktning på socialtjänsten, framför allt gäller detta centra med län som bas.

Det krävs en viss omorientering för att FoU-centra, som de beskrivs ovan, skall kunna ta sig an kunskapsutveckling på området barnmiss-handel och sexuella övergrepp. Inget FoU-centrum har, såvitt vi vet, i dag sådan fördjupad inriktning. De FoU-enheter som finns i dag har heller ingen egen klinisk verksamhet. Frågan om i vilken omfattning egen klinisk verksamhet krävs för att behålla en förankring i det konkreta arbetet och för att ta hand om utbildnings-, handlednings- och konsultuppdrag behöver diskuteras.

En annan, möjligen mer framkomlig väg, är att en kommun antingen ensam eller i samarbete med andra kommuner erbjuds att ta sig an uppgiften för ett regionalt kunskapscentrum. Det finns kommuner som redan i dag investerar i utvecklingsarbete för målgruppen barn och ungdomar som misshandlats eller utsatts för sexuella övergrepp. Det är viktigt att ta tillvara sådana initiativ.

Vi anser sammantaget att utvecklingen av regionala kunskapscentra skall bygga på initiativ och intresse på fältet samt ta hänsyn till regionala behov. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen ges i uppdrag att undersöka möjligheterna att initiera och stödja ett antal regionala centra utgående ifrån socialtjänstens behov och som kompletterar de regionala BUP-anknutna centrens arbete. Vår rekommendation är att utbyggnaden görs etappvis så att ett begränsat antal centra först får växa fram och utvärderas.

I avsnitt 11.7 redovisas de ekonomiska konsekvenserna av vårt förslag.

9.5 Interkulturellt samarbete

Vår bedömning: Om utlandsfödda adoptivbarn har psykiska problem behöver dessa ofta förstås i ljuset av adoptionserfarenheten, vilket kräver specialkunskap om adoptionsproblematik. Om sådan kompetens saknas inom verksamheten, bör den tillföras genom konsultation och handledning.

Interkulturellt arbete bygger på ett ömsesidigt möte mellan två eller flera kulturer. Som professionell måste man vara kulturellt medveten och ha förmåga att möta andra förutsättningslöst, med intresse och respekt. För kvalitet i arbete krävs att personal har möjlighet att specialisera sig mot interkulturellt arbete. Utbildningsbehoven är stora, något som vi aktualiserar i kapitel 10, Kompetens och kvalitetsutveckling. Även behoven av utveckling av kulturanpassade arbetsmetoder är stora.

Invandrades kompetens är underutnyttjad och det finns potential för socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola m.fl. verksamheter att stärka sin kulturkompetens genom breddad rekrytering.

För att tillse att barn och ungdomar som far illa i flykting-/invandrarfamiljer får stöd och hjälp bör man inrätta samverkansgrupper på läns- eller annan regional nivå, för att svara för stöd i handläggning och stimulera kompetensutveckling.

Våra förslag: Huvudmännen anpassar resurstilldelningen så att enheter som har hög andel hjälpsökande med svårigheter att kommunicera på svenska får täckning för tolkkostnader, extra tidsåtgång samt för utveckling av tolksamarbetet.

Regeringen ger den nya integrationsmyndigheten i uppdrag att följa upp och samordna FoU-arbetet kring interkulturella erfarenheter och utveckling av kulturanpassade arbetsmetoder.

Barn och ungdomar med flyktingbakgrund har rätt till rehabilitering, i enlighet med Barnkonventionens artikel 39. Denna rätt bör säkerställas med utgångspunkt i följande ansvarsfördelning:

- Kommunen ansvarar för att i introduktionsfasen uppmärksamma behoven samt ge barnet/den unge särskilt stöd inom ramen för de kommunala verksamheterna.
- Landstinget ansvarar för att upprätta en rehabiliteringsplan (enligt 3 a § HSL) och för behandling enligt HSL.

Barn och ungdomar med invandrabakgrund är en av de grupper som vi enligt direktiven skall uppmärksamma särskilt. En femtedel av Sveriges barn och ungdomar har invandrabakgrund. För merparten av dem torde invandrabakgrunden utgöra en tillgång, men som grupp har de en

högre förekomst av psykiska och sociala problem än jämnåriga med enbart svensk bakgrund. Gruppen är mycket heterogen och vi anser det befogat att genomgående tala om två huvudgrupper med sinsemellan olika bakgrunder och behov – flyktingbarn respektive övriga barn och ungdomar med invandrabakgrund. För såväl flyktingbarnen som för andra barn med invandrabakgrund finns skäl att tala om stöd på olika nivåer; dels generella åtgärder som i första hand är hälsobefrämjande, dels riktade stöd- och vårdinsatser för dem som har särskilda behov.

I avsnitt 4.4 diskuteras generella åtgärder som kan befrämja hälsa för barn och ungdomar med invandrabakgrund. Flyktingbarnen har på grund av sin speciella situation behov av särskilda förebyggande insatser, och dessa ägnas särskild uppmärksamhet i våra överväganden i avsnitt 4.4. I föreliggande avsnitt behandlas riktade stöd- och vårdinsatser för barn och ungdomar med invandrabakgrund. Sådana insatser innebär ett möte med andra språk och kulturer. Vid sidan av en otillräcklig kulturkompetens, kommer ofta också generella metodbrister i dagen. Detta blir särskilt tydligt i socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatrins arbete. Vi låter därför det interkulturella mötet bilda utgångspunkt för vår analys av stöd- och vårdinsatser för barn och ungdomar med invandrabakgrund. Inledningsvis fokuserar vi dock en grupp barn och ungdomar med en speciell invandrabakgrund, nämligen de barn som invandrat genom adoption.

9.5.1 Utlandsfödda adoptivbarn

Adoptivbarnen utgör en särskild grupp. Enligt NIA:s statistik från år 1997 var 20 000, eller 17%, av de utrikes födda barnen adopterade. Bland utlandsfödda barn i förskoleålder var mer än en tredjedel adoptivbarn (Invandrarverket 1997 b).

Adoptivbarnen lever i förhållandevis stabila familjer. Separationer är mindre vanliga i adoptivbarnens familjer än i familjer med svenskfödda barn. Trots att jämförelsevis få adoptivföräldrar skiljer sig, levde en fjärdedel av de 17-åriga utländska adoptivbarn som fanns i Sverige år 1990 inte längre med båda sina adoptivföräldrar. Motsvarande siffra för 17-åringar födda i Sverige är dock högre (32 %) och bland utlandsfödda barn som inte är adoptivbarn bor mindre än hälften med båda sina föräldrar (Invandrarverket 1997 b).

Ovanstående statistisk tyder på att den genomsnittliga adoptivfamiljen är stabil. Som grupp är dock adoptivbarnen överrepresenterade bland dem som får stöd och hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Det finns således tecken som tyder på att ohälsan är

högre bland adoptivbarn. Det kan också vara så att adoptivföräldrar är mer benägna att söka hjälp för sitt barns svårigheter.

Orsakerna till psykisk ohälsa är sammansatta, men en adoption innebär alltid att barnet upplevt en tidig separation och att den egna identiteten blir mer komplicerad. Det är därför betydelsefullt att vara uppmärksam på effekten av tidiga separationer, exposition för hälsorisker under fosterstadiet och i nyföddhetsperioden, upplevelsen av att vara avvisad och utvald och svårigheter med identitetssökandet i tonåren.

Stöd till adoptivbarn – stöd i föräldraskapet

Adoptionsfamiljen är en familj som andra, men har ändå speciella erfarenheter och önskar ofta stöd från någon som är insatt i de speciella frågeställningar man som adoptivfamilj möter. Det förebyggande arbetet och inte minst föräldrastödet är här viktigt. Adoptionsorganisationerna ordnar utbildning och rådgivning för blivande eller nyblivna adoptivföräldrar genom studiecirklar, som ofta drivs i samarbete med studieförbund. Studiecirklar som förbereder föräldrar inför en adoption är mycket välbesökta och omkring 90 % av dem som adopterar för första gången deltar. Familjeföreningen för Internationell Adoption (FFIA) har utvecklat en modell för distansutbildning av blivande adoptivföräldrar som används av många som bor i glesbygd där det är svårt att ordna föräldragrupper (SOU 1997:161). Som en följd av att Sverige tillträtt Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner gäller för övrigt sedan den 1 juli 1997 en ny bestämmelse som innebär att socialnämnden skall kontrollera att de tilltänkta adoptivföräldrarna har tillfredsställande kunskaper om barn och deras behov och har blivit informerade om den planerade adoptionens innebörd (25 § socialtjänstlagen).

På olika håll i landet finns samarbetsgrupper för adoptivbarn och deras familjer, exempelvis i Halland, Värmland och Uddevalla. En samarbetsgrupp kan, som i exemplet Karlstad, bestå av folk från barnhälsovården, logopedmottagningen, BUP, kommunens barnomsorg, individ- och familjeomsorgen och förskolan. Gruppen utgör en idé- och kunskapsbank, som arbetar för att ge ett bättre generellt stöd till adoptivbarnen i kommunen (NIA informerar, 1/1997).

Mottagningar för adoptionsrådgivning

I Stockholm och Göteborg finns speciella adoptionsrådgivningar. I Stockholm är det en privat mottagning, som bildats år 1988 av några personer med långvarig anställning inom socialtjänst, landsting eller en adoptionsorganisation. Man arbetar med konsultation/handledning, rådgivning, utbildning och psykoterapi, och riktar sig till enskilda adopterade och deras föräldrar likaväl som till socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, skola och barnomsorg. De problem som man ofta ser hos de adoptivbarn som man har direkt eller indirekt kontakt med är:

- separationsproblem, som visar sig i klängighet, svårighet vid skolbyte och kamratförändringar, kris vid brytning med pojk- eller flickvän, mycket starka reaktioner vid skilsmässa, dödsfall.
- anknytningsproblem
- utvecklingsavvikelser
- språkproblem.

De som har tagit kontakt med Adoptivrådgivningen är ofta mammorna, de adopterade själva, socialsekreterare eller barn- och ungdomspsykiatrin när man där inte anser sig ha tillräcklig kunskap om den speciella adoptionsproblematiken (Informationsskrift Adoptionsrådgivningen, Psykologtidningen 18/1996, NIA informerar 1/1997).

Adoptionsrådgivningen i Göteborg ingår i den reguljära verksamheten för Psykologenheten på Hisingen, och består av två psykologer. Under två års tid har man även haft särskilda projektmedel från Socialstyrelsen för att utveckla arbetet med adoptivfamiljer. Man arbetar alltså under andra förutsättningar än adoptionsrådgivningen i Stockholm och kan erbjuda kostnadsfri hjälp (Psykologtidningen 18/1996).

Behov av specialkompetens

De problem som man möter inom adoptionsrådgivningarna handlar i mycket om att de tidiga erfarenheterna gjort att "vanliga" utvecklingsproblem blivit mer låsta och fått en särskild karaktär. Erfarenheter från § 12-hemmet Folåsa visar på liknande sätt att de adopterade ungdomarna inte har riktigt samma problem som andra ungdomar som får vård vid behandlingshemmet. Adoptivbarnen inom tvångsvården rapporteras ha uttalat svårt att knyta an till mer än en person och de är extremt känsliga för svek.

Det är en samstämmig uppfattning att det krävs specialiserad barn- och ungdomspsykologisk kompetens för att rätt förstå adoptivbarns behov och psykiska problem och för att kunna ge rätt sorts stöd och hjälp.

9.5.2 Specifika stöd- och behandlingsinsatser för barn och ungdomar med invandrarbakgrund

Det är väsentligt att få klarhet i vilken särskild kompetens som behövs inom BUP/PBU och inom socialtjänsten för att ge adekvat stöd och vård till barn och ungdomar med flykting- eller annan invandrarbakgrund. Av verksamheterna krävs en förmåga att möta och samverka med andra kulturer och språk. Då dessa frågor diskuteras används ibland termen transkulturellt, andra gånger interkulturellt behandlingsarbete. Vi väljer här termen interkulturellt arbete, eftersom den på ett tydligt sätt anger att det är frågan om ett ömsesidigt möte mellan två kulturer. Ett interkulturellt arbetssätt är särskilt oundgängligt då barnet och familjen vistats kort tid i landet, eller om man levt isolerad från det svenska majoritetssamhället.

Vilka kunskaper behövs då inom BUP och socialtjänstens IFO för att arbeta interkulturellt med barn, ungdomar och familjer? För att få frågan belyst har vi vänt oss till ett antal nyckelpersoner som varit långvarigt verksamma inom BUP respektive socialtjänstens IFO i boende- och upptagningsområden med flerkulturell befolkningssammansättning. De verksamheter som dessa nyckelpersoner arbetar inom har alla arbetat aktivt med att utveckla nya arbetsformer.

9.5.3 Kartläggningen

Vi har vänt oss till ett 15-tal personer, representerande lika många verksamheter, med följande fråga: Vilka kunskaper behövs inom BUP och socialtjänstens IFO för att arbeta interkulturellt med barn, ungdomar och familjer?

Huvudfrågan omformulerades till ett antal delfrågeställningar:

- Vilka frågor bör man som professionell ställa sig för att skapa goda förutsättningar för ett möte?
- På vilket sätt behövs specifik språk- och kulturkompetens inom organisationen?
- Vilka kunskaper och erfarenheter behöver man ha om migration, om trauma?

- Hur kan man samverka mellan socialtjänst och BUP/PBU i interkulturellt behandlingsarbete?

Vi har mött ett stort och engagerat gensvar från dem vi tillfrågat och erhållit skriftliga dokument från 13 instanser. Några har låtit frågorna gå vidare till en större krets medarbetare och de svar vi fått ta del av har då varit resultatet av en fördjupad diskussion inom verksamheten. Närmast följer en redovisning av vad svaren sammantaget har att säga. Vi har i denna avstått från att belasta texten med direkta och återkommande hänvisningar till våra svarande.

9.5.4 Vilka frågor bör man som professionell ställa sig för att skapa goda förutsättningar för ett möte?

Det interkulturella arbetssättet innebär att inte ensidigt betrakta "den andres" kultur. I lika hög grad granskas våra egna kulturella förutsättningar och hur de kommer till uttryck i våra strukturer och i mötet. "Vi ska lära oss om oss" måste vara ledstjärnan och är viktigare än att "lära om dom". Man behöver bearbeta till vilken grad man själv är fången av etnocentriska föreställningar i fråga om företeelser som socialt kön, religion, ritualer, mat, kläder m.m.

Som behandlare är det alltså viktigt att öka sitt eget kulturmedvetande utan att för den skull hamna i extrem kulturell relativism. Det kulturella arvet, vars viktigaste beståndsdel är barnuppfostran, skall respekteras men bara inom ramen för majoritetssamhällets lagstadgade värderingar. I kulturmötet krävs således både tydlighet och lyhördhet.

I det interkulturella mötet måste den professionelle ha en förmåga och vilja att skapa dialog, vilket förutsätter en grundläggande respekt, lyhördhet och nyfikenhet. Viktigare än de specifika kunskaperna om den andres kultur och bakgrund är att möta honom eller henne förutsetningslöst med intresse och engagemang. Centralt är att lyssna till och förstå vad besökaren själv vill uppnå med mötet. Detta är samfälliga synpunkter från våra svarande.

Det är viktigt att informera sig om de traditionella lösningarna från respektive land för att inte hamna i en situation där en insats i själva verket blir en belastning för individen och familjen. Det kan bli fallet om den svenska åtgärden strider mot familjens kulturella mönster och värderingar. Den främste informanten är den hjälpsökande själv. Man behöver nå den grad av kännedom om klientens kultur som krävs för att man skall ha en sensitivitet inför det kulturspecifika. Kommunikationens mål är att förstå inte bara de uttryckta behoven utan också vilka

resurser individen och familjen har och hur de kan användas i den nya livssituation man hamnat i när man kommit till Sverige. Inte minst viktigt är att bejaka föräldrakompetensen.

Flera svarande påpekar också att man måste vara medveten om strukturella problem som kan vara för handen, inte minst för flyktingfamiljer, exempelvis långa handläggningstider och dålig samordning mellan Invandrarverket, kommun och landsting. Sådana faktorer kan i hög grad påverka inte bara barnets och familjens situation, utan också förutsättningarna för det enskilda mötet. De strukturella faktorerna har betydelse för den hjälpsökandes förväntningar och inställning till myndigheter, om man känner sig välkommen eller misstänkliggjord. De påverkar det enskilda mötet och självklart också den professionelles roll och möjligheter att agera.

Existentiella frågor

Mötet med människor som migrerat från andra kulturer ställer oss inför centrala livsfrågor, i synnerhet om flytten varit ofrivillig och traumatisk. Att själv ha vidgått de existentiella frågorna kan vara en förutsättning för att våga möta den andre. Man måste vara beredd att hantera en människas berättelse om genomgångna traumatiska situationer, som kränkningar, förföljelse, övergrepp och tortyr. Samtidigt är det viktigt att ha respekt för de egna begränsningarna, och att man ibland faktiskt brister i förståelse. Som i allt människovårdande arbete måste man också vara uppmärksam på risken att överidentifiera sig med den andres svårigheter. Vid sidan av kulturhandledning kan därför sedvanlig metodikhandledning behövas.

Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter bör finnas i förgrunden i det interkulturella mötet, påpekar exempelvis Rädda Barnen och Invandrenheten vid Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM). Man bör som professionell ta ansvar för att mötet och dialogen sker med barnets bästa för ögonen.

Att vara flexibel

Flertalet svarande understryker att man behöver vara flexibel i sitt arbetssätt då man möter barn och familjer med flykting-/invandrabakgrund. Inledningsvis kan man behöva vara särskilt tydlig, förklarande och aktiv för att familjen skall kunna orientera sig i mötet. I den fortsatta kontakten måste man ofta byta fokus mellan familj, föräldrar och den enskilda familjemedlemmen. Man kan oförutsett behöva skifta från exempelvis ett systemiskt till ett pedagogiskt arbetssätt. Ofta är det viktigt att samma professionella person kan stå för kontakten i sin helhet, exempelvis för både socialt stöd och behandlingsinsatser.

Såväl från socialtjänsten som barn- och ungdomspsykiatrin påpekar man att man i det interkulturella mötet måste våga släppa taget om de invanda arbetssätten. Flera påpekar att man måste våga visa upp sig som person på ett tydligare sätt än i andra möten med klienter.

9.5.5 På vilket sätt behövs specifik språk- och kulturkompetens inom organisationen?

Svaren på denna och föregående fråga hänger samman med varandra, såtillvida att de svarande understryker att det allmänna förhållnings sättet är lika väsentligt som den specifika språk- och kulturkompetensen. Rent praktiskt är det en omöjlighet att inom den egna arbetsgruppen ha tillgång till all den specifika kompetens som man potentiellt behöver. Det finns däremot ett stort värde i att ha flera språk och kulturer representerade i arbetsgruppen, eftersom det breddar den kulturella förståelsen, ökar kultursensitiviteten och motverkar ett alltför snävt, svenskt synsätt. Man utvecklar en självklar medvetenhet om att olika kulturer har olika syn på normalitet och förväntat beteende.

Den specifika kulturkompetensen tillgodoses i första hand genom öppenhet i mötet och genom att använda den hjälpsökande som informant. Man kan behöva komplettera med information som man får via litteratur, konsultation, handledning och fortbildning. För den allmänna beredskapen kan man se till att man inom verksamheten har kontakt med invandrarföreningar och andra "bollplank". Individ- och familjeomsorgen i stadsdelen Rosengård i Malmö rekommenderar att man aktivt söker kontakt i olika befolkningsgrupper. Ett intressant komplement i arbetsgruppen kan utgöras av "bicultural co-workers", det vill säga individer med specifik kulturkompetens som fungerar som medarbetare till den vanliga behandlingspersonalen (Institutet för Psykoterapi och Interkulturell Kommunikation).

Det är fortfarande inte helt ovanligt med psykiatriska mottagningar som tar emot invandrare som klienter men med enbart svenska behandlare. Den blandade arbetsgruppen är dock nödvändig, anser man överlag. Däremot varnar våra svarande för att låta de icke-svenska medarbetarna bli "invandrarspecialister", dvs. arbeta nästan enbart med kliner med invandrarbakgrund. Det finns då en risk att behandlare med invandrarbakgrund marginaliseras i arbetsgruppen, i likhet med de hjälpsökande invandrare som de möter. Dessutom förekommer det inte så sällan att den hjälpsökande från en annan kultur hellre vill träffa en "icke-landsman" och i stället ha tolk vid behov, påpekar man från Rinkeby stadsdelsförvaltning. Skälen till detta kan växla, men kan handla om att inte vilja bli "utlämnad" inför en landsman. Bäst utnyttjas de icke-svenska medarbetarna om de deltar i arbetet i sin helhet och då deras speciella kunskaper och erfarenheter används för att utveckla hela arbetsgruppens kulturmedvetande och interkulturella kompetens.

Några svarande påpekar att etnicitet inte är den enda kulturella variabeln att beakta. Klasstillhörighet, utbildning och genus är många gånger lika väsentliga. De kulturella barriärerna inom en nation kan vara mera svårforcerade än språk- och nationsgränser. En akademiskt utbildad medelklass är i de flesta fall relativt kosmopolitisk, och finner inte sällan större gemenskap med motsvarande befolkningsgrupper i andra länder än med landsmän som lever i traditionella samhällen. Detta är för övrigt något att hålla i minnet också i mötet med svenska barn och familjer, påpekar någon svarande. Professionella inom såväl socialtjänst som barn- och ungdomspsykiatri möter inte sällan svenska barn och familjer som har andra samhällsliga och kulturella erfarenheter än de själva.

Brister i utbildningarna

Ett flertal svarande påpekar att invandrarkunskap och interkulturell kommunikation lyser nära nog med sin frånvaro inom de högskoleutbildningar som leder till yrken inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Detta innebär att blivande socionomer, psykologer, läkare m.fl. kan antas vara tämligen oförberedda inför en stor andel av de professionella möten som väntar dem. I vissa verksamheter och geografiska områden har majoriteten av de hjälpsökande en icke-svensk bakgrund, och för en stor andel av dem kan kulturkompetent personal antas vara förutsättningen för att de skall få adekvat stöd.

Invandrares kompetens underutnyttjad

Välutbildade flyktingar och andra invandrare hamnar i endast liten grad på tjänster där deras fulla kompetens tas i anspråk. Värderingen av utländska meriter är överlag inte särskilt generös, och Socialstyrelsen håller en restriktiv linje då det gäller ansökningar om legitimation på basis av utländska examina. Det finns många tvåspråkiga och dubbelkulturella behandlare med goda kvalifikationer och erfarenheter men med svårigheter att få anställning inom sitt yrke. – Detta påpekar ett par svarande, och menar att det finns potential för socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola m.fl. att stärka sin kulturkompetens genom en breddad rekrytering.

Användning av tolk

Flertalet svarande nämner tolkning som ett oundgängligt inslag i arbetet med hjälpsökande barn och familjer. Tolk är en viktig förutsättning för att kunna möta familjer och barn som inte behärskar svenska, och något som myndigheten i sådana fall "bör" anlita (enligt 8 § förvaltningslagen). Att vara tolk är ett krävande uppdrag, där fullgod tvåspråkighet bara är en grundläggande förutsättning. Tolken måste klara av att översätta, utan att sammanfatta och omtolka utsagan. Detta innebär att man förmår att förhålla sig neutral, ofta i relation till samtal och berättelser som kan vara starkt gripande och upprörande. För att klara sitt uppdrag behöver tolken arbeta utifrån tydliga överenskommelser.

Att arbeta med tolk innebär speciella villkor för det psykiatriska eller psykoterapeutiska samtalet. Det är viktigt att gripa sig an denna utmaning och inte negligera eller undvika tolkbehovet för att det är besvärligt. Det uppstår en slags triad mellan behandlare, tolk och familj, och det är behandlarens ansvar att se till att kommunikationen fungerar smidigt för att den terapeutiska processen skall bli gynnsam. Både familj och behandlare måste ha förtroende för den tolk som man samarbetar med.

Behovet av tolk underskattas ofta, inte minst då det gäller barn. I utredning och behandling av barn använder man sig alltid mycket av icke-språklig kommunikation, det vill säga barnets uttryck i exempelvis lek och bildskapande. Likväl är språket viktigt även för barn, som alltså på samma sätt som vuxna kan vara betjänta av tolkhjälp. Tolken måste då specialinvisas i barntolkning, vilket enligt erfarenheter från BUP i Umeå innebär att undvika "jag-form" – som kan förvirra barnet – och i övrigt tolka ordagrannat utan att "hjälpa" barnet.

Inom psykiatrin finns det ett motstånd mot tolkanvändning, som dels beror på kostnaderna men även på tolkanvändarna. Då man frågar familjen "Behöver ni tolk?" kan det ligga nära till hands för familjen att tacka nej. Man vill inte framstå som krävande och beroende, även om man i själva verket har mycket svårt med svenskan. Det är alltså viktigt att erbjuda tolk på ett positivt sätt. Hälso- och sjukvårdsenheter med hög andel patienter med invandrar-/flyktningbakgrund bör tilldelas extra resurser för tolkkostnader och större tidsåtgång, föreslår Centrum för barn- och ungdomshälsa.

Praktisk träning i att arbeta med tolk

Utredande och behandlande personal inom såväl socialtjänsten som barn- och ungdomspsykiatrin behöver få lära sig att arbeta tillsammans med tolk, framhåller man från bl.a. socialtjänsten i Angered och BUP i Umeå. Man behöver få tillfälle till praktisk träning och kunskap om vad man har rätt att ställa för krav på en tolk – och vad man inte har rätt att kräva. Det kan också vara bra att få tillfälle att diskutera och träna sig i att formulera ett tolkontrakt. Tolken är en medarbetare som bör bemötas som en jämställd specialist, erbjudas ett eget rum att vänta i och välkomnas i personalrummet. Det är viktigt att tolken på detta sätt får stöd i en professionell hållning, också i förhållande till klienten. Då det låter sig göras måste tolken förberedas inför svåra budskap i det förestående samtalet, t.ex. avslag på asylbegäran eller inträffade sexuella övergrepp. Tolken kan också behöva få möjlighet till "debriefing" och, mera långsiktigt, fortbildning i de frågor han eller hon möter i sina uppdrag.

Stora behov av metodutveckling

De metoder för utredning och behandling som man normalt använder sig av inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri kan inte nödvändigtvis tillämpas interkulturellt. Kulturell medvetenhet innebär bland annat att man är ständigt uppmärksam på det kulturspecifika i de egna förväntningarna och metoderna. De sistnämnda behöver ofta modifieras till sitt innehåll och sina tolkningsramar.

Då det gäller barnpsykologisk diagnostik har problemet uppmärksamats en hel del på sistone, exempelvis inom Föreningen för Invandrarpsykologer som bildat ett nätverk för erfarenhetsutbyte och utvecklingsarbete.

Behovet av metodutveckling kan knappast överskattas. Vid exempelvis utvecklingsbedömningar står barnpsykologen inför en minst sagt svår uppgift med bristfälligt anpassade metoder i sin hand. En synbar utvecklingsförsening kan ha sin grund i understimulans i miljön, posttraumatisk stress, depression, hjärnskada, neurologisk omognad, primär utvecklingsstörning m.fl. Det krävs särskild kompetens för att göra den här sortens utvecklingsbedömningar även av svenska barn. Då frågeställningen rör ett barn från en annan språk- och kulturkrets och då detta barn till yttermera visso relativt nyligen kommit till Sverige, blir uppgiften extra vanskelig. Eventuella språksvårigheter och kulturella förhållningssätt som uppmuntrar barnets beroende gör det ytterligare problematiskt att bedöma barnets utvecklingsnivå. För att stödja barnet och familjen på rätt sätt, och för optimal resursanvändning, kan det likväl vara angeläget att göra en utvecklingsbedömning.

Flertalet av våra svarande tar uttryckligen upp behovet av metodutvecklingsprojekt. Rinkeby stadsdelsförvaltning varnar dock för att permanenta projekt som riktar sig enbart till en viss kulturgrupp, eftersom det kan bidra till att gruppen sluter sig mot omvärlden och förstärker skillnaderna i stället för att betona likheterna. Invandrarenheten vid Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM) är kritisk till den starka sektorisering och fragmentering som man tycker präglar dagens projektsatsningar. Stöd behövs till metodutveckling inom de praktiska verksamheterna, där personalen får formulera frågeställningarna och ges tillfälle att samarbeta med externa forskare. Det bör ingå i den nya integrationsmyndighetens uppdrag att följa upp och samordna FoU-arbetet inom det mångkulturella området, anser man från IPM, som också efterlyser metoder för att synliggöra de goda exemplen (se också Lika möjligheter SOU 1997:82, dir. 1997:117, prop. 1997/98:16).

9.5.6 Vilka kunskaper och erfarenheter behöver man ha om migration, om trauma?

Migration och trauma utgör de två huvudsakliga problemområdena i arbetet med flyktingar och deras familjer, påpekar våra svarande. Man är således överens om att kunskaper härom är helt oundgängliga i mötet med flyktingar. Några påpekar att det är graden av traumatisering, snarare än invandrarskapet, som är avgörande för hjälpbehovens omfattning och karaktär. Flera nämner att det är en tillgång att ha professionella medarbetare som själva är flyktingar/invandrare eller tillhör andra generationen, eftersom de tillför en djupgående kännedom om vad flykting-/invandrarskap innebär för forandet av identiteten.

Det finns en omfattande speciallitteratur om migration, trauma och flyktingskap. Litteraturen täcker ett brett spektrum, från teoretiska förklaringsmodeller till diagnostik och behandlingsmetoder. Det kan vara svårt att specificera vilka kunskaper som behövs då området är så omfattande, och nedan ges endast en skiss över centrala kunskapsområden. Listan utgör en mycket komprimerad sammanställning av initierade synpunkter från framförallt FlyktingCenter, BUP Umeå, IPM, individ- och familjeomsorgen i Rosengård, Rinkeby respektive Lidköping samt Centrum för barns och ungdomars hälsa.

Migration:

Flyktingkrisen. Förlust av den utvidgade familjen och övrigt nätverk, förlust av sammanhang och mening. Krisreaktioner och identitetspåverkan. Separationers betydelse i olika kulturer.

Familjedynamiska förändringar vid migration. Förändrade roller i familjen. Kvinnans roll som vårdare/fostrare av barnen stärks medan mannens roll reduceras, balansen mellan makarna förändras. Barnen lär sig språket och får en annan typ av förankring i det svenska samhället än föräldrarna.

Kulturchock och kulturkrock. Exiltillvaron och eventuella drömmar om att återvända. Barnen/ungdomarna och föräldrarna lever i skilda världar, "assymetrisk ackulturation". Risk för rotlöshet, främlingskap, social underordning och rasism.

Trauma:

Post-traumatiska symtombilder hos barn i olika åldrar; mardömmar, "flashbacks" och andra återupplevelser, undvikande, nedstämdhet, lustlöshet, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, aggressionsutbrott m.m. Psykosomatiska symtom. – Barns utsatthet för våld, svårigheter i sorgprocessen.

Posttraumatisk familjedynamik. "Tystnadens strategi", akuta krisreaktioner.

Behandlingsmetoder för traumatiserade barn respektive traumatiserade familjer. Traumafokuserad korttidsbehandling. Att få berätta sin historia (se nedan).

Det är viktigt att skilja på migrations- eller flyktingkrisen och den familjekris som har sitt ursprung i t.ex. trauma eller psykiska störningar.

Att få berätta sin historia

Alla som har migrerat under mer eller mindre uppslitande omständigheter har en personlig historia som kan kräva att få bli berättad. Att förneka och tiga om det onda som hänt är ett vanligt förhållningssätt, påpekar man bland annat från Flyktingmottagningen i Lidköping. Ofta skyddar barn och föräldrar ömsesidigt varandra från påminnelser om det smärtsamma. I den akuta krissituationen, under dramatiska skeenden som man ändå inte har möjlighet påverka, kan förnekande vara en rimlig anpassningsstrategi. Forskning visar att stressymtom efter krigsupplevelserna då kan vara mindre än om man hela tiden fokuserat på de onda händelserna (ref. FlyktingCenter i Karlstad). Det som är adaptivt i det akuta skedet riskerar bli skadligt på sikt. De vuxna vill inte återuppleva det smärtsamma, som kanske också är förenat med sorg och saknad över det man tvingats lämna. De kan också hysa en förhoppning om att barnen inte skall ha tagit intryck och att de i själva verket skyddar dem genom att inte tala om det som hänt. Barnets minnen riskerar då bli ointegrerade och de gör sig påminda i påträngande bilder, i form av mardömmar, "flashbacks" och andra känsloladdade återupplevelser. Att uppmuntra berättandet handlar om att skapa utrymme för en bearbetning.

Vi har i avsnitt 4.4 lyft fram att det finns goda skäl att uppmuntra barn och ungdomar med flyktingbakgrund att uttrycka sig i ord och bild och att forma sin berättelse, och att personal i basverksamheterna skall kunna vara mottagare av barnets budskap. Vissa barn behöver beredas möjlighet till en mer djupgående bearbetning genom att få berätta sin historia inom ramen för en behandlingskontakt.

9.5.7 Hur kan man samverka mellan socialtjänst och BUP/PBU i interkulturellt behandlingsarbete?

Interkulturellt arbete handlar mycket om att våga lämna de invanda mönstren. Arbetet med flyktingar tvingar fram nytänkande och samverkan över verksamhetsgränserna. Detta är självfallet ingen lätt uppgift. Då man tvingas till arbete utanför gängse rutiner, kanske också utanför den normala arbetsplatsen, blir skavankerna hos individ och organisation plötsligt synliga för alla inblandande, påpekar man från Lidköpings kommun. I konkret samarbete, men också i gemensamma utbildningar och seminarier, har man emellertid möjlighet att få kunskap om och tilltro till varandras kompetens och om hur man kan komplettera varandra. Det måste finnas en vilja att ge varandra utrymme för delvis olika arbetssätt.

Våra svarande har lämnat en rad synpunkter och exempel på samarbetsmodeller som huvudsakligen rör arbetet med flyktingfamiljer och deras barn. Flyktingfamiljernas speciella situation och det faktum att kommunerna har ett särskilt åtagande att introducera familjen i det svenska samhället har tvingat fram nya arbets sätt. Innan vi fördjupar oss i dessa exempel skall något mera allmänt om samarbetet kring invandrarbarn- och familjer sägas.

Från Hallunda PBU påpekar man att arbetet med familjer med bristfällig social förankring i det svenska samhället kräver att man har utvecklade samarbetsformer i myndighetsnätverket. De hjälpsökande som är dåligt insatta i den svenska vårdapparatusens regelsystem måste erbjudas hjälp att tolka olika myndigheters funktioner. För att detta skall fungera smidigt måste socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri, helst också vuxenpsykiatri och barnomsorg/skola, ha god kännedom om varandra och utarbetade kanaler för remittering och samverkan.

Från socialtjänstens sida uttrycker man missnöje med barn- och ungdomspsykiatriens tillgänglighet. De barn som behöver socialtjänst och barnpsykiatriska insatser skall möta en verksamhet som är anpassad till dessa behov, anser man.

Barnflyktingmottagningen i Umeå

I Umeå har man sedan sex år tillbaka byggt upp ett fruktbart samarbete mellan BUP, Barnkliniken och Invandrarbyrån, genom Barnflyktingmottagningen (BFM). BUP har inom ramen för denna utvecklat en aktivt uppsökande verksamhet för att komma i kontakt med riskbarn med flyktingbakgrund. Alla kommunplacerade familjer får ett erbjudande att frivilligt och utan kostnad låta sina barn genomgå en "hälsokontroll för kropp och själ" på BFM. BFM är förlagd till Barnkliniken, dit barnpsykolog/barnpsykiater från BUP och familjens socialsekreterare från Invandrarbyrån finner sig.

BFM:s placering på Barnkliniken har många fördelar. Alla föräldrar är intresserade av sina barns fysiska hälsa och något av barnläkarens självklara status "smittar av sig" till BUP, som här får ett ansikte. Invandrarbyråns socialsekreterare får en fördjupad inblick i intervjun och är den självklara samarbetspartnern när det krävs psykosociala insatser. Socialsekreterarna får på detta sätt en naturlig fortbildning i familjediagnostik och BUP får bättre kännedom om Invandrarbyråns organisation och insatser. Omkring 30-40 % av BFM:s familjer går vidare till behandling på BUP.

I arbetet med de mest problemtungda familjerna får BUP i Umeå ofta rollen som samordnande instans för ett professionellt nätverksarbete mellan t.ex. Invandrarbyrån, socialtjänsten, vuxenpsykiatri, skolan/SFI (svenska för invandrare) och polisen. Denna roll har varit möjlig eftersom BUP:s flyktingteam har utvecklat en hög interkulturell kompetens och professionalitet.

Samverkan i mottagandet

Arbets sättet vid BFM lyfts fram som ett "gott exempel" av exempelvis Rädda Barnen. Också på andra håll i landet samverkar socialtjänst och BUP i någon form av introduktionssamtal för flyktingfamiljer med barn. Det organiseras på lite olika sätt, men huvudtanken är densamma. Familjen skall få en första kontakt med BUP på ett icke-stigmatiserande sätt, och barnets och familjens eventuella behov av barnpsykiatrisk stöd eller behandling skall identifieras tidigt. Erfarenheten visar att den nyanlända familjens behov av social information och psykologisk vägledning är stor. Det är viktigt att familjen erbjuds sådan inom ramen för det generella mottagandet, eftersom flyktingfamiljer sällan söker BUP frivilligt, annat än om de är asylsökande/gömnda och önskar få ett intyg på barnets psykiska status.

Liksom i Umeå konstaterar man även på andra håll att fast samverkan mellan socialtjänst och BUP i flyktingmottagandet har flera positiva effekter. Aktiv samverkan i det konkreta arbetet innebär att man får kontakt och förtroende över verksamhetsgränserna och att man skapar nya kanaler och möjligheter också i andra ärenden. Man lär av varandra vilket bidrar till kompetensutvecklingen inom respektive organisationer.

Behov av samverkansgrupper?

På grund av den minskade flyktinginvandringen avvecklas i dag de kommunala flyktingmottagningarna i snabb takt. Mottagningar stängs, de totala resurserna för flyktingfamiljerna krymper och i normalkommunen övertar den ordinarie socialtjänsten kontakten med flyktinginvandrare. Tidigare upparbetade samarbetsformer faller därmed samman och i de flesta kommuner och landsting måste man finna nya sätt att samverka. – I storstäderna, där stora grupper av flyktingar/invandrare bosatt sig inom enskilda stadsdelar, kan man dock räkna med att det finns underlag så att man kan behålla fungerande samverkan.

FlyktingCenter anser att det finns starka skäl att värna om ett närmre samarbete mellan BUP och socialtjänsten när det gäller barn som far illa i flykting-/invandrarfamiljer. Socialtjänsten har stora svårigheter att utreda och intervensera i dessa speciella fall. Samverkansgrupper på länsnivå, av liknande modell som utvecklats på många håll i landet kring sexuella övergrepp på barn (se avsnitt 9.4), skulle kunna svara för stöd i handläggningen och att ett utvecklingsarbete kommer till stånd. Det krävs sannolikt att vissa behandlare inom BUP har specialiserad kompetens, på samma sätt som socialsekreterarna.

Samverkan kring föräldrautbildning

Flera svarande understryker att man måste bejaka föräldrakompetensen. Föräldrar med psykiska problem måste få den hjälp de behöver, också för att kunna fungera i sin föräldraroll. Därför är det viktigt för socialtjänst och BUP att samarbeta även med vuxenpsykiatrien.

Från Botkyrka kommun påpekar man att invandrade föräldrar som inte kommit hit som flyktingar eller som varit här en längre tid många gånger får otillräckligt stöd i att orientera sig i det svenska samhället. Man förordar föräldrautbildning som riktar sig också till dem och som har till syfte att introducera hur det är att vara barn i Sverige och hur det är att som förälder ha barn på svenskt dagis, i svensk skola osv. Kunskap om svensk kultur och tradition är viktig för föräldrar som överlämnar sina barn till dagis och skola i ett främmande samhälle. Vad möter barnet, vad har man som förälder för ansvar för barnet på dagis eller i skolan och för skolgången, och vad är skolans ansvar? Det är också viktigt att känna till vilka lagar och regler som gäller och hur olika myndigheter samarbetar i Sverige. Utbildningen bör återkomma regelbundet under barnets uppväxt och ordnas i samarbete mellan BVC, PBU, barnomsorg, skola, socialtjänst och polis, gärna också i samarbete med invandrarföreningar och församling.

I Umeå verkade under åren 1991-1994 en speciell arbetsgrupp, Flyktingar inom vården (FIV) med representanter från BVC, barnkliniken, BUP, vuxenpsykiatrien, vårdcentralerna och Invandrarbyrån. Under några terminer samarbetade FIV också med SFI och erbjöd då ett undervisningspaket för alla som gick sista årskursen och förstod svenska. Undervisningen syftade till att öka flyktingarnas kunskap om bland annat svenskt familjeliv, barnuppfostran i Sverige och svensk sjukvård, det vill säga hade ett liknande innehåll som det man föreslår från Botkyrka.

9.5.8 Våra överväganden

En femtedel av Sveriges barn och ungdomar har invandrarbakgrund. Merparten av dem är välanpassade och vid god hälsa, men som grupp har de en något högre förekomst av psykiska och sociala problem än sina jämnåriga med enbart svensk bakgrund. Detta ställer särskilda krav på verksamheter som har till uppgift att ge stöd och vård.

Utlandsfödda adoptivbarn

Utlandsfödda adoptivbarn utgör en särskild grupp. De lever i förhållandevis stabila familjer, och goda förebyggande insatser görs av socialtjänst och adoptionsorganisationer. Ändå är de något överrepresenterade bland de barn och ungdomar som behöver stöd och vård för psykiska problem. Skälen härtill kan vara tidiga separationer, exposition för hälsorisker under fosterstadiet och i nyföddhetsperioden, upplevelser av både av att vara avvisad och utvald och svårigheter med identitetssökandet i tonåren. Anknypningsproblem och känslighet för separationer och svek är problem som tycks förhållandevis vanliga, och som enligt erfarna professionella bör förstås i ljuset av adoptionserfarenheten. För detta krävs specialkunskap hos dem som möter barnet eller den unge, inom individ- och familjeomsorg, familjerådgivning, familjerätt, i hem för vård eller boende, eller inom barn- och ungdomspsykiatri. Då sådan kompetens inte finns att tillgå inom verksamheten, bör den tillföras genom konsultation och handledning.

Interkulturellt arbete

Stöd och vård bör ges så att barnets bästa kommer i främsta rummet och med respekt för barnets rätt att behålla sin identitet och sina familjeband (i enlighet med Barnkonventionen, bl.a. artiklarna 3:1, 5, 8:1). De verksamheter som ansvarar för att ge stöd och vård måste således ha förmåga att arbeta interkulturellt.

Vilka kunskaper behövs då inom BUP och socialtjänstens IFO för att arbeta interkulturellt med barn, ungdomar och familjer? Vi riktade frågan till ett 15-tal nyckelpersoner med mångårig erfarenhet från främst socialtjänstens IFO och BUP/PBU. Vi fick ett omfattande och informativt kunskapsunderlag.

Interkulturellt arbete bygger på att man förmår möta den andre förutsättningslöst, med respekt, lyhördhet, intresse och engagemang. Man måste vara kulturellt medveten, dvs. förmå granska "sig själv" i lika hög grad som "den andre". För att uppnå detta krävs öppenhet och vilja

att lära nytt hos dem som arbetar i verksamheterna. Från ledningshåll måste man vara beredd att satsa på utvecklingsarbete och fortbildning. Vi noterar också att det i högskoleutbildningarna för blivande socionomer, psykologer, läkare m.fl. viktiga yrkesgrupper knappast ingår någon kunskap om migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation. Vi anser att det bör bli en skyldighet att införa sådana inslag. För såväl fortbildning som grundutbildning bör målet vara att höja den kulturella medvetenheten, snarare än att förmedla kunskap om specifika kulturer.

Det är en fördel att inom arbetsgruppen ha tillgång till flera språk och kulturer. Detta ökar kompetensen och medvetenheten. Vi anser att man bör eftersträva en breddad rekrytering, så att invandrares kompetens och erfarenheter i större utsträckning kan komma de aktuella verksamheterna tillgodo. Medarbetare med icke-svensk bakgrund bör inte enbart vara "invandrarspecialist" utan delta i arbetet i sin helhet. Då det i en arbetssituation finns behov av specifik kulturell kunskap bör man betrakta den hjälpsökande själv som den främste informanten.

Enligt våra svarande används tolk i mindre utsträckning än vad som är önskvärt. Inte minst i kontakten med barn underskattas ofta tolkbehovet. Det är väsentligt att huvudmännen anpassar resurstilldelningen för enheter som har hög andel patienter/klienter med svårigheter att kommunicera på svenska, så att de har full täckning för tolkkostnader och extra tidsåtgång samt för utveckling av tolksamarbetet.

Behovet av metodutveckling är mycket stort. Kulturanpassade metoder på såväl utrednings- som åtgärdssidan behöver tillskapas.

I interkulturellt arbete är kunskaper om migration och trauma centrala. Begrepp som nämns är flyktingkris, familjedynamiska förändringar vid migration, kulturchock och kulturkrock, posttraumatiska symptombilder hos barn, posttraumatisk familjedynamik och behandlingsmetoder. Efter en uppsplitande migration behöver både vuxna och barn få tillfälle att "berätta sin historia", dvs. organisera sina upplevelser till ett sammanhängande helt och bli bekräftade. Att möta flyktingbarn och -familjer kräver också förtrogenhet med existentiella frågor. För att det interkulturella arbetet skall hålla hög kvalitet krävs att det finns möjlighet till specialisering inom socialtjänst och BUP.

Bra samverkan mellan verksamheter är särskilt viktigt för den som själv är dåligt insatt i hur svenska myndigheter fungerar. Från olika håll rapporteras goda erfarenheter av regelmässig samverkan mellan socialtjänst och BUP/PBU m.fl. i det kommunala flyktingmottagandet. Mot bakgrund av den minskade flyktinginvandringen och avvecklingen av många kommunala flyktingmottagningar bör man utveckla strategier så att det även framgent finns möjligheter till samverkan av god kvalitet mellan socialtjänst och BUP. I synnerhet då det gäller barn som far illa

i flykting-/invandrarfamiljer har den icke-specialiserade socialtjänsten svårigheter att utreda och intervensera. Samverkansgrupper på länsnivå, med socialtjänst, BUP och också rättsvårdande myndigheter, skulle kunna svara för stöd i handläggningen och stimulera kompetensutveckling.

Specifika stöd- och behandlingsinsatser för flyktingbarn

Många flyktingbarn lider av akuta krisreaktioner, posttraumatiska stressyndrom och andra psykiska problem, och har därför behov av specifika behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Samhället har mött dessa vård- och behandlingsbehov på olika sätt runtom i landet. I vissa fall finns inga särskilda resurser avsatta, utan flyktingbarnen behandlas inom ramen för den ordinarie barn- och ungdomspsykiatri. I andra fall har man bildat särskilda enheter eller team. Även då särskilda team finns, kan man utgå ifrån att behoven bland flyktingar är avsevärt större än dessa team har förutsättningar att tillgodose. Nästan alltid har vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri helt skilda verksamheter, också för flyktingar. Ett undantag utgör FlyktingCenter i Karlstad, där man samlat resurser från vuxen- och barnsidan, vilket man anser har stora fördelar eftersom det skapar förutsättningar för ett integrerat familjearbete och kontinuitet i kontakten. Tillgänglig forskning visar att krigstrauma utgör både en akut och en långsiktig psykisk hälsorisk. Det finns anledning att räkna med ett rehabiliteringsbehov också på längre sikt.

I detta sammanhang vill vi lyfta fram Barnkonventionens artikel 39, enligt vilken konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering av ett barn som utsatts för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling, väpnade konflikter m.m. Enligt riksdagsbeslut om den framtida integrationspolitiken (se prop. 1997/98:16) bör kommunerna inom ramen för introduktionen uppmärksamma hälsoproblem och ta initiativ till rehabilitering. Vi vill understryka landstingets skyldighet att, enligt 3 a § HSL, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget rehabilitering, med målet att allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Ett särskilt planeringsansvar åligger landstinget, så att man för varje berörd patient upprättar en rehabiliteringsplan.

Samhället har således ett flerfaldigt uttryckt åtagande att erbjuda rehabiliteringsinsatser till de flyktingbarn och -ungdomar som har behov av sådana. Vår tolkning är att kommunerna har ansvar för att uppmärksamma behoven och att ge barnet och den unge särskilt stöd inom ra-

men för de kommunala verksamheterna. Landstinget ansvarar för att tillsammans med den enskilde analysera rehabiliteringsbehoven och upprätta en rehabiliteringsplan samt erbjuda barnet/den unge behandling enligt HSL.

9.6 Ungdomar – mittemellan psykiatrisk barn- och vuxenvård

Vår bedömning: Ungdomar befinner sig mittemellan barndom och vuxenliv. På liknande sätt befinner sig ungdomar med psykiska problem i gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatrins familjeorienterade arbetssätt och vuxenpsykiatrins mer individriktade. Detta försvårar möjligheten att få tillfredsställande stöd och vård. Ofta uppstår kontinuitetsbrott i kontakt och arbetssätt mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

För ungdomar med allvarliga psykiska problem, såsom ätstörningar, autism, schizofreni, svåra tvångssyndrom och depression med suicidrisk, fungerar vården ofta otillfredsställande.

Vi förordar en flexibel åldersgräns 16-25 år mellan BUP och vuxenpsykiatri. Hur detta konkret skall åstadkommas måste bestämmas efter de lokala och regionala förutsättningarna. Vi anser att särskilda ungdomspsykiatriska mottagningar och avdelningar bör kunna rymmas inom ramen för ett samarbete kring flexibla åldersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri.

Våra förslag: Regeringen bemyndigar Socialstyrelsen att utveckla riktlinjer för den psykiatriska vården av ungdomar, utgående från en utvidgad och flexibel samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Utvecklingsarbetet bör bedrivas i samråd med ungdomar och intresseorganisationer.

Av de medel som överförs till landstingen för hälso- och sjukvård avsätts 10 miljoner kronor till särskilda stimulansmedel som kan sökas av verksamheter som bedriver utvecklingsarbete kring flexibla åldersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri. Stimulansmedlen är framförallt avsedda att ge förutsättningar för att sprida resultaten av det kompetensuppbyggande arbetet. Medlen fördelas av Socialstyrelsen efter ansökan.

Från många håll, inte minst från intresseorganisationerna, har vi erfarit att ungdomar är en grupp som riskerar att få otillfredsställande stöd och vård. Intresseorganisationerna tycks eniga i sin syn att ungdomar, oberoende av vilken typ av psykiska problem de har, riskerar "falla mellan

stolarna". Ungdomarna behöver både barnpsykiatrins familjeperspektiv och vuxenpsykiatrins bemötande av dem som självständiga individer, i en avvägd form. I praktiken blir det i stället ofta kontinuitetsbrott i kontakt och arbetssätt mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. I denna skarv kan den unge fara illa och också försämrats i sitt psykiska hälsotillstånd.

9.6.1 Ungdomars särskilda sårbarhet

Övergången mellan barndom och ungdomstid är flytande och varierar från individ till individ. Den viktigaste skillnaden mellan ett barn – respektive ett ungdomsperspektiv är att barnets villkor framförallt präglas av relationen till föräldrarna, medan ungdomstiden innebär en frigörelse från dessa relationer. Kamrater och andra i ett vidare socialt nätverk spelar då en allt viktigare roll. Om man ser till ungdomstiden som en övergångsperiod mellan barndom och vuxenliv, kan man konstatera att denna övergångsperiod i vår tid tenderar att bli alltmer utdragen (Fornäs 1984, Ungdomsstyrelsen 1996).

Tonåringen befinner sig i en övergångsfas, då invanda mönster och den egna identiteten sätts på nya prov. Fysisk och psykisk obalans under ungdomstiden är vanlig. Vid ohälsotillstånd, såväl kroppsliga som psykiska, kan det för många vara konfliktfyllt att på nytt luta sig tyngre mot föräldrarna. Ett sådant beroende står i strid med den unges självständighetssträvan, samtidigt som ohälsotillståndet innebär att den unge verkligen behöver omgivningens stöd och omsorg. Vid psykiska problem blir detta förhållande ytterligare tillspetsat av att föräldrarna många gånger kan dela både barnets kris och nyckeln till en möjlig lösning. Fysisk och psykisk ohälsa väcker ofta stark ångest hos unga. Att behöva vård, exempelvis inom psykiatrin, är en särskild stressfaktor för unga eftersom det är ett hot mot frigörelsen och vuxenblivandet. Under vården behöver den unge få tillfälle att bearbeta också den sekundära ångest som ohälsotillståndet i sig väcker (Hultén & Wasserman 1997).

Det finns en flytande gräns mellan åldersnormala reaktionsmönster och en mer allvarlig problematik. Om den psykiska oron vänds inåt kan detta leda till ängslan och nedstämdhet, som i mer uttalad form övergår i egentlig depression. Det finns en risk att deprimerade tonåringar tar sitt liv, vilket är synnerligen ovanligt bland yngre barn (FRN-rapport 1995:4). Psykisk oro kan hos andra riktas utåt. Vuxenvärlden står ofta handfallen inför utagerande tonåringar. Dessa ungdomar söker upp det utmanande och farliga, och många riskerar fastna i missbruk och kriminalitet. Flertalet av de ungdomar som är uttalat utagerande och som

är aktuella för vård med stöd av LVU har tydliga psykiska problem (Armeliuss m.fl. 1996).

9.6.2 Mittemellan psykiatrisk barn- och vuxenvård

Under en period som tenderar att bli allt längre befinner sig den unge mittemellan barnets självklara hemort i familjen å ena sidan och vuxenlivet å den andra. Vid behov av vård finns den unge på ett liknande sätt i gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatrins familjeorienterade arbetssätt och vuxenpsykiatrins mer individinriktade. I dag gäller i allmänhet den kronologiska åldersgränsen 18 år mellan BUP och vuxenpsykiatri. Denna åldersgräns vållar problem. Vid 18-års ålder är man oftast ekonomiskt, socialt och/eller psykologiskt beroende av sina föräldrar. En lämpligare åldersgräns vore möjligen 20 år, som är den övre åldersgränsen för PBU i Stockholm och även den övre åldersgräns som i vissa fall gäller för beredande av vård enligt 3 § LVU, nämligen om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Eftersom den psykologiska ungdomstiden tenderar att bli alltmer utdragen och dessutom varierar från individ till individ, så löser man dock inte alla problem genom att ändra åldersgränsen. En åldersgräns, var den än läggs, riskerar likafullt skapa ett negativt brott i kontinuiteten.

Åldersgränsen innebär att många ungdomar och deras familjer måste byta vårdgivare. För den unge kan det innebära att hon eller han måste separera från de centrala personer som behandlarna inom barn- och ungdomspsykiatri i många fall är. Relationer som det i vissa fall tagit lång tid att bygga upp bryts. Det kan ställa till mycket problem ur både den unges och familjens perspektiv, i synnerhet som vården som ges i respektive verksamhet kan skilja sig avsevärt åt. Inom BUP betonas utvecklings- och familjepsykologiska aspekter medan tyngdpunkten inom vuxenpsykiatri ligger på den enskilde individen. Det sistnämnda är fallet även då man inom vuxenvården arbetar socialpsykiatriskt. Skillnaden mellan ett socialpsykiatriskt arbetssätt inom den vuxeninriktade psykiatri och BUP:s arbetssätt är att man inom BUP ser hela familjen som sin primära uppdragsgivare, medan man i det socialpsykiatriska förhållningssättet arbetar intensivt med patienten och patientens "anhöriga". För att möta ungdomars vårdbehov krävs att man utvecklar flexibla arbetssätt, där ungdomar efter sina individuella behov har möjlighet att få tillgång såväl till den familjebehandling som BUP kan erbjuda som de individ- och socialpsykiatriskt inriktade insat-

ser som tillhandahålls av vuxenpsykiatrin. En kompetens och lyhördhet för ungdomars specifika situation och behov behöver också utvecklas. Vi återkommer till detta längre fram.

9.6.3 Bristande kontinuitet i vården

Det kan innebära en svår omställning för unga människor att flytta från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin. Ungdomar kan hamna på allmänpsykiatriska avdelningar tillsammans med betydligt äldre patienter, vilket kan kännas både främmande och skrämmande. Enligt RUS har föreningen många medlemmar som hamnat i vuxenpsykiatrin som minderåriga, i vissa fall redan som 14-åringar. Att i ett sådant känsligt läge i livet, när man blir beroende av vård utanför hemmet dygnet runt, hamna bland personer som man upplever som "konstiga" skapar rädsla. RUS anser att det är självklart att minderåriga inte skall utsättas för sådana upplevelser, men vill också betona att detta även kan vara skrämmande för en ung människa som uppnått myndighetsålder (RUS, underlag vid hearing 1997-04-16). Vuxenpsykiatrin saknar ofta rutiner för att arbeta med familjen, eller kontakta dem vid utskrivning, även om den unge vuxne fortfarande är ekonomiskt, praktiskt och känslomässigt beroende av sin familj. Intresseförbundet för schizofreni (Riks-IFS) har påtalat att föräldrar upplever att de avstängs från kontakt med vården i och med att den unge fyllt 18 år. Riks-IFS anser att man inom vården i större utsträckning bör lyssna på familjen och se anhöriga som en resurs, även då den unge uppnått myndighetsålder.

Kontinuiteten inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården är god men den bryts vid överflyttningen och har tydliga brister inom den psykiatriska vården för vuxna. Denna slutsats dras av en nyligen genomförd retrospektiv studie av 34 ungdomar som begått självmord (Hultén & Wasserman 1997).

Två av de 34 ungdomarna avled när de var 15 respektive 16 år, övriga då de var 18-24 år. Elva av ungdomarna hade erfarenhet av både barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. För dessa elva tycks överflyttningen ha inneburit en stor förändring. Plötsligt blev de behandlade som vuxna. Inom barn- och ungdomspsykiatrin hade de kontakt med en eller som högst tre läkare, men sedan de överförts till vuxenpsykiatrin hade de mött upp till 20 eller i värsta fall 30 olika läkare. De fick ofta byta vårdavdelningar eftersom de hade växlande symtom, men även för dem som vistades på samma avdelning var läkarbytena ofta täta.

Femton av de 34 ungdomarna hade begått sitt självmord i anslutning till den vård de fått, antingen på avdelningen, vid förflyttning eller inom ett dygn efter utskrivningen. I rapporten påpekas att intagning och utskrivning bör betraktas som en risksituation, eftersom det innebär en separation. I så gott som samtliga av de 34 ungdomarnas journaler fanns anteckningar om olika självmordsmeddelanden, men den viktiga självmordsriskanalysen saknades i alla journaler utom tre. Ungdomarnas signaler tycks inte ha tagits på tillräckligt allvar. Rapporten mynnar ut i slutsatsen att bristande kontinuitet i vården innebär en självmordsrisk för unga (Hultén & Wasserman 1997).

9.6.4 Ungdomars egna synpunkter

I en av RUS nyligen genomförd enkätundersökning tillfrågade man sina medlemmar bland annat om hur de upplevt vården inom BUP respektive vuxenpsykiatri. De svarande uttryckte sig då uppskattande om det självbestämmande som man fått efter myndighetsdagen och inom vuxenpsykiatri, men var samtidigt starkt kritiska till det dåliga omhändertagandet och "stökigheten" inom denna. För flera hade överflyttningen till vuxenpsykiatri inneburit något av en chock (Helena Jacobsson, RUS, presentation inför kommittén 1997-11-17). Synpunkterna från RUS-medlemmarna emotsäger inte på något sätt den bild som studien av Hultén och Wasserman (1997) presenterar.

I vår egen genomgång av brukarundersökningar hörs många kritiska ungdomsröster. Det gäller framförallt ungdomar som har erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård och som ofta har vårdats där mot sin vilja. I knappa enkätsvar beskriver många av dem tydligt nog känslor av maktlöshet, olust och ensamhet under vårdtiden. Genomgående tycker ungdomarna att det råder för rigida regler och snäva gränser på avdelningen. Många tycker att personalen inte bryr sig, är sur, lämnar ungdomarna alltför ensamma. Man beskriver sysslöshet och leda (Lindh m.fl. 1995, Martinsson & Grönnevik 1994, Wettergren 1996). Enligt RUS är det den klassiska beskrivning att personalen sitter för sig själv i rökrummet och att den unga patienten känner sig ensam, rädd och rentav "undanskuffad" (RUS, underlag vid hearing 1997-04-16).

Lyssna mer på oss, föreslår ungdomarna i brukarundersökningarna, vi ska komma i första hand, inte de vuxna. En del är kritiska mot att föräldrarna har för stort inflytande och skulle i många fall vilja hålla dem mera utanför. I en undersökning rapporterar hälften av ungdomarna att familjesamtalen var starkt negativa (Wettergren 1996). Enligt

samma undersökning vill ungdomarna ha mer tid för samtal och förelår personalledda gruppsamtal.

Ungdomarna tycks säga att barn- och ungdomspsykiatrin ställer sig på de vuxnas sida. Mot ungdomarnas kritik kan ställas den professionella synen att det i familjer med relationsproblem är viktigt att stärka föräldrarollen, även om det innebär att "många ungdomar i det akuta skedet upplever att personalen, kurator och psykolog tar föräldrarnas parti" (Lindh m.fl. 1995). Man får inte heller glömma bort att ungdomarna vid tiden för inläggningen mådde psykiskt dåligt, och att de negativa minnena till en del bero på detta utgångsläge. Därmed får man emellertid inte avvisa kritiken, som innehåller många välartikulerade och gripande synpunkter. Det är en allvarlig tankeställare att hälften av ungdomarna, 1-3 år efter inläggningen, har svårt att tänka sig att de skulle söka igen eller rekommendera någon annan att göra det (Lindh m.fl. 1995, Martinsson & Grönnevik 1994).

9.6.5 Ätstörningar – ett ungdomsproblem

Ätstörningar är i högsta grad ett ungdomsproblem. Man räknar med att 1-4 % av alla tonårsflickor och unga kvinnor är drabbade, och att förhållandet mellan drabbade pojkar och flickor är mellan 1/10 och 1/20 (SOU 1997:08). Sannolikt är förekomsten av subkliniska ätstörningar, som även de kan innebära avsevärt lidande, mångdubbelt större. På senare år har problemen rönt mycket uppmärksamhet i media, genom hearings och upplysningskampanjer, och det finns i dag en stor medvetenhet hos allmänheten om ätstörningar. Det är naturligt, eftersom symtomen i lindrig form är långt vanligare, och det utvecklade psykiatriska tillståndet åtminstone i fallet anorexi är både iögonfallande och allvarligt, i många fall livshotande.

I dag vet vi att framgångsrik behandling av ätstörningar kräver mer än bara en god allmänpsykiatri. Oberoende av ätstörningens orsaksbakgrund är det viktigt att komma tillrätta med det störda ätbeteendet och den uppkomna näringsbristen i sig. Då kroppen befinner sig i ett svälttillstånd, som vid utvecklad anorexi, genererar detta hyperaktivitet och ångest som i sin tur vidmakthåller det anorektiska symtomet. I dag är flertalet experter på området därför överens om att det är viktigt att också se till somatisk status och ätbeteendet, och att detta i många fall är en förutsättning för att nå framgång med behandling av eventuella bakomliggande orsaker till anorexi (American Psychiatric Association 1993, Medicinska Forskningsrådet 1993). Uppkomstmekanismerna kan se olika ut och det bör därför finnas en bredd i de terapeutiska tekniker man har att erbjuda. Det bör också påpekas, vilket bl.a. intresseföre-

ningarna Anorexi-Bulimikontakt och Riksföreningen för Anorexi-Bulimi gjort inför kommittén, att det anorektiska tillståndet inte kan behandlas inom en ren medicinklinik, där adekvat psykiatrisk handledning saknas.

Ätstörningar är ett typiskt ungdomsproblem. Som sådant utgör de också ett tydligt exempel på att det kan vara svårt för unga människor att få adekvat vård och behandling. I samband med kommitténs hearing med intresseorganisationerna (1997-04-16) har föreningen Anorexi-Bulimikontakt lyft fram att den öppna barnpsykiatrin i Stockholms län (PBU) har otillräcklig kännedom om ätstörningar. Det man söker hjälp för och som är den aktuella konflikten mellan barn och föräldrar hanteras i dessa fall inte alls, anser föreningen. Detta leder till en förtroendeklyfta som ibland kan vara svår att överbrygga och i vissa fall ödelägger fortsatt kontakt med vården. Endast en av BUP-klinikerna i Stockholms län har ett särskilt behandlingsprogram för anorexi. Också från Göteborg kommer rapporter om svårigheterna att få god slutenvård vid ätstörningar, vilket har framförts av Riksföreningen för Anorexi-Bulimi. En fungerande vårdkedja barnmedicin-barnpsykiatri-dagavdelning efterlyses av patientföreningarna.

De specialenheter som byggts upp de senaste åren är oftast inriktade mot vuxna. Detta är en medveten satsning eftersom vården av vuxna med ätstörningar tidigare varit kraftigt eftersatt (Medicinska Forskningsrådets konsensusuttalande 1993). Likväl kan det synas paradoxalt att det finns få specialenheter inriktade mot ungdomar, trots att ätstörningar nästan alltid debuterar i unga år. Äldre tonåringar kan i viss mån tas emot inom de vuxeninriktade ätstörningsenheterna, genom flexibel tillämpning av åldersgränserna. Det kan vara det bästa tillgängliga alternativet, men kan innebära försämrad tillgång till barn- och ungdomspsykiatris utvecklings- och familjepsykologiska kunskap och arbetssätt.

9.6.6 Ett exempel på åldersöverskridande arbete med ätstörningar

Videgården i Linköping är en specialenhet som behandlar ätstörningar i alla åldrar. Enheten, som sorterar under BUP-kliniken med medverkan från vuxenpsykiatrin i Linköping, tillkom år 1995 efter Medicinska Forskningsrådets konsensusuttalande om bulimi-anorexi ett par år tidigare (MFR 1993). På Videgården kan man erbjuda såväl anonym rådgivning som behandling i form av öppenvård, dagverksamhet och heldygnsvård, det vill säga hela vårdkedjan (Informationsbroschyr från Videgården, Universitetssjukhuset i Linköping).

Verksamheten bygger på synsättet att ätstörningarnas orsaker är okända, och att de upprätthålls av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. I vården behandlar man i första hand svälten (närlingsbristen) och i andra hand psykosociala problem. Mot svält, bristtillstånd och i vissa fall också mot ångest behövs medicinsk behandling. I övrigt erbjuds pedagogisk, psykologisk och sjukgymnastisk behandling samt social träning, allt efter den enskilde patientens behov. Videgården arbetar också med kompetensutveckling och forskning (överläkare Gösta Schwieler vid Barn- och ungdomsdelegationens hearing om ungdom och anorexi, Novum Huddinge Sjukhus, 1997-05-28).

Under 2 år har man på Videgården behandlat 280 patienter, varav 40 % haft diagnosen anorexi. I 10 % av samtliga behandlingar har man behövt använda slutenvård. Av den totala patientgruppen var andelen ungdomar under 18 år drygt 20 %.

Verksamheten utvärderas bl.a. genom att man deltar i en svensk multicenterstudie kring behandling av ätstörningar (SUFSA). Man planerar för minst 5 års uppföljning. Patienttillströmningen är mycket stor och patienterna tycks klart tillfredsställda med vården (Gösta Schwieler 1997-05-28). De verksamhetsansvariga anser att det är nödvändigt att arbeta åldersöverskridande med ätstörningar. Som kritisk randanmärkning kan man dock notera att under de första två åren var endast drygt 20 % av patienterna under 18 år. Enligt patientstatistiken för januari – november 1997 har de yngres andel dock stigit något (Videgården, kommunikation 1997-12-11).

9.6.7 Andra ungdomsgrupper med särskilda vårdbehov

Det finns ytterligare grupper av unga med psykiska problem som har stora svårigheter att få adekvat vård och stöd, exempelvis unga vuxna med autism och Aspergers syndrom. Här har stödet till de yngre barnen förbättrats och byggts ut, oftast inom barnhabiliteringen i samverkan med barnpsykiatrien, medan unga vuxna saknar ett fungerande stöd. Det brådskar att utveckla goda stödformer för dessa ungdomar. Även ungdomar med svår DAMP riskerar stå utan adekvat stöd, i synnerhet som de inte med automatik har rätt till stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ungdomar som vistas i hem för vård eller boende får ofta helt otillräcklig psykiatrisk vård, något som kommittén uppmärksammat och för vilket vi lämnar ett särskilt åtgärdsförslag i avsnitt 9.3.

Schizofreni debuterar vanligen just i 16-25-årsåldern. Intresseförbundet för schizofreni, Riks-IFS, ser övergången mellan BUP och

vuxenpsykiatri som en verklig hjärtefråga. Man anser att samverkan mestadels fungerar bristfälligt, och att brottet i kontinuitet och vårdkultur är starkt negativt för tonåringen och familjen. Det finns inget självklart givande och tagande mellan de olika verksamheterna anser IFS. Från IFS-Stockholm och Stockholms län understryker man att det borde skapas mer flexibla arbetsformer så att man åtminstone under en övergångsperiod kan bibehålla kontakten med tidigare personal. Förflyttningen kan annars få traumatiska och dramatiska konsekvenser. Rörliga team med dygnet-runt telefonjour nämns som en mycket positiv resurs av IFS-Stockholm. Det första mötet med psykiatri kan med hjälp av jourteam ske i hemmiljö, vara mindre skrämmande och skapa gynnsammare villkor för fortsatta kontakter. Också RUS understryker att bemötandet vid första mötet med psykiatri är mycket viktigt (Riks-IFS, IFS-Stockholms respektive RUS, underlag vid hearing 1997-04-16).

En grupp som tidigare nämnts är de ungdomar som har inåtvända symtom, som lider av depression och som kan vara i riskzonen för att ta sitt liv. I kommittéarbetet har RUS framfört att dessa "tysta" ungdomars behov inte får tappas bort i diskussionen. Den bristfälliga kontinuiteten i vården kan utgöra en risk för denna grupp visar en färsk undersökning (Hultén & Wasserman 1997). Det kan här nämnas att antalet självmord per år bland 15-24-åringar under 1990-talet har växlat mellan 112 och 162, eller 10-14 ungdomssjälvmord per 100 000 invånare. Frekvensen är lägre än på 1970-talet (Olsson L. 1997, personlig kommunikation), men man får inte glömma bort att bakom varje fullbordat självmord som finns i statistiken döljer sig ett betydligt större antal suicidförsök och ett omfattande psykiskt lidande. – Ungdomar med tvångssyndrom är ytterligare en grupp som ofta får otillfredsställande vård, vilket i stor utsträckning beror på metodbrister inom barn- och ungdomspsykiatri.

En grupp ungdomar, med speciella psykiska besvär finns bland dem som lämnat nyreligiösa rörelser. Ungdomarna har oftast vuxit upp i rörelsen och en kris, som ibland är svår och långvarig, kan utlösas vid utträdet. Såväl inom sjukvården som inom socialtjänsten saknas kunskap att kunna möta dessa ungdomars särskilda behov. En statlig utredning angående samhällets stöd till dessa personer arbetar för närvarande (dir. 1996:121).

9.6.8 Ungdomar med psykiatriska vårdbehov – ingen liten grupp

Enligt Socialstyrelsens statistik från år 1994 var 15-24-åringarnas andel av vårddagarna inom den psykiatriska slutenvården 6 %. I reda siffror motsvarar det drygt 200 000 vårddagar på psykiatrisk klinik. Motsvarande siffra för barn i åldrarna 0-14 år är 1 % eller omkring 35 000 vårddagar (Socialstyrelsen 1996:1). Det är således en stor grupp unga människor som enligt samstämmiga uppgifter från intresseorganisationerna möter en slutenvård som inte är särskilt väl anpassad till unga människors behov.

Motsvarande statistik för psykiatrisk öppenvård saknas i dag. Det råder dock en utbredd uppfattning att ungdomar ofta är obenägna att vända sig till den öppna psykiatriska vården. I synnerhet till de vuxenpsykiatriska mottagningarna anser man att tröskeln är hög för ungdomar som ännu inte haft någon kontakt med vuxenpsykiatri. Vissa ungdomar, företrädesvis flickor, vänder sig med sina problem till ungdomsmottagningarna, vars verksamhet beskrivs närmre i avsnitt 6.3.

9.6.9 Ungdomspsykiatriska enheter?

Riks-IFS och RSMH/RUS förordar särskilda psykiatriska mottagningar för ungdomar, där man kan dra nytta av kunskap och beprövad erfarenhet från såväl BUP som vuxenpsykiatri. RUS uttrycker sig med extra tydlighet i frågan, och talar också om att det bör finnas avdelningar för ungdomar med psykiska problem som behöver vård och komma bort från sin hemmiljö. Det är inte alltid bra för 17-åringar att vistas med barn och för 18-åringar att vistas med vuxna, påpekar man. Med hänsyn till individens behov skall man kunna välja mellan barn-, ungdoms- eller vuxenpsykiatrisk avdelning (RUS, underlag till hearing 1997-04-16).

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har låtit ta fram en expertrapport om resursbehoven inom psykiatrisk vård år 2010. I denna uttalar sig medicinalrådet Börje Lassenius för en särskild organisation för ungdomar i åldern 15-25 år i gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Enligt Lassenius skulle detta sannolikt bidra till ett effektivare resursutnyttjande (SOU 1996:163, bilaga 10).

9.6.10 Våra överväganden

Vi konstaterar att ungdomar är en grupp som riskerar få otillfredsställande stöd och vård. Ofta uppstår kontinuitetsbrott i kontakt och arbetsätt mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Vi konstaterar vidare att vården ofta fungerar otillfredsställande för ungdomar med allvarliga psykiska problem, såsom ätstörningar, autism, schizofreni och depression med suicidrisk.

Ett nära samarbete mellan BUP och vuxenpsykiatri behövs för att kunna erbjuda ungdomar och deras familjer god vård. Goda exempel finns förvisso, där man har hittat sätt att samarbeta kring mjuka övergångar och att utnyttja kompetensen inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri. Inom några landsting samarbetar BUP och vuxenpsykiatri i gemensamma behandlingsenheter t.ex. för unga psykotiska patienter (i Örebro och Linköping) eller för patienter med ätstörningar (se Videgården ovan samt inom öppenvården i Göteborg). På enstaka ställen har man tillsammans skapat särskilda psykiatriska mottagningar för ungdomar, exempelvis inom öppenvården i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm.

Vi förordar en flexibel åldersgräns 16-25 år mellan BUP och vuxenpsykiatri. Hur detta konkret skall åstadkommas måste bestämmas efter de lokala och regionala förutsättningarna. Generellt kan man dock säga att det bygger på samverkan på flera nivåer:

1. Överenskommelser i enskilda patientärenden, där patienten skall ha rätt till den behandling som situationen och tillståndet kräver, oberoende av verksamhetstillhörighet. Patientens och familjens delaktighet i beslut och planering skall vara en självklarhet.
2. Samarbete på ledningsnivå där man stödjer och följer arbetet kring enskilda patienter men också initierar gemensamma projekt, vårdprogram och utvärderingar. Ett tredje inslag i samverkan är gemensam utbildning, kunskapsutveckling och utbyte av erfarenheter. I detta kompetensuppbyggande arbete är det viktigt att föra en dialog med intresseorganisationer och ungdomarna själva.

Vi anser att särskilda ungdomspsykiatriska mottagningar och avdelningar bör kunna rymmas inom ramen för ett samarbete kring flexibla åldersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri.

Vi föreslår att det skapas möjlighet att söka stimulansbidrag för verksamheter som bedriver utvecklingsarbete kring flexibla åldersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri, framförallt för ge förutsättningar för att sprida resultaten av det kompetensuppbyggande arbetet. Vi föreslår också att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utveckla riktlinjer för

den psykiatriska vården av ungdomar, utgående från en utvidgad och flexibel samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Utvecklingsarbetet bör bedrivas i samråd med ungdomar och intresseorganisationer.

Stimulansmedel för utvecklingsarbetet tas också upp i avsnitt 11.8.

10 Kompetens och kvalitetsutveckling

Inledning

I detta kapitel vill vi peka på några nyckelfrågor som vi anser viktiga för att värna och utveckla kompetens och säkra kvalitet i de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem. Kvalitets- och kompetensfrågor har ofta återkommit i våra diskussioner. Begreppen är inte bara centrala, de är tyvärr också besvärande tånjbara. För att vara praktiskt meningsfulla måste begreppen kunna relateras till konkreta mål, uppgifter och arbetsrutiner. – Behovet av konkretion kan för övrigt sägas vara andemeningen bakom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24 M), som gäller för verksamheter som regleras genom HSL, tandvårdslagen, tillsynslagen och åliggandelagen.

I kapitlets inledande avsnitt diskuteras några kompetenskrav som ofta aktualiserats i vårt arbete. Nästa avsnitt pekar på vissa utbildningsbehov som framkommit. I det tredje avsnittet diskuteras mycket översiktligt FoU-arbete inom de verksamhetsfält som möter barn och ungdomar med psykiska problem. Det fjärde och sista avsnittet behandlar ett konkret problem; frågan om kvalitetssäkring av psykologiska test och svårigheten att finna finansieringsformer härför.

10.1 Kompetens inom verksamheten – och kännedom om varandra

Vår bedömning: Verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem skall förfoga över erforderlig barn- och ungdomskompetens. Vi anser att det i dag finns brister i barnkompetens inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, och då även inom barnhälsovården. Kompetensen att möta ungdomar är genomgående bristfällig, ungdomsmottagningarna undantagna, och ungdomskompetensen behöver förbättras i alla verksamheter som möter unga. Barns och ungdomars egna perspektiv skall beaktas, i varje enskilt

möte likaväl som i all övergripande planering. Det finns anledning att inom den egna verksamheten kritiskt granska i vilken utsträckning så verkligen sker.

Dålig kännedom om angränsande professioners och verksamheters uppdrag, kompetens och arbetssätt utgör hinder för samverkan.

I kapitlen 4 och 6 har vi kortfattat beskrivit olika verksamheters centrala uppgifter och kompetens. Vi har understrukt att god kvalitet måste inkludera "brukarnas", eller som våra direktiv uttrycker det "de hjälpsökandes", perspektiv. Vi har ägnat mödra- och barnhälsovården, barnomsorgen, skolan, ungdomsmottagningarna, socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomshabiliteringen särskilda avsnitt. På samtliga kan man ställa förväntan att de skall besitta en egen och tydlig profil – samt att de skall samarbeta med varandra. För att lyckas med detta krävs förutom strukturella förutsättningar för samarbete, som fokuseras i kapitlen 8 och 9, en medveten professionalitet inom varje verksamhet och en tillräcklig kännedom om vårdgrannarnas uppdrag och arbetssätt.

10.1.1 Barnkompetensen

"Bättre barnkompetens" är ett uttryck som ofta har hörts. Det finns en allmänt spridd uppfattning att det på många håll finns brister i detta avseende.

Socialtjänsten

Socialtjänsten har ofta kritiserats för bristande barnkompetens, med rätt eller orätt. Socionomutbildningen ger en generalistkompetens för ett mycket brett verksamhetsområde. Socialtjänstkommittén konstaterade att många av de uppgifter som utförs inom individ- och familjeomsorgen kräver mer än bara grundutbildning till socionom. Detta gäller inte minst uppgiften att handskas med anmälningar om barn som far illa (SOU 1995:589). I slutrapporten från Barn i fokus-projektet (Socialstyrelsen 1996:19) understryks att en ökad barnkompetens inom socialtjänsten är ett villkor för att ett barnperspektiv skall kunna utvecklas. Enligt Akademikerförbundet SSR förekommer det relativt ofta att nyexaminerade, oerfarna socialsekreterare tvingas handlägga ärenden som rör barn med komplexa sociala problem (skrivelse ställd till kommittén, S 1995:06, dnr 39:97). Tveklöst finns det många socialsekreterare som har en hög kompetens i att möta och ge stöd åt barn och

familjer i svåra situationer. Barnkompetensen är dock i stor utsträckning förvärvat i praktiskt arbete, genom medveten specialisering inom verksamheten, handledning och fortbildning. Den formella barnkompetensen är däremot svagare.

Det är angeläget att verka för att alla socialförvaltningar på sikt får tillgång till socialsekreterare med specialiserad barnkompetens, anser Akademikerförbundet SSR. Barnkompetens kan också tillföras genom breddad rekrytering, vilket Sveriges Psykologförbund argumenterar för i sin kommentar till vårt delbetänkande (SOU 1997:8). Regeringen skriver i sin proposition om ändring i socialtjänstlagen: "Frågan om kompetens och kunskapsutveckling är enligt regeringens uppfattning av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet och det ligger i sakens natur att socialtjänsten med sina vitt skilda uppgifter behöver personal med skiftande utbildning och erfarenhet" (1996/97: 124). I enlighet med vad som föreslås i regeringens proposition gäller sedan den 1 januari 1998: "För utförande av socialtjänstens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet" (7 a § andra stycket socialtjänstlagen).

Det socialpedagogiska tänkandet borde i större utsträckning präglade socionomers arbetsätt. Det är också rimligt att anta att en inte försumbar andel barn och familjer blir hjälpta på ett bättre sätt då den barnpsykologiska kompetensen inom IFO är förstärkt, och möjligheterna på åtgärdssidan utvidgas och förbättras. En del av de hänvändelser som socialtjänsten i dag gör till barn- och ungdomspsykiatrin skulle kunna hanteras inom den egna verksamheten om kompetensen breddats. Många gånger finns enbart behov av barnpsykologisk bedömning, det vill säga inte av det barnpsykiatriska teamet (Socialstyrelsen 1997:8, underlagsrapport).

Barnhälsovården

Det finns också anledning att i dag särskilt värna om barnkompetensen inom BVC och övrig primärvård. Som vi uppmärksammat i avsnitt 4.2 har barnhälsovårdens uppgifter i ökad utsträckning kommit att utföras av distriktssköterskor och allmänläkare. Vi framhåller att det är viktigt att såväl BVC-sköterskan som den tjänstgörande läkaren regelbundet träffar många barn, så att de kan utveckla och upprätthålla en förmåga till barnkliniska bedömningar. Dessutom måste det finnas goda möjligheter till konsultation hos barnläkare och barnpsykolog.

Vuxenvårdens kompetens att möta de utsatta barnen

I avsnitt 4.5 föreslår vi ett ökat skydd för barn vars föräldrar har missbruksproblem eller lider av allvarlig psykisk eller somatisk sjukdom. Vårdgivare som möter den vuxne med sådana problem skall ha skyldighet att underrätta sig om familjeförhållandena och tillse att barnet får information och stöd. Stödet kan organiseras på olika sätt och ges genom exempelvis frivilligorganisationerna, barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänsten. Den verksamhet som har kontakt med den vuxne måste vara beredd att bistå med saklig information om föräldrarnas ohälsotillstånd i en form som motsvarar barnets behov och mognad. Man använder sig då i första hand av den egna yrkeskompetensen men kan behöva viss fortbildning och handledning för att utveckla den specifika kompetens som krävs för att möta barnet.

10.1.2 Barnperspektivet

Barnperspektivet är ett begrepp som delvis överlappar med "barnkompetens". Det tål dock påpekas att de inte är synonyma. Kompetens syftar på framförallt kunskaper och praktiskt handlag. Att inta ett barnperspektiv innebär bl.a. att man förmår se saker ur barnets synvinkel. Kompetens ger goda förutsättningar att beakta barnets perspektiv, men den utgör ingen garanti. Man kan ha hög barnkompetens och likväl försumma barnperspektivet. Detta är i själva verket en påtaglig risk även vid exempelvis BVC-besök. Situationen domineras av kommunikationen mellan de vuxna, som bemödar sig om att upprätthålla den goda samtalskontakten. Detta fenomen, som flertalet vuxna kan känna igen sig i, har belagts även vetenskapligt. Systematiska studier av familjeterapisessioner har visat att åtminstone yngre barn, upp till 7 år, tenderar att hamna helt utanför kommunikationen i rummet (Cederborgh 1997). – Det finns anledning att återkommande och kritiskt granska i vilken utsträckning barns perspektiv beaktas inom den egna verksamheten.

10.1.3 Kompetens att möta ungdomar

Vi har konstaterat att ungdomar, som befinner sig mittemellan barndom och vuxenliv, utgör en grupp som på grund av sin mellanställning riskerar att få otillfredsställande stöd och vård (se avsnitt 9.6). Ungdomsmottagningarnas framgång beror sannolikt i hög grad på att de är en verksamhet som vuxit fram i enlighet med ungdomars egna behov, och

att man möter ungdomar på ett anpassat och kompetent sätt (se avsnitt 6.3).

Termen "ungdomskompetens" har sällan hörts, till skillnad från det ofta återopade "barnkompetens". I vårt arbete har dock framförallt brukarorganisationerna rest krav på bättre kompetens att möta ungdomar. Ungdomskompetensen är god inom ungdomsmottagningarna, men behöver i övrigt förbättras inom alla de verksamheter som möter unga människor. Det är därför glädjande att det numera finns en utbildning i ungdomspsykoterapi (60 poäng) inom Stockholms läns landsting.

10.1.4 Kännedom om varandra

Det tycks som om yrkesverksamma ofta har dålig kännedom om angränsade verksamheters uppdrag, kompetens och arbetssätt. Socialtjänsten, som har ett yttersta ansvar för att kommuninvånarna får sina behov tillgodosedda och som bemannas av huvudsakligen socionomer, utgör här det goda undantaget. Man har inom socialtjänsten en god kännedom om övriga verksamheters lagstadgade ansvar, även om man inte är nära förtrogen med deras arbetssätt.

Kännedomen om varandra brister också yrkeskategorier emellan. Högskoleutbildningarna till socionom, läkare, sjuksköterska, psykolog, förskollärare, lärare är sinsemellan tydligt specialiserade och bedrivs åtskilda från varandra. Som nyutexaminerad är man tämligen okunnig om det större sammanhang i vilket man skall verka. Man har tillägnat sig en professionsspecifik terminologi som är till gagn för kommunikationen inom den egna yrkesgruppen, men som kan försvåra i mötet med andra yrkeskategorier.

För att kunna samverka behöver man ha kunskap om varandra. Bristande kännedom om angränsande professioners och verksamheters uppdrag, kompetens och arbetssätt kan utgöra reella hinder för samverkan. Ofta finns påtagliga brister även i kunskapen om de rättsliga och organisatoriska ramarna för den egna verksamheten. – Detta är delvis en utbildningsfråga, vilket för oss in på nästa avsnitt.

10.2 Grundutbildning, fortbildning och vidareutbildning

Vår bedömning: Kompetensfrågor och utbildningsfrågor hör ihop. En verksamhet kan få tillgång till ny eller fördjupad kompetens genom satsningar på fortbildning och/eller vidareutbildning av personal.

Från kvalitetssynpunkt är det viktigt att socialsekreterare får möjlighet till specialisering och fortbildning. Detta är ett arbetsgivaransvar. Inom barnhälsovården bör sjuksköterskorna få fortbildning i spädbarnsutveckling och tidig kommunikation. Det finns ett allmänt behov av fortbildning i migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation såväl inom de kommunala verksamheterna som inom hälso- och sjukvården. Det föreligger även stora behov av fortbildning i att arbeta med tolk.

Barn- och ungdomspsykiatrins vidareutbildningar i specialiserad diagnostik och i nya och/eller specialiserade behandlingsmetoder bör kunna samordnas nationellt.

Statsmakten har ett särskilt ansvar för den långsiktiga kompetensuppbyggnaden. Viktiga instrument härför är professionernas grundutbildningar och andra satsningar inom högskolan. Kvalificerade vidareutbildningar kräver engagemang från högskoleinstitutionerna. De samhällsorienterande inslagen behöver förstärkas inom de professionsinriktade högskoleutbildningarna. Samarbete över fakultetsgränserna kan utgöra ett positivt inslag.

Vårt förslag: I högskoleutbildningarna för blivande socionomer, psykologer, sjuksköterskor och läkare skall migrationskunskap, flyktingskap och interkulturell kommunikation ingå i en omfattning som motsvarar minst 5 poäng.

Kompetensfrågor och utbildningsfrågor hänger intimt samman. Utbildning är ett av flera medel att utveckla nya kompetenser. Kompetensutveckling genom utbildning behövs då verksamhetens uppdrag förändrats, då det tillkommit ny och praktiskt användbar kunskap eller då man helt enkelt uppmärksammat påtagliga brister i kompetens. I samtliga dessa fall finns det anledning att överväga på vilken eller vilka nivåer utbildningen behövs – som grundutbildning, fortbildning och/eller vidareutbildning.

Allmänt kan sägas att grundutbildningar ger generalistkompetens. I detta bör ligga att man är allmänt förberedd inför de olika krav som yrket ställer. Den konkreta yrkeskompetensen – handlaget – utvecklas sedan i den praktiska yrkesutövningen. Grundutbildningen skall ha gett en begreppslig grund att stå på, en förståelse för de frågor man kommer

att möta och en kännedom om hur man kan inhämta nya kunskaper och tillföra kompletterande kompetenser. Tyngdpunkten i grundutbildningarnas innehåll ligger avsiktligt på generaliserbar kunskap.

Förändringar av innehållet i en grundutbildning kan leda till förändringar i verksamheternas kompetens, men då endast på mycket lång sikt. Fortbildning och vidareutbildning har en mer direkt relation till praktisk kompetensutveckling. Fortbildning är en bred term, som tillämpas även på punktvisa utbildningsinsatser, av allmän eller preciserad karaktär. Vidareutbildningar är mer omfattande och innebär en fördjupning. I termen ligger att utbildningen är avsedd för yrkesutövare med en viss nivå av praktisk erfarenhet efter grundutbildning. Ofta innebär vidareutbildningen en profilering mot ett specialiserat kompetensområde.

Statsmakten har ett särskilt ansvar för den långsiktiga kompetensuppbyggnaden. Utbildnings- och forskningsverksamheten vid högskolorna utgör här viktiga instrument.

10.2.1 Gemensamma grundutbildningsinslag?

Vi har i föregående avsnitt konstaterat att dålig kännedom om angränsande professioners och verksamheters uppdrag, kompetens och arbetsätt kan utgöra reella hinder för samverkan. Man skulle delvis kunna råda bot på en sådan bristfällig kunskap om man vid utbildningsinstitutionerna samarbetade mer över fakultetsgränserna. Erfarenheterna från sådana undervisningssamarbeten är goda.

En annan åtgärd av betydelse kan vara att förstärka de samhällsorienterade inslagen, framförallt socialkunskapen, i de professionsinriktade högskoleutbildningarna.

10.2.2 Fortbildning av socionomer

Akademikerförbundet SSR har i skrivelse fört fram sin syn på socionomers fortbildningsbehov (S 1995:06, dnr 38/97). Socionomutbildningens generella karaktär medför att en rad arbetsuppgifter inom socialt arbete också kräver kompletterande fortbildningar eller annan kompetensutveckling. I motsats till läkare, sjuksköterskor och numera även psykologer finns ingen formell specialistbehörighet bland socionomer.

Socialtjänsten är barnpsykiatrins viktigaste samarbetspartner. För en hanterbar gränsdragning och ett fungerande samarbete krävs att socialtjänsten fördjupar sin "barnkompetens". Arbetsgivaren måste avsätta fortbildningsresurser, anser SSR. Möjligheten till specialisering kom-

mer att innebära en kvalitetshöjning och att erfarna, duktiga socionomer blir mer benägna att stanna kvar i verksamheten. Vi vill understryka kommunernas och då även de förtroendevaldas ansvar för att detta kommer till stånd (se avsnitt 6.4). För att kvalificerade vidareutbildningar skall komma till stånd krävs ett engagemang av landets högskoleinstitutioner för socialt arbete.

10.2.3 Utbildningsbehov för elevvårdspersonal

Våra förslag i avsnitt 4.3, Skolans elevvård, ställer krav på förhållandevis hög kompetens. Man kan inte utgå från att alla kommuner i dag har tillgång härtill. Skolläkaren är inte sällan allmänläkare utan specialiserad barnerfarenhet, förutom den han fått genom skolhälsovårdskontrollerna. Vi anser att arbetsgivaren bör ställa krav på skolläkare, liknande dem vi vill ställa på läkare som tjänstgör vid barnvårdscentralerna. Omfattningen av skolläkarens tjänstgöring inom skolan eller annan hälso- och sjukvård inriktad mot barn och ungdomar bör vara tillräckligt stor för att läkaren skall kunna vidmakthålla en vidgad erfarenhet av barn och ungdomar. Kuratorn bör ha en stark socionomidentitet med god kännedom om socialtjänsten. Psykologen bör ha kompetens i pedagogisk psykologi, såväl vad gäller utrednings- som åtgärdssidan. På psykologsidan måste man i många fall räkna med fortbildnings- och vidareutbildningsbehov. Specialpedagogisk kompetens behövs också i teamet.

I avsnitt 4.3 pekar vi på behovet av specialpedagoger inom framförallt skola och särskola. De utgör en mycket viktig resurs för en stor andel barn och ungdomar med psykiska problem. Vi står inför en snar och akut brist på specialpedagoger. Vi vill understryka statsmaktens ansvar för specialpedagogutbildningarnas utformning och dimensionering, och välkomnar att Lärarutbildningskommittén (dir. 1997:54) har i uppdrag att se över behovet av specialpedagogisk kompetens.

10.2.4 Barn- och ungdomspsykiatrins utbildningsbehov

I Socialstyrelsens underlagsrapport rörande barn och ungdomspsykiatrin lyfts behoven av att samordna vidareutbildningar fram (Socialstyrelsen 1997:8, underlagsrapport). Expertgruppen bakom rapporten framhåller att barn- och ungdomspsykiatrin behöver vara öppen inför olika typer av behandling, inklusive nya metoder, och att det finns ett stort behov av att följa kunskapsutvecklingen. Det totala antalet anställda i

landet är begränsat, omkring 3 000 personer. Vidareutbildningar skulle kunna samordnas, särskilt när det gäller utbildning i diagnostik och behandling av barn med ovanliga symtom, eller utbildningar med specialinriktning såsom föräldrabehandling, korttidsterapi med barn, unga och deras familjer.

10.2.5 Utbildning i "flykting- och invandrarkunskap"

I högskoleutbildningarna för blivande socionomer, psykologer och läkare m.fl. ingår i stort sett ingen kunskap om migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation. Det är motiverat att det i dessa grundutbildningar blir en skyldighet att införa ett sådant inslag. Det viktigaste utbildningsmålet skulle vara att höja den kulturella medvetenheten hos kursdeltagarna. Förutom ren information bör inslaget ge tillfälle till känslomässig inläring och till kritisk granskning av kulturellt betingade värderingar, förhållningssätt och synen på kunskap. Ett sådant inslag bör kunna bidra till att utveckla det kritiska tänkande som är ett överordnat utbildningsmål. Det utgör ett gott argument för att man inom grundutbildningarna skall "lämna utrymme" för ett sådant inslag.

För de näraliggande behoven krävs fortbildning i migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation. Fortbildning ges prioritet efter de behov och utmaningar som man ställs inför i verksamheten.

Av vår egen kartläggning om vilka kunskaper som behövs för att arbeta interkulturellt med barn, ungdomar och familjer framgår att det finns ett stort behov av fortbildning i att arbeta med tolk. Detta tycks vara ett fortbildningsbehov som inte uppmärksammas i tillräcklig grad.

Under år 1998 startar Tema Etnicitet, formellt tillhörigt Linköpings universitet och förlagt till Campus Norrköping. Skälet till lokaliseringen är att man vill ha kontaktytor mot Invandrarverket och den nyinrättade integrationsmyndigheten. Tillsättning av två professorer pågår. Man kan förmoda att denna förstärkning på forsknings- och utbildningssidan kommer att förbättra möjligheterna till vidareutbildning inom området migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation.

10.2.6 Fortbildning i tidig kommunikation inom BVC

De senaste decennierna har kunskapen om spädbarns utveckling växt lavinartat. Från flera håll har man påpekat att denna nya kunskap behöver föras ut på basnivå. Utredningen om föräldrautbildning, som förordar att alla föräldrar skall erbjudas stöd i föräldraskapet också under det första levnadsåret, understryker att BVC-sköterskorna behöver få tillgång till fortbildning (SOU 1997:161). Birgitta Wickberg, som tagit fram ett kunskapsunderlag om barnafödande och psykisk hälsa för kommitténs räkning (Wickberg 1997, se avsnitt 4.2), anser att föräldrautbildningen under graviditet och spädbarnsår måste uppdateras med innehåll som står i nivå med forsknings- och kunskapsläget. I Västerbottens län har man framgångsrikt arbetat för tidig identifikation av autism via BVC-sköterskorna. Man har dragit lärdomen att sköterskorna behöver kontinuerlig fortbildning i tidig kommunikation om man skall lyckas – men också att relativt begränsade utbildningsinsatser ger resultat (Växa på egna villkor 1998).

10.3 Utvecklingsarbete och forskning – några reflexioner

Vår bedömning: För att stimulera till nya arbetssätt och kompetensutveckling behövs FoU-miljöer där forskare och praktiker möts och ges möjlighet att tillsammans formulera frågor och dokumentera erfarenheter. Kunskapsutvecklingen främjas av att det finns forskningskunniga praktiker i ledande position.

Det finns ett allmänt behov av att i det psykosociala arbetet öka inslaget av strukturerade metoder som går att utvärdera. Åtgärder behöver följas upp mer än vad som görs i dag. Det gäller även samverkansformer. En nationell samordning av statistik för socialtjänst, BUP m.fl. verksamheter, skapar möjlighet till förbättrad överblick och kommunikation.

En epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa kan förväntas ge viktiga bidrag till kunskapsutvecklingen. Flickors och pojkars problematik skiljer sig åt, vilket måste ägnas ökad uppmärksamhet i forskning och utveckling. Behandlingsforskningen är eftersatt och här finns stora utvecklingsbehov.

Vårt förslag: Den nu arbetande forskningspolitiska kommittén ges i uppdrag att särskilt utreda behovet och samhällsnyttan av forskning rörande barns och ungdomars utveckling och psykiska hälsa, inklusive forskning kring förebyggande och behandlade insatser.

10.3.1 Miljöer för forsknings- och utvecklingsarbete

Det psykosociala kunskapsområdet, inklusive merparten av barnpsykiatri, är vad man populärt kallar "mjukt". Socialt arbete, psykologinsatser och barnpsykiatriska insatser vilar mer på beprövad erfarenhet än på hård vetenskap. Forskningsaktiviteten är relativt låg, och skälen härtill är sammansatta.

Den mångskiftande och rörliga verklighet som praktikerna dagligen orienterar sig i låter sig inte självklart inordnas i de krav som den traditionella empiriska vetenskapen ställer. Man har olika syn på vad som är värdefull kunskap. Den universitetsanknutna forskningen arbetar endast i begränsad utsträckning med frågor som praktikerna anser omedelbart angelägna. Rent geografiskt rör sig forskaren och praktikern oftast i skilda miljöer. De metoder som forskaren är förtrogen med är inte utvecklade för att ge svar på frågor av den typ som praktikern ställer. Praktikerns sätt att sammanfatta sin kunskap svarar inte mot vetenskapssamhällets krav. Syntesen mellan vetenskap och beprövad erfarenhet är således mycket svårare att uppnå inom det psykosociala kunskapsområdet än inom medicinen. För att stimulera vidare utveckling behövs miljöer där forskare och praktiker möts och har möjlighet att formulera gemensamma frågor och mål. Sådana utvecklas i dag på många håll.

Socialstyrelsen satsar på forskning och praktik inom socialtjänsten

Socialstyrelsens programområde "Forskning – Praktik" har som målsättning för åren 1997-1999 att medverka till etablering och utveckling av FoU-miljöer i åtminstone hälften av landets län. Det långsiktiga målet är att socialtjänsten i varje kommun skall ha tillgång till relevant FoU-kompetens. Formerna för detta och hur samspelet mellan forskning och praktik utvecklas kommer att variera utifrån lokala förhållanden och lokala önskemål (Socialstyrelsen, S/UU 1997).

Socialstyrelsens satsning vilar på tre ben: 1) stöd till lokala/regionala kunskapscentra (FoU-enheter), 2) stöd till nätverk för verksamhetsutveckling med forskarmedverkan och 3) bidrag till utveckling av

kunskap kring samspelet mellan forskning och praktik (Socialstyrelsen, S/UU 1997).

Det finns många exempel på lokalt förankrad och praktisk kunskapsutveckling där forskare och praktiker tillsammans dokumenterar erfarenheter och samlar kunskap. Syftet är att utvärdera och utveckla det praktiska arbetet. Genom att praktiker deltar i forskningen, inte som objekt utan i arbetet, blir möjligheterna att använda resultaten sannolikt större än vid traditionell uppdragsutbildning. Universitetens/högskolornas roll i sammanhanget skiftar över landet. De olika FoU-enheterna är allt i fråga fullständigt oberoende från universitet och högskolor till helt integrerade i en högskola (Ternhag 1997).

10.3.2 Behov av behandlingsforskning

Behoven av forsknings- och utvecklingsinsatser är mest omfattande då det gäller behandling och andra åtgärder. Om man exempelvis ser till barn med svåra koncentrationsstörningar, med en DAMP- eller ADHD-diagnos, finns det ett rikt utbud av rapporter om problemens förekomst och hur de yttrar sig. Söker man däremot efter rapporter där man tydligt beskrivit och systematiskt prövat åtgärdsprogram för barn med DAMP blir utdelningen i stället tunn. Denna obalans till behandlingsforskningens nackdel gäller inte bara ADHD/DAMP utan är typisk för flertalet psykiska problembilder.

I Socialstyrelsens nationella översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården nämns fyra grupper barn och ungdomar för vilka man i dag saknar adekvata behandlingsmetoder: ungdomar med en kombination av allvarlig psykiatrisk och social problematik, aggressiva och utagerande pojkar, förövare av våld och sexuella övergrepp och självdestruktiva flickor. Dessa gruppers hjälpbehov är omfattande och de behandlingsmetoder som finns är otillräckliga.

Behandlingsforskningen kring utagerande barns och ungdomars problematik befinner sig i ett inledande skede. Aktuell forskning tyder på att metoder som innefattar ungdomarnas föräldrar på olika sätt, t.ex. familjeterapi, föräldrautbildning, föräldraträning och föräldrasamverkan har positiva effekter. Stöd finns också för att ungdomarna drar nytta av kognitivt beteendearbetande metoder, t.ex. social färdighetsträning (Fransson & Armelius 1996, Hansson 1996).

Det är också viktigt att uppmärksamma skillnader mellan könen. Flickors och pojkars problematik skiljer sig åt i många hänseenden, och de flesta ungdomsstudier handlar mest om pojkar.

10.3.3 Allmänt behov av mer strukturerade och utvärderingsbara metoder

För att behandlingsforskning skall komma till stånd krävs att man bemödar sig om att tydliggöra och dokumentera sitt arbetssätt. Allmänt gäller att strukturerad metodik är mer möjlig att utvärdera och studera än mindre strukturerade arbetssätt. Detta är ett gott skäl att eftersträva ett ökat inslag av strukturerade metoder, men utgör inget kategoriskt argument mot flexibla arbetssätt. Att studera dynamiska processer med komplexa utfall är dock en mer krävande och långsiktig forskningsuppgift. Detta är ett av skälen till att det finns så lite behandlingsforskning.

För sammansatt problematik som kräver insatser från flera verksamheter i samverkan behöver även samverkansformerna i sig bli föremål för systematisk metodutveckling och forskning (se vårt förslag om regionala kunskapscentra, avsnitt 9.4).

10.3.4 Uppföljning av åtgärder inom skolan

I avsnitt 4.3 konstaterade vi att verksamhetsuppföljningen i kommunernas skolor är alltför dålig. Vi refererade till Skolverket, som alltså funnit sådana brister. Det finns behov av att utveckla arbetssätt där explicita mål och utvärderingskriterier utgör naturliga inslag i arbetet. Skolan är inte på något sätt ensam om att brista på denna punkt.

10.3.5 Gemensam statistik

Det finns stora potentiella vinster med en nationell samordning av statistik om de verksamheter som har ett tydligt ansvar för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem. För att underlätta kommunikation och överblick bör verksamhetsredovisningar, ekonomisk statistik och målgruppsrelaterad statistik innehålla gemensamma basdata.

Inom ramen för projektet Ny statistikstruktur har ett omfattande arbete bedrivits med att utveckla och förändra den officiella socialtjänststatistiken. Arbetet har nu kommit så långt att en förändrad uppgiftinsamling kommer att påbörjas fr.o.m. 1998-års statistik. Syftet med omläggningen är att anpassa statistikens innehåll till dagens struktur och arbetssätt inom socialtjänsten, för att bättre kunna beskriva läge och utveckling av verksamheten. Den nya statistiken skall oberoende av hur verksamheten är organiserad i kommunen belysa verksamhetens struk-

tur, prestationer och personer som får insatser samt kvalitet och resultat. Uppgifter om verksamhetens struktur kommer i huvudsak att insamlas vart tredje år och från alla kommuner. Enkla basfakta om utförda prestationer och om antalet personer som får del av insatserna kommer att samlas in varje år från samtliga kommuner, medan uppgifter om verksamhetens kvalitet och personal är tänkta att samlas in på urvalsbasis via den s.k. kommunpanelen. I arbetet med statistikomläggningen ingår att öka tillgängligheten, bl.a. genom att lägga in resultat i Internet (Socialstyrelsen ÅR 1997).

Socialstyrelsen uttalar i sin nationella översyn av psykiatrin att det finns behov av att bättre samordna barn- och ungdomspsykiatriens statistik och verksamhetsredovisningar (Socialstyrelsen 1997:8). Redovisningarna bör innehålla gemensamma basdata som är enhetligt definierade. Därutöver kan uppläggningsen styras fritt, utifrån lokala önskemål och behov. Vi har fört relativt ingående diskussioner och har utarbetat ett förslag på en sådan "minsta gemensamma BUP-statistik", som vi anser skulle vara ändamålsenlig för att fortlöpande ge basfakta om aktuella problembilder och behandlingsinsatser. Vi har valt att överlämna vårt förslag direkt till Socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

10.3.6 Forskningsinsatser

Forskning som bedöms ha relevans för det praktiska arbetet stimulerar utveckling. Vi delar Socialstyrelsens bedömning att det är angeläget att det finns forskningskunniga praktiker i ledande positioner. Då forsknings- och utvecklingsarbete är en del av verksamheten sker en naturlig inskolning för personalen i att söka information och upprätta kanaler för utbyte.

Enligt direktiven till Kommittén för den svenska forskningspolitiken (dir. 1997:67) bör de offentliga resursinsatserna prioriteras "till områden där enskilda företag inte skulle utföra forskningen". Enligt nu gällande riktlinjer för forskningspolitiken (prop. 1996/97:5) betonas forskningens relevans för samhället och forskningens nyttiggörande. Vi anser att forskning om barns och ungdomars utveckling och psykiska hälsa, om förebyggande insatser och om behandlingsmetoder bör vara ett prioriterat område, och att detta ligger i linje med nu gällande forskningspolitiska beslut. Tvärvetenskapliga ansatser bör i detta sammanhang uppmuntras. Det är angeläget att forskningsråden och andra finansierare satsar även på stora och långsiktiga projekt.

En epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa vid Socialstyrelsens EpC har goda förutsättningar att utgöra ett

dynamiskt inslag i den totala kunskapsutvecklingen (se vårt förslag i kapitel 5).

10.4 Psykologiska test i barn- och ungdomspsykologiska utredningar – behovet, nyttan och finansieringsfrågan

Vår bedömning: Psykologiska test som är väl utprovade och tillförlitliga har ett stort praktiskt värde. De kan bidra till kvalitet och kostnadseffektivitet i de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem. Finansiering av testutveckling är ett allvarligt problem som måste finna en lösning. Detta är en metodutvecklingsfråga som behöver lösas på en övergripande nivå.

Vårt förslag: Regeringen initierar en fond för detta ändamål, att förvaltas av Socialstyrelsen med stöd av en nämnd som ansvarar för vetenskaplig och praktisk värdering av inkomna ansökningar.

Inom de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem finns det ett allt större intresse för individuella utredningar och diagnostik. Sådana utredningar kan vara aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri, i anslutning till LVU-placeringar inom socialtjänsten, inom skolan vid inlärnings- och koncentrationssvårigheter, vid utvecklingsbedömningar inom barn- och ungdomshabiliteringen, vid behandlingsuppföljning av svårt och kroniskt sjuka barnmedicinska patienter, samt då det inom barnhälsovården eller förskolan finns frågor kring barnets utveckling och eventuella behov av särskilt stöd. Vid individuella utredningar används ofta psykologiska test.

10.4.1 Definition av psykologiska test

Psykologiska test kan definieras som standardiserade metoder som mäter människans psykiska och psykofysiologiska funktioner. Det kan röra sig om varierande funktioner, allt från avgränsade sensoriska och motoriska funktioner till mer komplexa processer som minne, personlighetsegenskaper, omedvetna föreställningar, intelligens, kreativitet, emotioner och psykisk ohälsa. Bakom olika psykologiska test ligger olika psykologiska teorier och tillämpningar. Vid testning av barn och ungdomar är *utvecklingsaspekten* nästan alltid av intresse. Det kan

gälla barnets utveckling i någon av de ovannämnda funktionerna, eller man kan via ett bredare test vilja få ett mått på barnets allmänna utveckling och mognad.

10.4.2 Test ingår i ett sammanhang

Test är endast ett hjälpmedel i en utredning och kan aldrig utgöra enda grund för avgöranden. I utredningen ingår också samtal, observation och andra undersökningsmetoder samt en sammanvägning och tolkning av all information.

Test måste bedömas efter den kvalitet som instrumenten har i förhållande till den konkreta användningssituationen och med beaktande av den användande psykologens kompetens. Testresultat blir meningsfulla först då de tolkas. Uttolkaren, psykologen, är den som dels har kunskap om instrumenten och om hur de skall utvärderas, dels har fackkunskaper om de psykiska processer som instrumenten speglar. God psykologkompetens är således en förutsättning för meningsfull testanvändning.

10.4.3 Kvalitetskrav

För att utredningarna skall vara meningsfulla och kostnadseffektiva måste de vara av god kvalitet. Detta förutsätter en allmän professionell kompetens och tillgång till goda metoder. För att möta rimliga kvalitetskrav måste psykologiska test ha varit föremål för en grundlig utprovning på barn och/eller ungdomar i Sverige. Detta är en omfattande procedur, vilket framgår av nedanstående redogörelse. En särskild utmaning är att vi i dag lever i ett mångkulturellt samhälle, och att detta kan kräva särskilda hänsyn vid såväl utprovningen av testmetoder som vid tolkningen av enskilda utredningsresultat (Brunåker m.fl. 1996).

10.4.4 Testkonstruktion och utprovning av test

Att ett test är *standardiserat* innebär att det alltid ges på samma sätt och under likartade betingelser och att svaren utvärderas enligt på förhand givna kriterier. Testresultatet måste sedan kunna jämföras med hur andra personer i samma ålder och liknande kulturell bakgrund löser samma uppgifter. Detta förutsätter att testet har *normerats*, det vill säga utprovats på ett stort antal individer så att man vet hur svaren kan variera. Testet måste också vara tillförlitligt (eller med en teknisk term

reliabelt), det vill säga en persons testresultat varierar inte helt slumpmässigt utan skulle bli ungefär detsamma om han eller hon upprepade testningen vid ett annat tillfälle. Givet en god tillförlitlighet står och faller nyttan med att testet är ett giltigt mått på den psykiska egenskap som man avsåg mäta (eller med en teknisk term att det har *validitet*).

Det är en särdeles stor utmaning att på ett tillfredsställande sätt utpröva och normera ett barntest. Man måste ta utvecklingspsykologiska hänsyn i utformandet av det konkreta testmaterialet, så att det förutom att det är standardiserat också är motiverande och möjligt att praktiskt arbeta med. Testet behöver prövas med ett ansevärt antal barn inom alla de åldersintervall som man har för avsikt att täcka, för att man skall kunna bedöma tillförlitligheten och giltigheten för olika åldrar. Den slutliga normeringen, som ger oss upplysning om hur svaren varierar inom ett visst åldersintervall, kräver en omfattande datainsamling. Ju bredare åldersintervall desto fler barn behöver man testa, för att få en säker grund att stå på i den praktiska tillämpningen.

Det ligger således ett omfattande arbete bakom ett psykologiskt test av god kvalitet. Det gäller uppenbart de test som har utvecklats från grunden i Sverige, men också de instrument som ursprungligen är framtagna i andra länder. För dem krävs anpassning till vår språkliga och kulturella miljö och en förnyad utprovning. Psykologiska instrument skiljer sig således från medicinsk apparatur och metodik som kan användas direkt över nationsgränserna. Fördelen med de internationellt utvecklade testen är att användning av dem gynnar utbytet och kunskapsutvecklingen över gränserna. För att de inhemska likaväl som de internationella testen skall hålla den kvalitet som krävs för att de skall fungera effektivt måste man alltså räkna med att satsa rejält med FoU-medel. En ytterligare faktor är att även väl utprovade test måste uppdateras och utsättas för förnyad utprovning med några tiotal års mellanrum.

10.4.5 Finansieringsfrågan

Finansieringen av testutveckling utgör i dag ett stort problem. En kartläggning som tidigare genomförts av Psykologförbundet, har visat att forskare och andra professionella aktörer likaväl som kommuner och landsting är överens om att frågan är viktig. Lika samfällt anser de att finansieringsansvaret måste ligga hos någon annan än dem själva (Göransson 1995). Forskningsråden lågprioriterar testutveckling, eftersom man ser det som metodutveckling snarare än ren forskning. De verksamheter som är beroende av att ha tillgång till kvalitetsmässigt

goda test anser att testutveckling är för kostsamt för att rymmas inom FoU-ansvaret.

Trots dessa svårigheter finns det test av god kvalitet, även om utbudet är otillräckligt och åldras snabbt. Utvecklingen av dem har bekostats genom ett varierande lapptäcke av bidrag. Forskarsidan står ofta för en första utveckling av testmetoder, och också för att relativt färdiga test prövas i nya sammanhang. Forskningsfinansiärerna bidrar därmed till vissa delar av hela utvecklingspaketet. Exempel på fonder som bidragit till utvecklingen av barntest är Allmänna Barnhuset, Förstamajblommans riksförbund, Solstickan, Riksbankens Jubileumsfond. Verksamheter som använder sig av test kan bidra med viss psykologarbetstid för den praktiska utprovningen. Detta senare inslag har dock blivit alltmer sparsmakat, i takt med att kraven på omedelbar resultatredovisning ökat. Psykologstuderande har i ganska många fall deltagit i insamlingen av testdata, inom ramen för praktiska moment och/eller uppsatsarbeten. I viss mån har FoU-medel från kommuner och landsting skjutits till. Psykologförbundet och det numer privatägda Psykologiförlaget ab, som är den största förläggaren av test i vårt land, har bidragit med mindre summor. Under åren 1994-1997 har Socialstyrelsen inom ramen för stimulansbidragen för habilitering och rehabilitering finansierat större delen av ett par projekt för utveckling av barntest. I ett av dessa projekt bidrog också Landstingsförbundet med en engångsinsats. Socialstyrelsens satsning har varit unik och lett till resultat men den innebär inte en långsiktig lösning på finansieringsfrågan.

Utvecklingskostnader

Det går inte att sätta en allmängiltig prislapp på vad det kostar att utveckla ett praktiskt användbart test. Förenklat kan man säga att ju bredare testet är i sitt användningsområde, desto mer kostsamt är det att ta fram. De test som Socialstyrelsen nyligen delfinansierat utgör exempel på sådana breda instrument, och den totala utvecklingskostnaden ligger någonstans mellan 1-3 miljoner kronor. Den högre siffran inrymmer då kostnader som "smugits in" i olika intressenters ordinarie budget. Det finns emellertid en rad instrument, av stort praktiskt värde, som är mer specifika och mindre dyrbara att utveckla. Som ovan konstaterats behövs båda typerna av instrument.

Enligt Stiftelsen för Tillämpad Psykologi, Sveriges Psykologförbund, skulle en uppdatering och förnyelse av viktiga psykologiska test kosta omkring 60 miljoner kronor, fördelade över 5-8 år. Detta innefattar då drygt 30 olika test för *alla åldrar och offentliga verksamheter*,

alltså inte bara barn- och ungdomsområdet. Efter en sådan storsatsning skulle mindre belopp behöva satsas för att avveckla/uppdatera instrument som blivit inaktuella. Testutveckling för barn och ungdomar betingar uppskattningsvis en tredjedel av den totala kostnaden, det vill säga omkring 20 miljoner kronor över en period på 5-8 år.

10.4.6 Initiativ från Socialstyrelsen

En arbetsgrupp kring behovet och värdet av psykologiska test

I juni 1995 gav Styrgruppen för hälso- och sjukvårdsfrågor vid Socialstyrelsen Sveriges Psykologförbund i uppdrag att närmare kartlägga behovet och värdet av normerade test inom psykologiområdet. Arbetet har bedrivits tillsammans med representanter för Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Arbetsgruppen, som kallat sig "Testnyttan", har nyligen redovisat sina ståndpunkter. Man anser att psykologiska test har ett stort värde i praktisk psykologisk verksamhet, *bland annat* i de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem och där man ofta har anledning att utreda det enskilda barnets behov av vård och stöd. Då psykologiska test används på ett professionellt sätt bidrar de till både kvalitet och kostnadseffektivitet.

Utöver sin uttalade uppgift valde arbetsgruppen att diskutera den kort- och långsiktiga finansieringen av testkonstruktion och testutprovning. Arbetsgruppen tvingas konstatera att finansieringsfrågan är olöst, men pekar på möjliga finansieringsformer för testutveckling. Dessa kan föras in under tre huvudgrupper:

- a) Försäljningspriset på testet täcker de totala kostnader som utveckling och utprovning av den svenska versionen av testet betingat.
- b) De psykologiska högskoleinstitutionerna och den därtill knutna forskningen axlar ett större ansvar för testteoretisk kunskapsutveckling, testkonstruktion och praktisk utprovning.
- c) En eller flera finansieringskällor skapas som kan bidra till aktuella och prioriterade projekt, dvs. någon form av fondlösning. Fonden måste antingen vara tillräckligt stor för att avkastningen skall kunna bidra på ett meningsfullt sätt eller kontinuerligt fyllas på.

Arbetsgruppen konstaterar att ingen av ovanstående lösningar är heltäckande eller utan problem.

Socialstyrelsens tillsynsansvar

Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsgrupp har i ett brev ställt till Stiftelsen för Tillämpad Psykologi, Sveriges Psykologförbund, uttalat att man anser att man har ett tillsynsansvar då det gäller psykologiska test (dnr 52-9333/1997). Man hänvisar till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24 M), och då särskilt 4 b §. Denna slår fast att:

- Kvalitetssystemen skall innehålla rutiner för
- hur nya metoder för diagnostik, vård och omhändertagande skall introduceras
 - hur lämpliga metoder för diagnostik, vård och metoder skall tillämpas
 - hur inaktuella metoder för diagnostik, vård och metoder skall avvecklas.

Det är vårdgivarens ansvar att utveckla kvalitetssystem, medan Socialstyrelsen i sin verksamhetstillsyn har att bevaka att hälso- och sjukvården har ändamålsenliga kvalitetssystem för egenkontroll i sin verksamhet.

Socialstyrelsen uttrycker i ovannämnda brev att det ingår i styrelsens uppgift att följa upp att tillgängliga psykologiska testmetoder uppfyller de krav som man kan ställa vad gäller utveckling och tillämpning av dessa metoder. Vidare sägs att Socialstyrelsen överväger att ge ut allmänna råd som berör grundläggande krav på testmetoder, krav som kan tillämpas inom olika användningsområden för att underlätta för vårdgivarna att bedöma kvalitet hos testen.

10.4.7 Våra överväganden

Psykologiska test som är väl utprovade och tillförlitliga och som används på ett professionellt sätt är synnerligen viktiga instrument i psykologiska utredningar. De bidrar till såväl kvalitet som kostnadseffektivitet i de verksamheter som möter barn och ungdomar med psykiska problem, då man har anledning att utreda det enskilda barnets behov av vård och stöd. Vi är mycket positiva till Socialstyrelsens engagemang i frågan såväl vad gäller tillsyn som planerna på att ge ut allmänna råd rörande grundläggande krav på testmetoder. Detta rör kvalitetsfrågor för vilka det finns anledning att ta ett övergripande samhällsansvar. Test som är undermåliga och/eller test som används felaktigt kan ställa till stor skada för den enskilde.

Vi anser att det är synnerligen angeläget att finansieringen av testutveckling finner en lösning, så att de instanser som arbetar med barn och

ungdomar med psykiska problem framgent har tillgång till metoder av god kvalitet. Inget av de finansieringsförslag som skisserats av arbetsgruppen "Testnyttan" är emellertid problemfritt.

- a) Att låta *försäljningspriset täcka kostnaderna* innebär att ett testmaterial kan komma att betinga ett pris på 15 000-20 000 kr eller mer. Det blir då mycket stöldbegärligt, och testprotokoll och andra förbrukningsmaterial riskerar att piratkopieras. Det blir svårt att beräkna intäkter, att lägga en budget för investeringen och att finna riskvilligt kapital.
- b) *Högskoleinstitutionernas engagemang* begränsas av vad "forskningsfronten" bjuder, vilka möjligheter till forskningsfinansiering som finns och vilka insatser som i övrigt är meriterande för forskarna. Psykologstudenter kan bara medverka i den utsträckning som utvecklingsarbetet sammanfaller med de egentliga utbildningsmålen.
- c) Problemet med en *fondlösning* är att få loss pengar och att hitta en gynnsam organisation. Fondlösningen borde kunna vara intressant för alla de aktörer som hittills bidragit till "lapptäcket". Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, som representerar verksamheter som är beroende av tillgången på kvalitativt goda metoder, borde kunna ha ett långsiktigt intresse.

Detta är en metodutvecklingsfråga som behöver lösas på en övergripande nivå. En fondlösning är den enda som skulle skapa stabilitet, och vi föreslår därför att regeringen initierar en fond för detta ändamål. Denna skulle kunna förvaltas av Socialstyrelsen, med stöd av en nämnd som ansvarar för vetenskaplig och praktisk värdering av inkomna ansökningar.

Även med en fond är det rimligt att tänka sig att projekt måste delfinansieras via försäljningsintäkter och insatser från högskoleinstitutionernas sida.

För ekonomiska konsekvenser av vårt förslag – se avsnitt 11.9.

11 Ekonomiska konsekvenser

Vår bedömning: De sammantagna beräkningsbara kostnaderna för våra förslag uppgår till 615 miljoner kronor. Av dessa åtgår 300 miljoner till att låta barn behålla sin barnomsorgsplats även sedan en förälder blivit arbetslös. Kostnaderna för våra förslag kan ställas i relation till att samhällets totala beräkningsbara kostnader för stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem uppgår till 11 100 miljoner kronor.

Flertalet av de förslag som betingar beräkningsbara kostnader är inriktade på prevention. Vår bedömning är att de i själva verket kan innebära besparingar, även på kort sikt. Det som satsas i exempelvis skolan kan relativt omgående minska vissa utgifter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. I den mån man genom preventiva åtgärder kan minska behovet av vård utanför det egna hemmet, är de långsiktiga vinsterna betydande.

Vi vill påpeka att kommunerna i dagsläget inte förmår leva upp till sina lagstadgade skyldigheter gentemot barn och ungdomar i behov av särskilt stöd i skolan. Brister rapporteras också från barnomsorgen. Vi har även konstaterat att barn- och ungdomspsykiatrin inte förmår leva upp till vårdgarantin. Vi har inte underlag för att bedöma vilka ekonomiska satsningar som skulle krävas för att efterleva lagstiftarens intentioner. Vår bedömning är dock att det krävs resurstillskott.

Barns och ungdomars utveckling, hälsa och välbefinnande måste ges högsta prioritet.

Nedan görs ekonomiska konsekvensanalyser av våra förslag.

Enligt allmänna direktiv har utredningen haft att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), att redovisa konsekvenser ur jämställdhetssynpunkt (dir. 1994:124) samt konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49). Vi har i utredningsarbetet löpande beaktat dessa. Vi har bl.a. redovisat goda exempel på olika verksamheter från både små och stora kommuner, glesbygd och storstad samt tagit hänsyn till olika behov i våra förslag. Som exempel på detta kan nämnas våra överväganden gällande regionala kunskapscentra för frågor om miss-

handel och sexuella övergrepp mot barn. Med hänsyn till genderperspektivet har vi varit uppmärksamma på könsskillnader i riskfaktorer och problembilder hos barn och ungdomar. Då det funnits skäl har vi redovisat flickors och pojkars olika situation och problem var för sig. Vi har uppmärksammat att utagerande flickors problem blivit föremål för relativt sett mindre forskning och utvecklingsarbete än vad fallet är för pojkar. Vi förordar att ungdomsmottagningarna utvecklar sitt arbetssätt så att pojkars behov tillmötesgår.

Mot bakgrund av de omfattande preventiva åtgärder vi föreslår är det svårt att bedöma de långsiktiga kommunalekonomiska effekterna av våra förslag.

11.1 Beräkning av kostnader för skolans elevvård (avsnitt 4.3)

I inte ringa utsträckning handlar förslaget om metodfrågor och prioriteringar inom befintlig verksamhet. En huvudprincip är att elevvården skall bygga på en hög grad av professionalitet. Man kan anta att vissa besparingar då kan göras genom att behovet av mindre genomtänkta nödlösningar minskar. Får problemen för en enskild elev eller grupp elever växa sig ohanterligt stora måste alltid särskilda åtgärder vidtas. Med en bättre elevvårdsbas torde behovet av sådana, ofta mycket kostsamma, insatser begränsas.

Det vore emellertid orealistiskt att påstå att förslaget inte skulle betinga några särskilda kostnader.

Den genomsnittliga elevvårdskostnaden för samtliga huvudmän uppgick år 1997 för grundskolan till 900 kr/elev, vilket motsvarar ca 1,7 % av den totala elevkostnaden. Motsvarande uppgifter från gymnasieskolan är 800 kr/elev vilket motsvarar ca 1,3 % av den totala elevkostnaden. Sammantaget uppgick kostnaderna för elevvård till 850 miljoner kr för grundskolan och 250 miljoner kr för gymnasieskolan.

För att bedöma behovet av särskild elevvårdspersonal, och eventuella kostnadsökningar för denna, har vi studerat tre kommuner som redan i dag arbetar i likhet med vårt förslag, två större städer och en mindre industrikommun. Vi har studerat bemanning och kostnader för elevvård i respektive kommun. I samtliga av de studerade kommunerna är den genomsnittliga elevvårdskostnaden högre än för riket. Bemanningen av psykologer, kuratorer, skolläkare och sköterska ligger på en nivå som minst motsvarar riksgenomsnittet för år 1994. Kostnaden för

elevvård för grundskolan år 1995 (finns ej jämförelsedata från år 1994) uppgick till ca 1 000 kr/elev, dvs. ca 100 kr mer än nuvarande nivå.

Våra tre kommunstudier ger vid handen att vårt förslag skulle innebära att grundskolans elevvård måste ligga något över den nivå som motsvarar riksgenomsnittet för läsåret 1994/95. Detta innebär en ökning med 200 kr/elev, från 900 kr/elev till 1 100 kr/elev.

För att kunna tillgodose gymnasieelevernas behov av elevvård bör kostnaderna uppgå till motsvarande grundskolans nivå, dvs. en ökning med 300 kr/elev, från 800 kr/elev till 1 100 kr/elev.

För att få fram merkostnaden för den direkta elevvårdspersonal som följer av vårt förslag har vi gått till väga på följande sätt:

- Kostnadsökning för grundskolan blir ca 190 miljoner kr (200 kr x 950 000 elever).
- Kostnadsökningen för gymnasieskolan blir ca 93 miljoner kr (300 kr x 310 000 elever).

Tabell 11.1 Grund- och gymnasieskolans kostnader för elevvård och den merkostnad som följer av vårt förslag. Kostnader uttryckt i miljoner kronor.

	Nuvarande kostnad	Merkostnad
Grundskola	850	190
Gymnasieskola	250	93
Summa	1 100	283

Förslaget innebär en merkostnad på ca 285 miljoner kr för skolans elevvårdande personal. Som jämförelse kan nämnas att skolans totala budget är 67 000 miljoner kronor (Skolverket 1997:134). Ökningen på 190 miljoner kr för grundskolan som vårt förslag medför innebär t.ex en personalökning motsvarande en elevvårdspersonal på ca 1 900 elever. För gymnasieskolan motsvarar ökningen på ca 93 miljoner kr en personalförstärkning med en elevvårdspersonal på 1 200 elever. Våra beräkningar innefattar inte de extra kostnader som kan uppstå till följd av att elevers behov, genom en förstärkt elevvård, uppmärksammas och blir föremål för stödåtgärder i ökad grad.

Redan nu rapporterar skolorna att man har otillräckliga resurser för att hjälpa elever i behov av särskilt stöd. I 60 % av grundskolorna och 50 % av gymnasieskolorna uppger skolorna själva att de inte alls (Gr 8 %, Gy 5 %) eller delvis inte (Gr 52 %, Gy 45 %) klarar av att ge elever i behov av särskilt stöd den *hjälp de är berättigade till* (Tillståndsbeskrivningen 1997). Enligt vårt förslag skall gymnasieeleverna

bli berättigade till hjälp i motsvarande omfattning som grundskole-eleverna, och avståndet till måluppfyllelsen kan därmed antas öka.

En fullständig kostnadsberäkning omöjliggörs av att vi inte har fullständiga uppgifter om hur långt från måluppfyllelse den genomsnittliga kommunen befinner sig, vare sig enligt nuvarande lagstiftning eller enligt vårt förslag med en förstärkning av gymnasieelevers rätt till särskilt stöd. Här saknas uppgifter som det inte heller varit möjligt för oss att ta fram.

Vi vill dock understryka att en förstärkt elevvård, inklusive ett bättre stöd till gymnasieelever, bör ses som en del av hela den kommunala verksamheten. Barn och ungdomar som finner sig dåligt till rätta och far illa i skolan kräver förr eller senare särskilda insatser. Om man genom ett bättre stöd till gymnasieelever kan ge fler tonåringar en chans att avsluta sin skolgång kan detta innebära att de t.ex. inte behöver belasta socialtjänstens resurser. Allmänt kan också sägas att det är ett slöseri med redan satsade resurser att acceptera att elever lämnar skolan med icke godkända betyg och kunskaper som inte svarar mot samhällets krav.

11.2 Kostnader för ökat BVC-stöd till flyktingbarn (avsnitt 4.4)

Vi föreslår att barnhälsovården skall erbjuda flyktingfamiljer med förskolebarn en serie hälsokontroller, för att i lugn takt genomföra vaccinationsprogram och de sedvanliga screeningundersökningarna, samt ge stöd i föräldraskapet. Vi bedömer att detta skulle innebära en merkostnad för BVC med 4 000 kronor per barn. På basis av aktuell statistik från Invandrarverket kan man räkna med att högst 400 barn per år skulle vara aktuella för sådana insatser, givet att antalet asylsökande ligger på samma nivå som år 1997.

Den totala merkostnaden för riket skulle då vara
 $400 \times 4\,000 \text{ kr} = 1,6 \text{ miljoner kr.}$

Denna kostnad innebär sannolikt en överskattning, eftersom vi håller för troligt att kostnader i primärvård och annan hälso- och sjukvård skulle minska till följd av detta förslag.

11.3 Ekonomiska konsekvenser för våra förslag inom förebyggande verksamhet – särskilt utsatta grupper (avsnitt 4.5)

Vi har i avsnitt 4.5 föreslagit ett utökat ansvar för vuxenvården när det gäller barn till psykiskt eller allvarligt fysiskt sjuka föräldrar eller föräldrar som missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detta är en i princip helt ny skyldighet för vuxenvården, vilket innebär att personal måste avsätta tid för kompetensutveckling och för samtal med barn i det löpande arbetet. Stimulansbidrag är motiverade för att utveckla nya arbetssätt inom vuxenvården och för att utveckla samarbetet mellan myndigheter och ideella organisationer. I det senare fallet anser vi att medel ur Allmänna arvsfonden skulle kunna användas för att stödja projektverksamheter.

11.4 Ekonomisk konsekvensanalys av förslaget om bibehållen barnomsorg för barn till arbetslösa föräldrar (avsnitt 4.6)

Enligt beräkningar gjorda av Svenska Kommunförbundet (underhand 1997) hade cirka 21 300 barn (1-5 år) fått förändrade villkor inom barnomsorgen på grund av att en förälder blivit arbetslös. Av dessa hade ca 5 300 barn förlorat platsen antingen direkt eller efter viss tid. Enligt undersökningen hade 85 % – ca 4 500 barn – av dessa tvingats att lämna sin plats. Därutöver fanns ca 14 700 barn för vilka barnomsorgen begränsats till ett antal timmar (vanligen 3 timmar per dag, eller motsvarande 37 % deltid) efter att någon förälder blivit arbetslös. Cirka 8 100 av dessa barn (55 %) hade påtvingats tidsbegränsningen mot föräldrarnas vilja.

För att få fram de ekonomiska konsekvenserna av att dessa barn skulle ha fått behålla sin barnomsorgsplats med oförändrade villkor måste antalet barn räknas om till heltidsinskrivna barn. Nettokostnaden för ett heltidsinskrivet barn i barnomsorgen är 80 400 kr per år (Jämförelsetal för socialtjänsten 1996 och Vad kostar verksamheten i din kommun 1995). Vanligtvis utnyttjas barnomsorgsplatsen i genomsnitt 6 timmar per dag, dvs. motsvarande 75 % deltid. Antalet vistelsetimmar för ett heltidsinskrivet barn antas uppgå till 8 timmar per dag. Omräknat från deltidinskrivna barn till heltidsinskrivna blir alltså antal barn:

- 3 375 heltidsbarn ($4\,500 \times 0,75$) som tvingats att lämna sin plats i barnomsorgen efter att föräldrarna blivit arbetslösa.
- 3 040 heltidsbarn ($8\,100 \times 0,375$) som påtvingats en tidsbegränsning mot föräldrarnas vilja.
- Totalt 6 415 heltidsbarn ($3\,375 + 3\,040 = 6\,415$ barn) á 80 400 kr = ca 0,5 miljarder kronor och år.

Beräkningarna utgår ifrån de barn som hade barnomsorgsplats och för vilka villkoren förändrats efter det att föräldern blivit arbetslös.

11.4.1 Ekonomiska konsekvenser över tiden

Två faktorer som kan tänkas påverka kostnadsutvecklingen över tid är antalet barn och arbetslöshetens utveckling.

Antal barn

År 1990 föddes ca 124 000 barn. Födelsefallen är på väg ner och under år 1997 föddes drygt 94 000 barn. Det innebär att det totala antalet barn 1-5 år minskar. År 2000 kommer antalet barn i åldern 1-5 år att vara ca 100 000 färre än år 1996.

Arbetslösheten

Konjunkturinstitutets prognos om arbetslöshetens förändring anger att antalet arbetslösa kommer att sjunka från ca 347 000 personer år 1996, till 271 000 personer år 2000.

Beräkningar för år 2000 har gått till på följande sätt:

- Andelen barn 1-5 år som fått förändrade villkor när en förälder blivit arbetslös har antagits vara 7 % av totala antalet 1-5 år i befolkningen.
- Andelen barn som tidigare haft plats i barnomsorgen och för vilka villkoren ändrats då någon förälder blivit arbetslös år 2000 har antagits vara 78 % ($271\,000$ dividerat med $347\,000$) av motsvarande andel år 1996.
- De arbetslösa föräldrarnas efterfrågan antas vara densamma som år 1996.
- Kostnaden för en barnomsorgsplats antas vara densamma som år 1996.

Tabell 11.2 Kommunernas nettokostnad i miljoner kr för dessa barn om de fått oförändrad barnomsorg:

År	1997	2000
Barn som tvingats lämna sin plats	300	200
Barn som fått begränsad barnomsorg	200	100
Summa	500	300

Kommentar: Kommunernas kostnader för att erbjuda barnomsorg till föräldrar som förlorar arbetet baseras på den maximala kostnaden för att genomföra förslaget. I en del kommuner kommer förändringen endast att påverka kostnaderna marginellt, dvs. de kommer endast att utgöras av driftkostnaden per barn. I de kommuner som har hög arbetslöshet och där förslaget skulle innebära att många barn kommer att bli aktuella för en barnomsorgsplats, kan kostnaderna komma att bli betydligt högre. Förslaget kan tidigast genomföras den 1 januari 2000, och vi beräknar således att kostnaden skulle vara 300 miljoner kr per år.

11.5 Kostnader för epidemiologisk bevakning av barns och ungdomars psykiska hälsa (kapitel 5)

Enligt Socialstyrelsens preliminära skattning beräknas kostnaderna för en totalundersökning uppgå till 3-5 miljoner kr för varje datainsamlingstillfälle, som äger rum vart tredje år, exklusive skolans personalkostnader för medverkan vid genomförandet av datainsamlingen. Detta motsvarar en budget på ca 1,5 miljoner kr per år. Kostnaderna för det fortsatta utredningsåret uppgår också till 1,5 miljoner kr. Kostnaderna innefattar inte i något fall skolans personalkostnader för medverkan. Vår bedömning är att förslaget är kostnadseffektivt. Vi anser emellertid att kostnaderna kan vara alltför lågt beräknade och föreslår en uppräkning på 25 %, vilket skulle innebära att projektet drivs med en årlig budget på 2 miljoner kr.

11.6 Ekonomisk konsekvensanalys av förslaget om behandlingsråd för ungdomar som placeras i HVB (avsnitt 9.3)

Förslaget medför ökade kostnader i två avseenden. För det första innebär det kostnader för deltagande i behandlingsrådet för representanter från barn- och ungdomspsykiatrin (i förekommande fall vuxenpsykiatrin), socialtjänsten och HVB. Den andra kostnaden hänförs till de vård- och behandlingsinsatser som den unge bedöms vara i behov av. Kostnadernas storlek avgörs av två faktorer, dels antalet ungdomar som blir föremål för behandlingsråd, dels dessa ungdomars vårdbehov.

För de ungdomar som bedöms ha ett psykiatriskt behandlingsbehov förutsätter vi att insatser motsvarande psykiatriska öppenvårdsinsatser, t.ex. konsultation, diagnostik, medicinering, samt vid långtidsvistelse även terapi, kommer till stånd. Psykiatriska öppenvårdsinsatser till dessa ungdomar innebär i vissa fall merarbete för BUP och vuxenpsykiatrin, men ingår samtidigt i hälso- och sjukvårdsansvaret som dessa verksamheter har för ungdomarna.

11.6.1 Kostnader för psykiatrisk vård och behandling

Den 31 december 1996 var ca 2 500 ungdomar placerade i HVB. Av dessa hade uppskattningsvis 6-10 % allvarlig psykisk störning, medan 30 % hade andra psykiska problem. Antalet ungdomar som blir föremål för behandlingsråd beräknas enligt följande:

- Cirka 200 ($0,08$ (dvs. 6-10 %) \times 2 500 = 200) ungdomar med allvarlig psykisk störning.
- Cirka 750 ($0,30 \times 2\ 500 = 750$) ungdomar med "lättare" psykisk störning eller psykosociala problem.
- Det innebär att cirka 950 (200 + 750) ungdomar kan bli föremål dels för behandlingsråd, dels för psykiatriska vård- och behandlingsinsatser.

Uppgifter från vår enkätundersökning till de barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningarna ger att ett genomsnittligt ärende – fem besök – kostar ca 12 000 kr.

Storleksordningen av kostnaderna för att ge vård- och behandlingsinsatser till dessa ungdomar presenteras nedan.

- Cirka 11,4 miljoner kr ($950 \times 12\,000$) för samtliga ungdomar med psykiatriska vårdbehov och som blir föremål för insatser från barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Det är viktigt att poängtera att flertalet ungdomar som i dag är placerade i HVB vid behov får psykiatrisk vård och behandling. På basis av uppgifter från SiS uppskattar vi att ungdomarnas vårdbehov motsvarar en ökning på 25 % jämfört med de vårdbehov som i dag tillgodoses. Cirka 40 % av ungdomarna (35-50 % enligt olika skattningar) har tidigare varit i kontakt med psykiatrin, samtidigt som ca 65 % av ungdomarna bedöms vara i behov av hjälp för psykiska problem.

- En ökning på 25 % medför en merkostnad på 2,85 miljoner kr för landstingens psykiatriska öppenvård ($0,25 \times 11,4$ miljoner kr).

11.6.2 Kostnader för behandlingsråden

En uppskattning från vår sida är att behandlingsrådet träffas i genomsnitt tre gånger under den unges utredningsperiod. Ett inledande möte när utredningen påbörjas, därefter ett avstämningsmöte för att följa upp utvecklingen och ett avslutande möte när utredningen avslutas och övergår i annan vårdform. Samtliga representanter bör närvara vid dessa möten.

Kostnadernas storlek avgörs dels av antalet möten, dels av den patientansvarige behandlarens kostnad per dag. Kostnader för socialtjänstens och HVB-hemmens representation i behandlingsrådet beräknas inte i denna kalkyl, eftersom dessa kostnader antas falla inom ramen för vård- respektive behandlingsansvaret.

Vi har utgått från att behandlingsrådet träffas tre gånger och att en barnpsykiater eller annan kvalificerad behandlare har utsetts som patientansvarig. Dagskostnaden har uppskattats till ca 3 000 kr.

- Landstingens kostnader för deltagande i behandlingsråd beräknas uppgå till ca 8,5 miljoner kr (950 ungdomar \times ($3 \times 3\,000$ kr)).

Tabell 11.3 De sammanlagda kostnaderna i miljoner kr beräknas uppgå till:

Insats	Kostnad	Merkostnad
Behandlingsråd	8,5	8,5
Vård och behandling	11,4	2,85
Summa	19,9	11,35

För en del landsting kan det bli fråga om kostnader på marginalen, medan kostnaderna kan bli större för andra landsting.

11.7 Kostnader för uppbyggnad av regionala kunskapscentra för frågor angående misshandel och sexuella övergrepp mot barn (avsnitt 9.4)

Vi föreslår regionala kunskapscentra för frågor om misshandel och sexuella övergrepp med särskild hänsyn tagen till socialtjänstens behov av kompetensutveckling samt utveckling av samarbetet mellan olika myndigheter. Vi föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en nationell utvecklingsplan. Kostnaderna kan beräknas närmare först i samband med utformandet av denna, men redan här kan sägas att särskilda medel kommer att behövas framförallt i uppbyggnadsskedet av kunskapscentra. I Socialstyrelsens uppdrag bör ingå att fördela medel.

Det är viktigt att från början räkna med att det kan behövas en lång etableringstid innan verksamheterna kan bekosta sig själva. BUP-Elefanten har under ett antal år beviljats projektmedel via Socialstyrelsen som också beviljat medel till Stockholmsprojektet (IPM). Dessa verksamheter bör omfattas av den nationella planen. Målsättningen på sikt bör vara att verksamheterna så långt möjligt bekostas av användarna, dvs. kommuner och landsting. En förhöjd kompetens i dessa frågor kan antas bidra till kostnadseffektivitet.

11.8 Stimulansmedel för utvecklingsarbete kring flexibla åldersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri (avsnitt 9.6)

Av de statliga medel som överförs till landstingen för hälso- och sjukvård skall avsättas 10 miljoner kr i särskilda stimulansmedel som kan sökas av verksamheter som bedriver utvecklingsarbete kring flexibla åldersgränser mellan BUP och vuxenpsykiatri. Stimulansmedlen är framförallt avsedda att ge förutsättningar för att sprida resultaten av det kompetensuppbyggande arbetet.

11.9 Fond för medel till utveckling och kvalitetssäkring av psykologiska test (avsnitt 10.4)

I dag finns otillräckliga möjligheter att finansiera utveckling och kvalitetssäkring av psykologiska test. Olika vägar har prövats, vilka dock endast kan bidra med delfinansiering. För att få stabilitet i denna viktiga metodutveckling behövs ett ansvarstagande på mer övergripande nivå. Vi föreslår att regeringen initierar en fond för detta ändamål. För hela barn- och ungdomsområdet skulle 20 miljoner kr i utvecklingsmedel behövas över en 8-10-årsperiod. Inkluderas hela vuxen- och äldreområdet rör sig de totala kostnaderna för samma period om 60 miljoner kr. Detta motsvarar en årlig kostnad på 2-2,5 miljoner kr för barn- och ungdomsområdet, eller 6-7,5 miljoner kr om man ser till de totala behoven.

Vårt förslag är att fonden förvaltas av Socialstyrelsen med stöd av en nämnd som ansvarar för vetenskaplig och praktisk värdering av inkomna ansökningar. Vi har i övrigt inte tagit ställning till fondens uppläggning.

12 Författningskommentarer

12.1 Förslaget till lag om ändring i skollagen (1985:1100)

1 kap.

2 §

Bestämmelsen har ingen självständig rättslig verkan utan informerar endast om den anmälningsskyldighet som gäller enligt 71 § socialtjänstlagen.

2 kap.

3 a §

Bestämmelsen om elevvårdande personal gäller hela det offentliga skolväsendet. Den är formulerad efter det antagandet att lärare, skollärare och skolsköterska visserligen ingår i elevvården men inte är tillräckliga. Personerna behöver inte vara anställda inom skolan. Det räcker att de finns tillgängliga för skolan för just elevvårdande ändamål. Vad det krävs för utbildning/erfarenhet mer konkret framgår bl.a. av de nya föreslagna bestämmelserna i grundskoleförordningen (1994:1194) och gymnasieförordningen (1992:394) om vilken utredning som skall kunna verkställas och om upprättande av åtgärdsprogram. Av dessa bestämmelser sammantaget framgår att utredningar i första hand skall göras inom skolan och inte av BUP.

2 a kap.

8 a §

Paragrafen innebär en garanti för barnet att ha kvar sin plats i samma barngrupp i förskolan även vid föräldrars arbetslöshet. I praktiken innebär detta t.ex. att en förälder som börjat en ALU-utbildning om sex månader får behålla förskoleplatsen till sitt barn efter utbildningens slut även om föräldern inte lyckats få fortsatt arbete.

5 kap.**2 a §**

Med förslaget gäller samma skyldighet för gymnasieskolan som för grundskolan, enligt 4 kap. 1 § andra stycket skollagen.

12.2 Förslaget till förordning om ändring i grundskoleförordningen (1994:1194)

5 kap.**1 §**

Skolans elevvårdande verksamhet skall besitta kvalificerad kunskap om barns och ungdomars psykiska, sociala och biologiska utveckling. En grundläggande princip för elevvården skall vara att skolrelaterade problem skall hanteras inom skolan, i samråd med hemmen. Den elevvårdande personalen bör vara delaktig i utformandet av åtgärder som rör skolmiljön i stort, och skall kunna bistå med konsultation, handledning och utredning av enskild elevs skolsvårigheter. En sådan utredning skall utformas i samråd med eleven och elevens vårdnadshavare efter de svårigheter och behov eleven har. Den skall kunna innefatta pedagogisk, psykologisk, medicinsk och social utredning och skall vara inriktad på åtgärd. Den elevvårdande personalen skall också vara delaktig i utarbetandet av det åtgärdsprogram enligt vilket eleven skall ges särskilt stöd.

Elevvårdsverksamhetens uppgifter preciseras ytterligare i avsnitt 4.3.

12.3 Förslaget till förordning om ändring i gymnasieförordningen (1992:394)

8 kap.**1 §**

Med denna lösning kan stödet i gymnasieskolan, liksom i dag, ges genom stödundervisning, specialundervisning inom klassen eller i specialklasser eller kanske ett individuellt program. Skillnaden i förhållande till i dag blir att man är skyldig enligt skollagen att ge särskilda stödinsatser för en elev med svårigheter i skolarbetet, att utredningsskyldighet införs och att ett åtgärdsprogram skall utarbetas

och komplettera den individuella studieplanen. Vid val av åtgärder har skolan dock samma möjligheter som i dag.

För att fullgöra ovan nämnda skyldighet skall skolans elevvårdande verksamhet besitta kvalificerad kunskap om barns och ungdomars psykiska, sociala och biologiska utveckling. En närmare precisering av elevvårdsverksamhetens uppgifter ges i kommentar till grundskoleförordningen 5 kap 1 §, samt i avsnitt 4.3.

12.4 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

11 §

Det nya tredje stycket innebär en skyldighet att uppmärksamma och tillgodose barnets behov av information, råd och stöd inom enheter/verksamheter som arbetar med vuxna missbrukare, t.ex. alkoholrådgivningar. I den mån stödet i stället bör ges av annan enhet inom socialtjänsten bör barnet och vårdnadshavaren ges den hjälp med inledande kontakter med denna enhet som kan behövas.

Vuxenvårdens ansvar preciseras närmare i avsnitt 4.5.

22 a §

Genom bestämmelsen införs en skyldighet för socialnämnden att upprätta en individuell plan även vid frivilliga placeringar av barn och unga. Skyldigheten gäller enbart vid HVB-placeringar, dvs. i särskilda ungdomshem och i andra HVB. När sådant behandlingsråd som anges i 22 b § finns, sker upprättandet av en individuell plan inom ramen för dess arbete. Behandlingsrådets medverkan i utredningen av den unges vårdbehov syftar bl.a. till att stödja socialnämnden i upprättandet av en realistisk plan, där det tydligt skall anges vilka åtgärder som är nödvändiga att genomföra vid den unges vård. Av den individuella planen skall tydligt framgå vilken huvudman som ansvarar för vad i genomförandet av planen.

22 b §

Genom bestämmelsen införs en möjlighet för socialnämnden att vid behov kunna sammankalla till ett behandlingsråd. Bestämmelsen innefattar samtidigt en skyldighet för landstingets psykiatriska hälso- och sjukvård att delta i behandlingsråd. Med landsting jämställs landstingsfria kommuner. Bestämmelsen har begränsats till barn och ungdomar som placeras i HVB.

Behandlingsrådet syftar till att så tidigt som möjligt bistå socialtjänsten i en allsidig utredning av den unges vårdbehov, varför behovet av ett behandlingsråd främst torde vara aktuellt vid placering av den unge för utredning. Om den unge efter utredning placeras för vård inom ett annat landsting än det egna, kan behov av ett nytt behandlingsråd uppstå, t.ex. för att i vissa delar revidera den individuella planen. Såväl HVB-hemmet som barn- och ungdomspsykiatri/vuxenpsykiatri kan initiera att behandlingsrådet sammankallas vid behov för revidering av planen.

Ett övergripande mål med behandlingsrådets arbete är att reda ut eventuella oklarheter i ansvarsfrågor och främja samverkan mellan de ansvariga huvudmännen.

I förslaget till ändring i förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården föreskrivs ett uppföljningsansvar för verksamhetschefen att tillse att behövlig psykiatrisk vård enligt individuell plan ges ungdomar som är placerade i HVB samt en skyldighet för verksamhetschefen att utse en patientansvarig behandlare.

Behandlingsrådets uppgifter preciseras ytterligare i avsnitt 9.3.

12.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

2 a §

Det nya fjärde stycket innebär en skyldighet för vårdgivaren att uppmärksamma och tillgodose barnets behov av information om föräldrarnas tillstånd samt barnets behov av råd och stöd med anledning av detta tillstånd. Motsvarande bestämmelse för yrkesutövare föreslås införas i 3 § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.

Bestämmelsen i femte stycket har ingen självständig rättslig verkan utan informerar endast om den anmälningsskyldighet som gäller enligt 71 § socialtjänstlagen.

12.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården

3 §

Det nya andra stycket innebär en skyldighet att uppmärksamma och tillgodose barnets behov av information om föräldrarnas tillstånd samt barnets behov av råd och stöd med anledning av detta tillstånd. I den mån stödet i stället bör ges av socialtjänsten bör barnet, med vårdnadshavarens samtycke, ges den hjälp med inledande kontakter med socialtjänsten som kan behövas.

Bestämmelsen i tredje stycket har ingen självständig rättslig verkan utan informerar endast om den anmälningsskyldighet som gäller enligt 71 § socialtjänstlagen.

Vuxenvårdens ansvar preciseras ytterligare i avsnitt 4.5.

12.7 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

4 §

Genom bestämmelsen införs en uppföljningsskyldighet för verksamhetschefen för landstingets barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet att tillse att behövlig psykiatrisk vård enligt individuell plan ges den unge som inom landstingsområdet har placerats i hem för vård eller boende med stöd av SoL eller LVU. Med landsting jämställs landstingsfria kommuner. Verksamhetschefen skall vidare utse minst en patientansvarig behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som etablerar kontakt med de HVB som är belägna inom landstingsområdet, och som vid behov deltar i behandlingen av den unge enligt individuell plan. I förekommande fall gäller samma skyldighet vuxenpsykiatrin.

Verksamhetschefens och den patientansvarige behandlarens uppgifter preciseras närmare i avsnitt 9.3.

Reservation och särskilda yttranden

Reservation av Marietta de Pourbaix-Lundin (m)

Inledning

Utredningen har med hänsyn till uppgiftens omfattning och komplexitet inte kunnat bedrivas på ett så djuplodande sätt som ämnet förtjänar. Arbetet har fått begränsas och särskilt i slutskedet har tiden inte medgivit att föreslagna texter kunnat granskas så noga som vore önskvärt. Det finns textpartier som borde ha överarbetats ytterligare. Jag begränsar mina synpunkter nedan till de enligt min uppfattning mest centrala avsnitten och förslagen.

Det finns inga entydiga svar på frågan varför barn och ungdomar i ökad omfattning söker stöd eller blir föremål för omhändertagande på grund av psykisk ohälsa. Det är egentligen svårt att på helt objektiva, och över tiden värdeneutrala grunder, få en helt klar bild av om, och i så fall enligt vilka värderingar, barn och ungdomar totalt sett mår sämre nu än för tio eller tjugo år sedan. Bara vissheten att allt fler barn och ungdomar söker stöd eller hjälp av professionella är naturligtvis en stark varningssignal och denna visshet är i sig tillräcklig grund för att överväga särskilda åtgärder och insatser.

Glöm och göm inte familjen!

Det är dock oerhört väsentligt att anlägga ett helhetsperspektiv på barnen och ungdomarna. Inga åtgärder kommer att vara särskilt verkningsfulla om de inte bygger på och tar stark hänsyn till att barn och ungdomar inte enbart är samhällsvarelser och goda medborgare, utan att de också – och kanske framför allt – är medlemmar i familjer och släkter med egen identitet och samhörighet. Detta gäller alla – även barn som mist en eller båda föräldrarna. Det finns hos alla barn och ungdomar en stark drift att söka sitt ursprung hos och sin samhörighet med familj och släkt, dvs andra människor med vilka man kan känna ett djupare och i allmänhet bestående relations-sammanhang. Det är knappast

förekommande att ett barn är fullt nöjt och i detta hänseende tillfredsställt om man helt och hållet ersätter sådana mänskliga och fundamentala relationer med samhälls-, myndighets- eller nätverksinsatser – hur goda avsikterna än är.

Jag anser mot denna bakgrund att det i utredningen saknas en ordentlig analys och beskrivning av familjens/föräldrarnas/släktens betydelse för barns och ungdomars utveckling och psykiska hälsa. Analysen borde kunnat handla om föräldrarnas och familjens förmåga att klara av olika stressituationer och störningar. Den borde också kunnat handla om att stärka människors möjligheter att axla föräldrarollen och undanröja hinder för detta. Jag är medveten om att utredningsdirektiven begränsar en kommittés möjligheter, men jag är lika medveten om att föreslagna åtgärder och orsaksanalyser i stor utsträckning kommer att hänga i luften om inte familjen sätts i centrum och om inte samhällsin-satserna ses som komplement och stöd till föräldrarnas och familjernas möjligheter att vara just föräldrar och familjer. Slutligen borde analysen också ha handlat om en genomgång av i vilken utsträckning politiska beslut öppnar eller stänger möjligheter för främst barnfamiljer att själva få fatta väsentliga vardagsbeslut. I detta sammanhang borde en genomlysning av familjepolitiken och skattepolitiken vara huvudpunkterna.

Om skattetrycket är otrygghetsgrund räcker inte psykoterapi

Syftet med en sådan kompletterande analys är givetvis att även ta med dessa viktiga faktorer på ett seriöst sätt när vi skall bedöma hur vi skulle kunna minska antalet sådana tidiga störningar i ett barns liv som senare i livet kan leda till psykiska störningar, koncentrationsproblem, utagerande och ångest inför framtiden. På så sätt skulle utredningsarbetet inte bara resultera i åtgärder för att i viss mån neutralisera effekterna av grundläggande missförhållanden i en verklighetsbild man inte orkar eller vågar att i grunden ta itu med. Själv känner jag ingen tvekan att konstatera att ett problem, givetvis inte det enda, är att Sveriges höga skattetryck faktiskt inte bara ger utrymme för ett omfattande politiskt beslutat offentligt engagemang på olika områden, utan också utgör en begränsning för människors och familjers (och därmed även barnens) möjligheter att själva välja livslösningar och kunna åstadkomma en inre familjetrygghet på egen hand.

Brister i analysen förtar helheten

Jag vill även konstatera att jag inte anser att kommittén tillräckligt har följt två av utredningsdirektiven.

I direktiven angavs bland annat att "bedömningen av samhällets kostnader skall ställas i relation till nyttan med vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem".

I denna anda har ingen mer genomgripande analys gjord av vilken nytta placeringar (HVB, § 12 och familjehem) egentligen gör, trots de höga kostnaderna på nästan fem miljarder kronor årligen. Av de totalt drygt elva miljarder kronor som årligen anslås för åtgärder kring barn och ungdomar med psykiska problem hamnar nästan hälften på placeringar av olika slag. Trots detta analyseras inte om det finns objektivt iakttagbara positiva effekter av denna verksamhet.

I direktiven angavs även att "utredningen bör överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga". I denna del har det överhuvudtaget inte varit möjligt att i kommittén föra en diskussion om landstingets roll och framtid, vilket naturligtvis omöjliggör ett övervägande i någon enda del kring samhällets ansvarsgränser i frågor som rör barn och ungdomar med psykiska ohälsoproblem.

Trots att utredningen är försenad har det in i det sista varit mycket svårt att få en helhetsbild. Detta märks också i att ett flertal viktiga frågor kommit upp på slutet och därmed bara har lämnats med förslag om vidare utredning. Arbetet har varit mycket pressat och forcerat på slutet, vilket har gjort det helt omöjligt att i alla avseenden göra en grundlig bedömning av om det som föreslås är en riktig åtgärd, dvs om åtgärden är nyttig för de enskilda människorna i förhållande till kostnaderna för samhället. Jag förutsätter att fortsatta beredning, inklusive remissomgång, kommer att visa att flera stora och viktiga frågor kräver fortsatt utredning och ytterligare överväganden och att därför flera av de föreslagna åtgärderna inte utan vidare kan göras till föremål för ett regeringsförslag till riksdagen.

Särskilt stöd på gymnasienivå (kap 4)

I kapitel fyra föreslås flera lagändringar vad avser såväl grundskolan som gymnasieskolan. Ordning och reda i skolan samt placeringen av kunskapsmålen i centrum är något som alla elever är beroende av för en god utbildning. Detta gäller i särskilt hög grad barn och ungdomar med svårigheter av olika slag. I nu gällande lagstiftning på skolområdet har grundskolans uppdrag att vidta åtgärder för att möjliggöra för samtliga elever att nå de uppsatta utbildningsmålen tydliggjorts. I lagstiftningen har även behörigheten för de nationella gymnasieprogrammet kopplats

till godkända slutbetyg i svenska, engelska och matematik. På detta sätt har grundskolans ansvar både skärpts och tydliggjorts. De signaler som nu kommer slag i slag om ändrad kurs är olyckliga. Regeringens besked om att undanta vissa grupper och individer från gymnasiets behörighetskrav, och nu föreliggande utredningsförslag om att införa en särskild paragraf i skollagen om att även gymnasieskolan i alla avseenden skall ha samma skyldighet som grundskolan att ge särskilt stöd till elever som har svårigheter i skolarbetet, är två stora steg i fel riktning.

Jag vänder mig nu inte mot utredningsförslaget om förstärkt elevvård, med vilket avses viss förstärkning upp till 1994/95 års nivå inom den specifikt elevvårdande personalen. Jag vill däremot kraftigt understryka att förslaget till ny mening i skollagens 5 kap 2 a §, med den generella utformning förslaget fått, är något helt annat, nämligen att i lagform ge signalen att det inte spelar någon roll om grundskolan lyckas med sitt uppdrag eller inte. Precis samma ansvar för stöd till elever med varje form av svårighet i skolarbetet som gäller i grundskolan skall enligt förslaget även gälla i gymnasieskolan. Förutom detta kommer förslaget, med den utformning det nu har, att – vid en bokstavstolkning av paragrafen – innebära kraftigt ökade kostnader för kommunerna. Detta har överhuvudtaget inte berörts i finansieringsdelen. Där redovisas endast effekterna enligt finansieringsprincipen av en förstärkt elevvård.

Barnomsorg för barn till arbetslösa föräldrar (kap 4)

Jag är helt emot kommitténs förslag i kapitel fyra om att genom tvingande lagstiftning styra kommunerna i frågan om hur de löser barnomsorgen för barn till arbetslösa föräldrar. Enligt nuvarande lagstiftning (skollagen 2 kap 6 § 1:a stycket) måste kommunerna ge barn med särskilda skäl/behov barnomsorg vare sig föräldrarna arbetar eller inte. Därför behövs ingen ytterligare lagstiftning. De förtroendevalda på kommunal nivå är enligt min mening kompetenta att själva göra erforderliga bedömningar och hitta de lokalt anpassade lösningar som är bäst för barnen. Så sker också i dag. En tvingande lagstiftning hindrar detta. Även här rör det sig om kostnadsutökningar som om förslaget genomförs måste kompenseras genom den s k finansieringsprincipen. Jag anser det märkligt att lagstiftningen anpassas efter arbetsmarknadsläget och än märkligare är att de flesta tycks tro att den höga arbetslösheten skall bestå.

Kontrollstationer (kap 6)

I kapitel sex föreslås vidare utredning för att i LVU införa kontrollstationer i syfte att under barns och ungdomars uppväxttid inhämta uppgifter från andra myndigheter. När förslaget till kontrollstationer inte fick gehör i kommittén föreslås ny utredning. Jag anser att det är bättre att ytterligare sprida kunskap om den anmälningsskyldighet som enligt lag råder för alla och speciellt för de yrkesgrupper som arbetar med barn som får kännedom om att barn /ungdomar far illa.

Fem poäng i högskoleutbildningen (kap 10)

Jag anser att varje högskola själv bör få avgöra om minst 5 poäng migrationskunskap, flyktingskap och interkulturell kommunikation skall ingå i högskoleutbildningarna för socionomer, psykologer, lärare och läkare. Detta kan inte styras genom lagstiftning. Att föreslå detta utan att samtidigt tala om vad som skall tas bort är i det närmaste orealistiskt och oansvarigt.

Kostnadskonsekvenser (kap 11)

Jag vill påstå att det inom detta område råder en mycket stor osäkerhet. Jag har ovan påtalat upp att flera av kommitténs lagstifningsförslag som med all säkerhet kommer att medföra utökade kostnader för kommunerna. Det är mot den bakgrunden anmärkningsvärt att utredningens majoritet inte mer noggrant har analyserat kostnadskonsekvenserna.

Särskilt yttrande av Olav Bengtsson

Barnpsykiatrikommittén har genom ett omfattande utredningsarbete skapat ny kunskap om hur barn och ungdomars psykiska problem tar sig uttryck i olika sammanhang. Vidare har Kommittén lagt ner ett omfattande arbete på att analysera innehållet i och samarbetet mellan verksamheter som arbetar med att förebygga eller avhjälpa psykiska problem. Som resultat av denna analys har Kommittén lagt fram ett flertal goda förslag till förbättringar.

Utredningens viktigaste resultat är att entydigt fastställa att en stor andel av Sveriges barn har allvarliga psykiska problem. Något som personal inom nästan alla verksamheter som sysslar med barn påtalat under hela 90-talet, utan att det resulterat i åtgärder på samhällsnivå. Kommittén visar att även med mycket strikta och snäva definitioner

uppgår förekomsten av psykiska problem och störningar vid en viss tidpunkt till minst 5-10 % av barn- och ungdomspopulationen.

Svensk barn- och ungdomspsykiatri har genomgått en omfattande analys, dels genom Kommitténs utredning och dels genom Socialstyrelsens nationella översyn av den psykiatriska vården (Socialstyrelsen 1997:8). I bägge utredningarna konstateras att barn- och ungdomspsykiatrin gör en omfattande insats till en i sammanhanget begränsad kostnad, samt att behovet av barn- och ungdomspsykiatri överstiger befintliga resurser.

Differensen mellan behov av och tillgång till barn- och ungdomspsykiatri bör analyseras ur tre aspekter. Prioriterar verksamheten rätt uppgifter, är gränsen mellan barn- och ungdomspsykiatrins ansvar och andra verksamheters ansvar tydliga och riktiga, samt är verksamheten rätt dimensionerad.

Varken Kommittén eller Socialstyrelsen finner anledning att rikta avgörande kritik mot barn- och ungdomspsykiatrins nuvarande prioriteringar. Kommittén poängterar att barn- och ungdomspsykiatrin bör koncentrera sina insatser till de mest behövande barnen och familjerna, samt att prioriteringar behöver bli tydligare. Kommittén konstaterar vidare att barn- och ungdomspsykiatri inte har ett tillräckligt omfattande och differentierat vårdutbud, samt att verksamheten har svårt att leva upp till vårdgarantin.

Kommittén visar att antalet nya patienter till barn- och ungdomspsykiatrin har ökat kraftigt. Vidare framgår det i utredningen att samtliga instanser som arbetar med barns och ungdomars psykiska problem som barnhälsovård, barnomsorg, skola, socialtjänst samt barnhabilitering kräver ökade barn- och ungdomspsykiatriska insatser. Även brukarorganisationerna uttrycker att tillgången på barn- och ungdomspsykiatri borde vara större än vad den är.

Ansvarsfördelningen mellan främst barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst har varit föremål för omfattande analys inom Kommittén, vilket resulterat i flera förslag i syfte att förstärka såväl resurser som kompetens på basnivå. Kommittén föreslår att en översyn görs av den vård och behandling som ges barn och ungdomar utanför det egna hemmet, innefattande socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatrins insatser. Häri ingår institutionsvården för ungdomar. Inom detta fält finns de största, viktigaste och mest ekonomiskt betydelsefulla gränsdragningsproblemen mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst.

Det är inte rimligt att anta att den stora obalans som råder mellan behov och resurs av barn- och ungdomspsykiatri blir tillräckligt åtgärdad genom striktare prioritering av nuvarande resurser samt förstärkning av basverksamheten. Kommittén borde som resultat av sin egen

utredning förorda att resurserna för barn- och ungdomspsykiatri behö-
ver förstärkas.

Att barn- och ungdomspsykiatriska behov har svårt att hävda sig i konkurrensen om landstingets resurser framgår av de förvånande stora skillnader som finns mellan hur mycket olika landsting satsar på barn- och ungdomspsykiatri. Resurserna varierade 1996 mellan drygt 200 kr per barn och år till 800 kr per barn och år (0-20 år). Kommittén konstaterar att skillnaden i satsade resurser inte motsvaras av skillnader i psykisk ohälsa.

Utagerande ungdomar med missbruk

Kommittén har funnit att utagerande ungdomar med missbruk och psykiatriska störningar inte får adekvat och/eller tillräcklig psykiatrisk vård. För att garantera dessa ungdomars möjlighet att få sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda föreslår Kommittén att barn- och ungdomspsykiatrin ska åläggas skyldighet att delta i behandlingsråd. Dessa ska i sin tur ansvara för att nödvändig psykiatrisk vård och behandling kommer till stånd. Jag stöder detta förslag, men anser samtidigt att förslaget inte är en tillräcklig åtgärd i förhållande till problemets omfattning. Barn- och ungdomspsykiatrin ska ha skyldighet att delta i behandlingsråd för ungdomar som redan är placerade i HVB, eller § 12-hem, så att det blir tydligt att behandlingsråd inte avser alla socialtjänstens utredningar som går i riktning mot att LVU ska tillämpas.

Under Kommitténs arbete med de utagerande ungdomarna har ny kunskap skapats som leder till nya frågeställningar. Av tidsskäl har de nya frågeställningarna inte varit möjliga att utreda. Kommittén föreslår därför att en särskild översyn av samhällets insatser för vård och behandling av ungdomar utanför hemmet genomförs. Ett mycket bra förslag som jag stöder.

Den huvudsakliga åtgärden för ungdomar med svårt utagerande beteende med eller utan missbruk är vård i form av placering utanför den unges familj genom socialtjänstens ansvar och försorg. Ofta sker placering i s.k. enskilt hem för vård och boende (HVB-hem), varav en huvuddel drivs i privat regi, samt i s.k. särskilda hem för vård och boende (§ 12 hem). Antalet ungdomar i denna grupp är relativt få, ca 2 500 ungdomar per år. Samhällets kostnader för placeringar i HVB och § 12-hem uppgick 1996 till 3,7 miljarder. Dessa placeringar kostar således en tredjedel av vad samhället totalt satsar på åtgärder för barn och ungdomar med psykiska problem. Som jämförelse kan nämnas att barn- och ungdomspsykiatrin slutenvård kostar ca 500 miljoner kronor (1996) och ger service till ca 4 000 barn per år.

Kommittén har inte haft möjlighet att tillräckligt analysera innehållet i vården för utagerande ungdomar. Vi har konstaterat att den forskning som finns pekar på att effekten av insatt vård är begränsad. Huvuddelen av HVB-hemmen drivs i privat regi. Socialtjänstens möjlighet att påverka innehållet i den privat drivna vården är ofta begränsat till att köpa eller inte köpa en vårdplats. Socialtjänsten är ofta helt utlämnad till att välja bland det som finns tillgängligt, i stället för att sätta in det som behövs. Möjligheten till utvärdering av behandlingsmetoder och riktad metodutveckling är troligen mycket begränsad. Kostnadsökningen under perioden 1992 till 1994 var i genomsnitt 388 miljoner kronor per år. Kommittén har inte hunnit utreda orsaken till denna kostnadsökning. Antalet barn som har placeras inom HVB och § 12-hem har varit konstant under perioden.

Förslaget om Behandlingsråd utgår från kunskapen om att en stor andel ungdomar med utagerandeproblematik även har psykiatriska störningar och därmed även psykiatriska vårdbehov. Det finns anledning att ifrågasätta om denna utgångspunkt är riktig. Troligen har de flesta ungdomar som är placerade i HVB och § 12 hemmen någon form av psykiatriskt behov. Utagerande hos ungdomar har ofta koppling till att barnet har levt och lever i en social belastad situation. Barnet utvecklar ett beteende av tilltagande social missanpassning, som om det inte bryts är självgenererande i en negativ spiral. En mindre del av gruppen svårt utagerande barn och ungdomar har tydliga psykiatriska tillstånd som kan karakteriseras med neuropsykiatriska- eller psykosdiagnoser. Den stora delen av gruppen har tendens till en avvikande personlighet som grundlagts tidigt i livet. Om en negativ utveckling får pågå genom hela tonårsperioden riskerar tonåringen att utveckla en manifest personlighetsstörning. Kommittén redovisar att modern forskning pekar på att metoder som finns inom barn- och ungdomspsykiatri som att arbeta med både barn och föräldrar, samt arbete med kognitiv beteendeterapi kan vara positiva insatser.

Både Kommittén och Socialstyrelsens konstaterar att barn- och ungdomspsykiatri saknar den kompetens som behövs för att vårda utagerande ungdomar. Dessutom har barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård inte tillgång till det differentierade behandlingsutbud i form av specialiserade enheter, som vård av svårt utagerande ungdomar kräver. Dessa ungdomar ställer ofta mycket högre krav på säkerhet, för sig själv, för allmänheten och för personalen än vad de enheter som i dag finns inom barn- och ungdomspsykiatri kan erbjuda.

Att utagerande ungdomar inte får sina psykiatriska behov tillgodosedda hänger samman med att det dels saknas en samlad syn på barn- och ungdomspsykiatriens roll och ansvar inom detta fält, dels att det inte finns någon organisation som har ett verksamhetsansvar att utveckla de

psykiatriska insatserna till utagerande ungdomar med psykiatrisk problematik. Bristen av en samlad syn inom detta problemområdet framgår tydligt av det ”glapp” som finns mellan tillämpliga lagar. För många utagerande ungdomar måste varierande grader av tvång tillämpas. Å ena sidan går det inte att vårda en person psykiatriskt mot dennes vilja med hjälp av LVU, å andra sidan uppfyller även svårt utagerande ungdomar sällan kriterierna för tvångsvård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård).

Följande frågor, påståenden och hypoteser borde kunna vara del i utgångspunkter för den förslagna fortsatta utredningen om institutionsvård.

- Kostnadsökningen inom HVB och § 12-hemvården under 90-talet motsvaras inte av ökning i antalet vårdade ungdomar, eller tydlig förbättring av vårdens resultat. Orsaken till kostnadsökningen måste utredas vidare.
- Då utagerande ungdomarnas problemområde innehåller såväl maximal svår social problematik som avancerad och omfattande psykiatrisk problematik, borde barn- och ungdomspsykiatri åläggas ett mycket större ansvar än vad den har i dag. Vårdkompetens om dessa ungdomar borde byggas upp genom ett omfattande, aktivt och praktiskt samarbete mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Mycket resurser måste satsas på metodutveckling.
- Vården av svårt utagerande ungdomar borde inte vara utlämnad åt den privata marknaden, utan i stället utföras i en av offentligheten styrd verksamhet både beträffande innehåll och form. Detta skulle göra det mer möjligt att låta verksamheten påverkas av psykiatrins nuvarande och i en framtid eventuellt ökande behandlingskompetens.
- För att klara ett ökat ansvar för vård och behandling av svårt utagerande ungdomar, måste de barn- och ungdomspsykiatriska resurserna öka.
- Om socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri ska kunna utveckla vård och behandling av utagerande ungdomar gemensamt måste det juridiska underlaget för denna verksamhet utredas och justeras.
- För vuxna gäller att lagöverträdare kan dömas till psykiatrisk vård av domstol efter rättspsykiatrisk undersökning. Inom landstingen finns en särskild organisation, den rättspsykiatriska regionvården som ska sköta detta vårdbehov. Varför ska unga lagöverträdare med kombinerat behov av rättsvård och psykiatrisk vård inte ha tillgång till en ”ungdomsrättspsykiatri”.
- Vård och behandling av svårt utagerande ungdomar måste stödjas med ökad forskningsaktivitet inom fältet.

Särskilt yttrande av Svante Pettersson

Barnpsykiatrikommittén visar att förekomsten av psykiska problem hos barn och ungdomar motiverar en kraftsamling i det förebyggande arbetet och utredningen presenterar ett antal väl genomarbetade förslag som bör kunna läggas till grund för en utveckling av dessa insatser.

Den allt för korta utredningstiden har gjort att oklarheter kvarstår i gränslandet mellan socialtjänst och barnpsykiatri när det gäller barn och ungdomar med behov av omfattande insatser. Både ur kvalitativ och ekonomisk synpunkt är det av stor vikt att regeringen snabbt tar initiativ till den översyn av samhällets insatser för vård och behandling utanför det egna hemmet som utredningen lämnar förslag om.

De oklarheter som enligt utredningen finns i tillämpningen av betalningsansvarslagen måste ses över utan dröjsmål.

Utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem

Det är ett allvarligt samhällsproblem att utagerande ungdomar inte får de psykiatriska insatser de har behov av.

Förslaget om att i socialtjänstlagen reglera en skyldighet för psykiatrin att delta i behandlingsråd är inte någon lämplig form för att lösa detta problem. Inte heller är förslaget om att i förordningen om verksamhetschef införa särskilda bestämmelser som reglerar ansvarsförhållandena inom barnpsykiatri väl övervägt.

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag som allmänt reglerar socialtjänstens uppgifter och ansvar. Att i denna lag införa detaljerade bestämmelser om skyldigheter för en avgränsad verksamhet som ligger inom annan demokratiskt vald huvudmans ansvar kan utifrån principiella utgångspunkter starkt ifrågasättas. Motsvarande gäller också förordningen om verksamhetschef som i övrigt inte innefattar några detaljregler för avgränsade delar av en verksamhet inom hälso- och sjukvården.

I enlighet med de grundläggande principerna bakom ramlagarna för socialtjänst och hälso- och sjukvård torde de aktuella frågorna om samverkan vara något som bör hanteras genom överenskommelser mellan huvudmännen. Som kommittén lyfter fram finns redan flera exempel på att kommuner och landsting träffat överenskommelser inom detta område. Nuvarande lagstiftning ger således goda möjligheter att lösa problemen och ev. lagändringar bör övervägas först sedan det visat sig att lagstiftningen är otillräcklig.

Särskilt yttrande av Anita Sundin

Barnpsykiatrikommitténs överväganden och förslag innebär ambitionshöjningar inom flera områden. Vissa ekonomiska beräkningar har gjorts för att bedöma kostnadseffekterna av förslagen. I den mån utredningens ambitioner ska förverkligas i praktisk handling måste mer fullständiga analyser göras. Självfallet ska kommunerna kompenseras fullt ut.

Referenser

- Achenbach TM. (1991) *Intergrative Guide for the 1991 Child Behavior Check List/4-18, Youth Self Report, and Teacher Rating Form Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ahlner B. & Hildingsdotter Bengtsson E. (1995) *Mentalt förebyggande hälsovård. Utveckling av en metod för att förebygga psykisk och psykosomatisk ohälsa, drogmissbruk och självmord*. FRN-rapport 1995:4.
- Ajax M. & Patricks I. (1993) *Hur tillvarata patienternas erfarenheter för att förbättra metoder i barnpsykiatrisk öppenvård?* BUP, Danderyds sjukhus, SSL.
- Alkoholpolitiska kommissionen (1994) *Barn, föräldrar, alkohol* (SOU 1994:29).
- Almquist K. & Brandell M. (1992) *Iranska flyktingbarn i Värmland*. Delrapport 2. Stockholm: Rädda Barnen.
- Almquist K. & Brandell-Forsberg M. (1995) Iranian refugee children in Sweden: effects of organized violence and forced migration on pre-school children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 225-237.
- Almqvist K. & Broberg A. (1997) Silence and survival: working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal of Child Psychotherapy*, 23, 3.
- Almqvist K. (1997) *Refugee Children. Effects of organized violence and forced migration on young children's psychological health and development*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet.
- Amberla Kaarina (1997) Huddinge sjukhus. Personlig kommunikation.
- American Psychiatric Association, APA (1993) Practice guidelines for eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 150, 207-228.
- Angel B. & Hjern A. (1992) *Att möta flyktingbarn och deras familjer*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson BE. (1989) Effects of public day-care: A longitudinal study. *Child Dev* 60 (4): 857-66.

- Andersson C. (1996) Om struliga flickor – beteende och bemötande. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan (red.). *Vård av ungdomar med sociala problem en forskningsöversikt*. Statens institutionsstyrelse (SiS). Stockholm: Liber.
- Antser M. & Jakobsson M. (1997) Att ge cancerdiagnos – en kris för läkaren? Abstractbok. 5th Nordic Congress on Care of the Terminally Ill, Reykjavik 5-7 juni 1997.
- Antonovsky A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Armelius B-Å., Bengtzon S., Rydelius P-A., Sarnecki J. & Söderholm Carpelan K. (red.) (1996) *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. SiS. Stockholm: Liber.
- Barnet i Fokus (1994) En rapport om utvecklingsarbete på Viktoriagården i Malmö. Red: M. Berg Brodén.
- Begränsad barnomsorg (1997) Socialstyrelsen 1997-00-069.
- Begler AM. & Nordenstam U. (1997) art. DN-debatt, 1997-10-30.
- Berglund A. & Lindmark G. (1995) *Ett förändrat mödravårdsprogram. Konsekvenser för resursanvändning och diagnostik effektivitet*. Uppsala: Institutionen för Obstetrik och Gynekologi.
- Bergström U. & Sarnecki J. (1996) Invandrarungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholms län. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. SiS. Stockholm: Liber.
- Block JH. & Block J. (1980) The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. I WA Collins (red.) *Development of cognition, affect, and social relations*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BO (1996) Blunda inte för mobbningen! Ungdomars idéer och förslag mot mobbning.
- Bohman M. & Westlund P. (1995) *Svarte Petter*, Svenska Kommunförbundet.
- Borg M., Norling Bergdahl E. & Svensson Johansson L. (1996) *Psykologinsatser under graviditeten*. Psykologverksamheten vid MHV/BHV Hökarängen, SLL.
- Bredänge G. (1995) *Invandrarungdomars hälsa. Bidrag till en områdesbestämning*. Göteborgs universitet, Pedagogiska institutionen.
- Bremberg S., Hjern A. & Widlund G. (1996) BVC:s 4-årskontroll. "Barns uppväxtmiljö styr kognitiv utveckling." *Läkartidningen*, 93, 1614-16.
- Bremberg S. & Hjern A. (1997) *Etnicitet och migration*. Preliminär rapport om barns hälsa, på uppdrag av Folkhälsoinstitutet. Manuskript.

- Brunåker A., Carlvant Nyman G. & Bremer S. (1996) *Tankar om transkulturell barndiagnostik*. SLL, Omsorgsnämnden, Hallunda PBU.
- BUH Myrberga (1996) Intervjuer med familjer vars barn fått psykoterapi. G. Bromark, Habiliterings- och hjälpmedelsverksamheten, Landstinget Uppsala län.
- BUP-Kliniken Gävle (1995) Vad tycker patienten? Öppenvård. C. Jaensson.
- BUP-Kliniken Gävle (1995) Vad tycker patienten? Slutenvård. C. Jaensson.
- BUP-mottagningen i Falun (1996) Vad gör vi? Vad tycker patienterna? B. Eriksson & K. Winge.
- Carlberg M. & Eriksson P. (1996) Kvalitetsuppföljning av arbetet vid PBU-mottagningarna via enkäter till besökare. Omsorgsnämnden, SLL.
- Cederborgh A-C (1997) Young children's participation in Family therapy talk. *American Journal Family Therapy*, 25 (1), 28-38.
- Citron C. (1992) *Vad kan man göra för de drabbade barnen?* BRÅ-PM 1992:4 *Sexuella övergrepp mot barn*.
- Colnerud G. (1995) *Etik och praktik i läraryrket*. En empirisk studie av lärares yrkesetiska konflikter i grundskolan. Stockholm HLS förlag.
- Connors KC. (1990) *Conner's Rating Scales Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Cox J.L. (1996) Perinatal mental disorder – a cultural approach. I: *International Review of Psychiatry*, vol. 8 (1) 9-16. London: Carfax.
- Cox J.L., Murray D. & Chapman G. (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Djurstedt B. & Kastan A. (1996) (red.) *Skollagen, grundskoleförordningen med kommentarer. Gymnasie-, särskole- och gymnasie-särskoleförordningarna*. Göteborg: Gothia (ISBN 91-7205-055-1).
- DSM-IV (1994) *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Duvner T. (1994) *Barnneuropsykiatri. MBD/DAMP, autistiska störningar, dyslexi*. Stockholm: Liber utbildning.
- Dyregrov A. (1990). *Barn i sorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Edlund m.fl. 1997 Kommitténs hearing om socialtjänsten den 28 oktober 1997.
- Ekblad S. (1997) Vilken kunskap behövs för att befrämja invandrabarnens positiva utveckling och hälsa? Konferenspresentation Allmänna Barnhuset 12-14 maj 1997.

- Ekblad S. & Eriksson NG. (1997) Ett hälsoblad om screeninginstrument för nyanlända flyktingar. *IPM: Stressforskningsrapporter*, Nr 273.
- Ekblad S. (1993) Psychosocial adaptation of children while housed in a Swedish refugee camp: aftermath of the collapse of Yugoslavia. *Stress Medicine*, 9, 159-166.
- Ekblad S., Belkic K. & Eriksson NG. (1996) Health and Disease among refugees and Immigrants. A Quantitative Review Approaching Meta-Analysis, Implications for Clinical Practice and Perspectives for Further Research. I: Mental Health Outcomes. *IPM: Stressforskningsrapporter*, Nr 267.
- Ekblad S., Janson S. & Svensson P-G. (1996) *Möten i vården*. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber utbildning.
- Elliot S.A. (1989) Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. I: *Balliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 3 (4) 879-903.
- Engqvist U. (1995) Ungdomars och föräldrars syn på Sörbygården. Jämtlands läns landsting. Rapport 1995/1.
- Enkätundersökning (1997) *De särskilda ungdomshemmens samarbete med psykiatrin samt förekomsten av privatpraktiserande konsulter*. Undersökning av Barnpsykiatrikommittén i samarbete med SiS.
- FRN-rapport 1995:4 *Rätt till liv – lust till liv*. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar, Forskningsrådsnämnden.
- FSUM (1996) Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. Statistik.
- Familjens nätverk (1996) Dokumentation av konferens anordnad av Allmänna Barnhuset och Handikappförbundens Samarbetsorgan, 4-6 september 1996.
- Folkhälsoinstitutet (1996) Insatser för barn till missbrukare – kartläggning våren 1996.
- Foreldreveiledning, Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helse-departementet, Oslo. Ett utbildningsmaterial 1996.
- Forsbeck U. (1994) *As time goes by...* Om arbetet med familjer vars kontakt med PBU spänner över många år. Psykologexamensarbete, Stockholms universitet.
- Fornäs J. (1984) *Ungdom – Identitet – Motstånd*. Akademitratur.
- Forsling S. (1987) *444 Stockholmsungdomar i kris*. En målgruppsbeskrivning och en uppföljningsstudie. Stockholms läns landsting.

- Fransson P. & Armelius B-Å. (1996) Psykoterapi för ungdomar med tonvikt på beteendestörningar – en forskningsöversikt. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. SiS. Stockholm: Liber.
- Förskolebarn med invandrabakgrund. Konferens 12-14 maj 1997. Allmänna Barnhuset och Barnombudsmannen.
- Gillberg C. (1993) Empatistörningar – Grundläggande vid flera svåra psykiatriska handikapptillstånd? *Läkartidningen*, 90 (6).
- Gillberg C. (1997) Neuropsykiatriska förklaringsmodeller. I: Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa (SOU 1997:8).
- Gillberg C. & Hellgren L. (1990) *Barn och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Glingvall-Priftakis G. & Sundell K. (1995) *Sexuella övergrepp mot barn. Vad hände sedan?* FoU-rapport 1995:21 Socialtjänsten Stockholm.
- Goldin S. & Levin L. (1997) Forskningsprogram. Riskfaktorer för framtida psykisk ohälsa och copingstrategier hos flyktingbarn. BUP Umeå.
- Goldin S. & Levin L. Frågeformulär till barnflyktingmottagningen. Umeå 1994.
- Grönwall, Holgersson och Nasenius (1991) *Socialtjänstens mål och medel*. Gothia.
- Göransson B. (1995) *Psykologiska mätinstrument – hinder och möjligheter för en tillfredsställande kvalitativ och kvantitativ instrumentförsörjning för psykologisk tillämpning och forskning i Sverige*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund.
- HSFR (1990) Etik. Forskningsetiska principer för humaniora och samhällsvetenskap.
- Haglund L. (1997) *Landstingsanknutna FoU-enheter SPRI*.
- Hansson K. (1996) Familjebehandling vid ungdomsasocialitet. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. SiS. Stockholm: Liber.
- Hemming B. & Eldin H. (1995) *Vad sökte våra klienter för 1990, hur många gånger kom de på samtal och vad tyckte de efteråt?* BUP, Danderyds sjukhus, SLL.
- Hindberg B. (1997) Barnmisshandel, Rädda Barnen 1997
- Hjern A. & Jeppson O. (1996) Barn från andra länder. Utkast till metodboken för barnhälsovården i Stockholms län 1997. Manuskript.
- Hjern A. (1995) Migrationsmedicinsk forskning. En översikt. Medicinska Forskningsrådet.

- Hjern A. (1997 a) *I skottlinjen. Om barns utveckling och psykiska hälsa under våldsamma politiska konflikter*. Centrum för barn- & ungdomshälsa, CBU 1997:10.
- Hjern A. (1997 b) Invandrabarns hälsa. *BLF-Nytt*, 2/97:4-5. Invandrarverket 1997.
- Holden J., Sagovsky R. & Cox J.L. (1989) Counselling in a general practice setting, controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298, 223-226.
- Huddinge sjukhus (1996) Ungdomsgrupp på Geriatriska kliniken, Skrivelser 1996-02-22 samt 1996-08-19 av psykolog Kaarina Amberla och socionom Britt Bernstone.
- Huddinge sjukhus (1997) Att ge stöd till barn och ungdom i familjer där någon drabbats av hjärnskada. Kuratorsavdelningen och Rehabiliteringskliniken. Projektplan 97-02-11.
- Hulthén A. & Wasserman D. (1995) Självordsförsök och självmord bland barn och unga. I: *Rätt till liv – lust till liv*. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar. Stockholm: Forskningsrådsnämnden, 95:4.
- Hulthén A. & Wasserman D. (1997) Lack of continuity – a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Humble K. & Settergren Carlsson G. (1974) *Personlighet och relationer i belysning av projektiva metoder*. SOU 1974:31.
- Höök B & Cederblad M (1995) Symtomlistan – en reviderad och förenklad metod för att mäta problembeteenden hos barn. Lunds universitet, ISSN 1102-7339.
- ICD-10 (1992) *International Classification of Diseases*. Tenth Revision. World Health Organization.
- ICIDH. *International Classifications on Impairments, Disabilities and Handicaps*, WHO 1993 (1980). Klassifikation av funktionssvikt, aktivitetsbegränsning och handikapp. Svensk översättning i remissutgåva, Socialstyrelsen 1997.
- Invandrarverket (1997 a) Individuell mångfald. Invandrarverkets utvärdering och analys av det samordnade flyktingmottagandet 1991-1996.
- Invandrarverket (1997 b) Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige.
- Janson U. (1995) Familjen som resurs för barn med funktionshinder. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 325-331.
- Jarkman-Björn G. (1992) *Flyktingfamiljers upplevelse av barnpsykiatri*. En intervjuuppföljning. BUP, Universitetssjukhuset, Linköping, Rapport nr 12.

- Johansson T., Åkesson N. & Dovik N. (1993) *Problemungdom eller ungdom med problem?* En deskriptiv och analytisk studie. Utredningshemmet i Hässleholm. Rapport nr 1.
- Josefsson 1997 Kommitténs hearing om socialtjänsten den 28 oktober 1997.
- Jämförelsetal för socialtjänsten 1996. Socialstyrelsen, Statistiska Centralbyrån och Svenska Kommunförbundet. Tryckår 1997.
- Kempe A. & Wikberg L. (1991) "Att locka fram till samtal är ju svårt". Missnöjda familjers upplevelse av PBU-kontakten. Psykologexamensuppsats, Stockholms Universitet.
- Kjellgren C. (1994 a) *JULIA att förbereda och starta gruppbehandling för flickor som varit sexuellt utnyttjade*. Socialförvaltningen Kristianstad.
- Kjellgren C. (1994 b) *Unga förövare av sexuella övergrepp – ett metodprojekt kring utredning och behandling*. Kristianstad kommun.
- Kjellgren C. (1997) *GRUF. Gruppbehandling av Unga Förövare av sexualbrott – ett metodprojekt*, Socialförvaltningen Kristianstad.
- Kollberg E. (red.) (1996) *Downs syndrom – ett familjeperspektiv. En studie av 465 nordiska familjer*. Stockholm: Liber.
- Kommun-Aktuellt, våren 1997. Artikelserie
- Kruse Å. (1994) När barn har problem vart vänder de sig? Barns uppfattning om och erfarenheter av vuxnas hjälp. Fördjupningsarbete, Psyk. inst., Stockholms universitet.
- Lagerberg Dagmar (1997) Barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Personlig kommunikation.
- Lagerberg D. och Sundelin C. (1990) Barnfamiljerna och samhällets ambitioner. Slutrapport.
- Lagerberg D & Sundelin C (1998) Psykiska problem – vad är det? En undersökning av gymnasieelevers och daghemsanställdas definitioner. *Socialmedicinsk Tidskrift*, under tryckning.
- Lagerheim B. (1988) *Att utvecklas med handikapp*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Landstinget Jönköpings län, Habiliteringscentrum. Team Autism.
- Landstingsförbundet (1994) Barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Enkätssammanställning.
- Landstingsförbundet (1996) Ekonomisk basstatistik, Bokslutsstatistik 1995 – ekonomi.
- Landstingsförbundet (1996) Statistisk årsbok för landsting 1997.
- Landstingsförbundet, Socialstyrelsen (1996) Basårsstatistik 1995, Verksamhet – sammanställning av vårddagar, vårdplatser, läkarbesök m.m., Landstingsförbundet.

- Langaard K., Johnsen Christie H. & Holdhus V. (1994) *Interkulturell behandling. Erfaringer fra møte med invandrer- og flyktingfamilier i barne- og ungdomspsykiatrien*. Skriftserie fra Nic Waals Institutt, 1/94. Oslo: Kommuneforlaget.
- Lindblad F. (1990) *Om det äkta samarbetets karaktär*. I: Sju perspektiv på barns och ungdomars levnadsförhållanden, Socialstyrelsen 1990:5.
- Lindh A., Olsson-Birkehag A-B. & Paperin C. (1995) Hur upplever barn/ungdomar och deras familjer omhändertagandet och vården på avdelning 68? BUP kliniken Falun, Landstinget Dalarna.
- Lindmark S. & Vernersson S. (1997) Kriget förde dem hit. Uppföljning av 257 flyktingars psykosociala hälsa. Projekt Lidköping 1995-1996. Lidköpings Kommun.
- Lindqvist G. (1996) Ungdomars budskap till vuxna. "Om ni vill ha respekt måste ni visa respekt." IUB och Ubi, Stockholms läns landsting. BUP-akuten, Uddevalla sjukhus.
- Lotsen PBU (1996) Vad tycker Du? Frågeformulär för PBU, Omsorgsnämnden, SLL.
- Lundén & Broberg (1996) Hur hjälper man personal att ta sin oro på allvar. Rapport 1 från projektet "*Hur mår förskolebarnen?*", Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. (Vårt dnr 13/96E.)
- Martinsson B. & Grönnevik S. (1994) Att vara patient och anhörig på barn- och ungdomspsykiatriska akut- och utredningsavdelningen. Uddevalla sjukhus.
- Masten AS. & Coatsworth JD. (1995) Competence, resilience and psychopathology. I: ID Cichetti & DJ Cohen (red.) *Developmental psychopathology*, Vol II, Risk, Disorder and Adaptation. New York:Wiley.
- Medicinska Forskningsrådet MFR (1993) Konsensusuttalande: Behandling av anorexia nervosa (självsvält). Stockholm: Spri förlag.
- Mellbin T., Lagerberg D, Sundelin C, Vuille J-C. (1994) Growing up in Uppsala. *Acta Paediatrica* 83, Supplement 398.
- Molberg B. (1998) Länsstyrelsen Västernorrlands län. Personlig kommunikation.
- Murray L. & Cooper J. (1996) The impact of postpartum depression on child development. I: *International Review of Psychiatry*. Vol 8 (1) 55-63. London: Carfax.
- Murray L. & Cooper J. (1997) The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. I: *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford Press.
- Mödra- och barnavårdspsykologernas förening (1997). Personlig kommunikation.

- Möller I. & Wettergren B. (1994) Vad tycker föräldrarna om familje-diagnostisk djupintervju? SLL, Södra BUP-sektorn, Västerängskliniken.
- Nerström-Bjerre S. (1993) Intensivarbete med familjer. En utvärdering av klienters upplevelse av behandlingen vid familjeverksamheten i Falun. IPP, Universitetet i Linköping.
- NIA informerar, 1/1997. Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor.
- Nilsson A. & Svensson B-E. (1984) *Psykologisk beskrivning av utagerande ungdomar: en percept – genetisk studie*. Forskningsrapport från Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds Universitet. Psykologi i tillämpning, nr. 2.
- Norrman Birgitta (1997) Psykolog för särskolan, Resursenheten, Stockholms kommun. Personlig kommunikation.
- Nyman E. och Gille H. (1997) Samverkan mellan socialtjänst och barnpsykiatri kring barn och ungdomar med sammansatt problematik i Örebro län – gränslöst. Örebro läns landsting och Kommunförbundet Örebro län. Vårt dnr 67/97.
- Nytorgets dagbehandlingsavdelning 1997. Skrivelse från föräldragruppen.
- Näreskog M. (1997) *Flyktningbarn. Psykisk hälsa och mottagande*. En kunskapsöversikt och ett planeringsunderlag för hälso- och sjukvård. Karolinska Institutet. Research Report nr 12.
- O'Hara M.W. & Swain A.M. (1996) Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. I: *International Review of Psychiatry*, vol. 8 (1) 37-64. London: Carfax.
- Olsson Ludvig (1997) Centrum för suicidforskning och prevention. Personlig kommunikation.
- Olsson Marianne (1997) Huddinge sjukhus. Personlig kommunikation.
- Orrhagen T. (1996) Sammanställning av ansökningar för projekt om anhörigstöd, Socialstyrelsen 1996.
- Ottosson J-O. (1995) *Psykiatri*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Parment G. (1996) Barn till psykiskt störda föräldrar, en litteraturgenomgång, Socialstyrelsen.
- Parment G. & Ringler J. (1997) Avslutningsintervjuer på Kungsholmens PBU. Omsorgsnämnden, SLL.
- Persson 1997 Kommitténs hearing om socialtjänsten den 28 oktober 1997.
- Petersson Christina (1997) Personlig kommunikation vid studiebesök på Spädbarnsverksamheten, BUP Lund.
- Preisler G. & Ek U. (1997) Den första tiden. Erfarenheter från en psykosocial uppföljningsstudie av barn med retinoblastom. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 74, 215-219.

- Projektet Dockan. Stencil April 1996. (Skolgatan 36-38, 701 85 Örebro, tel: 019-15 36 65)
- Psykologtidningen (18/1996) Temanummer om adoption.
- Raphael-Leff L. (1991) *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman and Hall.
- Resursförvaltningen för skola och socialtjänst (1997) Stockholms stad. Elevökningen i Särskolan – redovisning och analys. Tjänsteutlåtande till Resursnämnden för skola och socialtjänst. ReN 1997-06-12.
- Remberger U. & Wallner M. (1977) Barn med särskilda behov av stöd och stimulans som placerats i deltidsförskola förskoleåret 75/76 i Uppsala kommun. Stencil Uppsala universitet 1977.
- Riksrevisionsverket (1993) Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning.
- Roos T. (1997) Gemensam förtroendenämndsverksamhet inom länen. Arbetsmaterial 1997-08-20.
- Rosenbaum P. (1995) Habilitation Care – Parent's Perceptions. Folke Bernadotte Foundation Scholar.
- RUS (1996) Diagnoser. En sammanställning av 32 RUS-medlemmars enkätsvar och en diskussion kring diagnoser för Utredningen om vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem. Jacobsson A. & Larsson A., april 1996.
- RUS om psykisk ohälsa i skolan. Inlägga till utredningen Funktionshindrade elever i skolan (FUNKIS). Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa, 1996.
- Rutter M. (1967) A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Rutter M., Bailey A., Botton P. & Le Couteur A. (1993) Autism and known medical conditions. Myths and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (2), 311-322.
- Rydellius P-A. (1995) *Det barn- och ungdomspsykiatriska kunskapsområdet*. Kompendiematerial, Karolinska Institutet, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm.
- Rydén B. (1995) *Det ofödda barnet, det nyfödda barnet, det växande barnet*, Folkhälsosekretariatet och Primärvården, Göteborg.
- Rydén B. & Wickberg B. (1997) *Psykologiska insatser under graviditeten och postpartumtid – en metod för mödrahälsovården*. Folkhälsosekretariatets skriftserie ISSN 1400-2299;1997:1, Göteborg.
- Rönnols (1996) Med gemensamma krafter – om barns och ungdomars behov av kvalificerad hjälp. Kartläggning våren 1996. Landstinget i Västernorrland.

- SSR 1997, Skrivelse till Barnpsykiatrikommittén 1997-07-07. Vårt dnr 38/97.
- Sahin E. & Vettergren G. (1996) "Jag är emot sån't där som att gå och prata men jag beslutade att ge det en chans." IUB och Ubi, SLL.
- Sarnecki J. (1996) Problemprofiler hos ungdomar inskrivna på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990-1994. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. SiS. Stockholm: Liber.
- Schweinhart L. (1996) Child initiated learning activities help prevent crime.
- Sjöberg E. (1997) Barn som behöver mer – om arbetsmetoder, handlingsplaner och föräldraåsikter i förskolan. Stockholms stad FoU-rapport 1997:1
- Sjögren A., Runfors A. & Ramberg I., red. (1996) En "bra" svenska? Om språk, kultur och makt. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.
- Sjögren O. (1996) Individualiserade Service Program. En bästa modell för stöd och service till barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder och deras familjer. ISP Norden. (Tel. 08/716 68 62).
- Sjöholm-Lif E. (1997) Tidig intervention och preventiva insatser för barn med autism och autismliknande tillstånd. Konferensbidrag på Allmänna Barnhusets Sättra Bruk, 17-19 mars 1997.
- Sjölin S., Kjellmer J. & Sundelin C. (1977) Hälsovård för barn i förskoleåldern. *Läkartidningen* 74: 4394-4411, 1977.
- Skagerberg A. & Karlsson K. (1997) Tidig hjälp på längre sikt. En granskning av behandlingsmetoder på spädbarnsverksamheten Maskan illustrerade genom 10 mor-barnpar. FoU-enheten, Omsorgsnämnden, SLL.
- Skans Gerd (1997) Årsboksredaktionen, Socialstyrelsen. Personlig kommunikation.
- Skerfving, A. (1996) *Barn till psykiskt störda föräldrar, sårbarhet, risker och skyddande faktorer*. En kunskapssammanställning, FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms sjukvårdsområde.
- Skerfving, A. (1996) art. De osynliga barnen – Om barn till psykiskt störda föräldrar, *Socionomen* 3, 1996.
- Skolverket (1993:33) *Skolan – Jämförelsetal för skolhuvudmän, Organisation – Resurser – Resultat, Årsrapport*, augusti 1993, Liber.
- Skolverket (1993:41) Rapport *På väg mot aktiv tvåspråkighet*.
- Skolverket (1993:42) Rapport *Elever med annat hemspråk än svenska*.
- Skolverket (1995:5) Rapport *Invandrares hälsa och sociala förhållanden*.
- Skolverket (1995:79) Rapport *Hur läser invandrarelever i Sverige?*

- Skolverket (1996 a) *Elever med behov av särskilt stöd*. Sammanfattande rapport. Projekt 13077-3.
- Skolverket (1996 b) *Skolan. Jämförelsetal för skolhuvudmän. Organisation – resurser – resultat*. Skolverkets rapport nr 97.
- Skolverket (1996:106) *Skolan – Jämförelsetal för skolhuvudmän, Organisation – Resurser – Resultat*. Årsrapport, september 1996, Liber.
- Skolverket (1997:134) *Skolan – Jämförelsetal för skolhuvudmän, Organisation – Resurser – Resultat*. Årsrapport, november 1997, Liber.
- Skolverkets (1997:135) *Beskrivande data om skolverksamheten 1997*, Liber.
- Skolverket (1997) Internt arbetsmaterial. Eivor Carlson. Personlig kommunikation.
- Skolverket (1997) *Skolan i siffror 1997: Del 3 – Kostnader*, Liber.
- Skrivelse Ju dnr 95/3837. Skrivelse från konferensdeltagare 1995-10-08.
- Skyddsnetet. Nyhetsblad nr 3 december 1996 för Nätverket för barn till svårt sjuka föräldrar och barn i sorg.
- Sköld C. (1995) Visst lönar det sig att träffa psykologen på MVC och BVC. Intervju med 126 familjer. PBU:s konsultverksamhet vid mödra- och barnhälsovården (sydväst), SLL.
- Socialstyrelsen (1981:4) ARåd *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården*.
- Socialstyrelsen (1982:5) ARåd *Hem för vård eller boende*.
- Socialstyrelsen (1991:1) ARåd *Barnomsorgen är för alla barn*.
- Socialstyrelsen (1991:3) ARåd *Sexuella övergrepp mot barn*.
- Socialstyrelsen (1991:8) ARåd *Hälsoövervakningsprogram för barn från födelsen upp till skolan börjar*.
- Socialstyrelsen (AU 1992) *Vad menar man med kvalitet och hur bedömer man kvalitet i barnomsorgen?* Rapport från Aktiv Uppföljning i Örebro och Västmanlands län.
- Socialstyrelsen (1992) *Skydda skyddsnetet – En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet*.
- Socialstyrelsen (1993:18) Rapport *Barn till alkoholmissbrukare*.
- Socialstyrelsen (AU 1993) Rapporter från Aktiv Uppföljning, bl.a. *Hur arbetar barn- och ungdomspsykiatri och individ- och familjeomsorgen i Gottsunda, Tierp och på Gotland?*
- Socialstyrelsen (AU 1994) *Barnomsorg i brytningstider*. Rapport från Aktiv Uppföljning i Stockholms län 1994.
- Socialstyrelsen (1994:4) Rapport *Barns villkor i förändringstider*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar.
- Socialstyrelsen (1994:8) Rapport *Gömd – Om barn som hålls gömda för att slippa avvisning*.
- Socialstyrelsen (1994:19) *Kvalitetssäkring av barnhälsovården*.

- Socialstyrelsen (1995:2) ARåd *Barnomsorgen i socialtjänstlagen*.
- Socialstyrelsen (AU 1995) Rapport från Aktiv Uppföljning. *Resurser, mål och uppföljning inom barnomsorgen i Älvsborgs och Skaraborgs län*.
- Socialstyrelsens redovisning av familjehemsuppdrag 1995. Socialstyrelsens dnr 221-3538/93.
- Socialstyrelsen (1995:5) Rapport *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*.
- Socialstyrelsen (1995:8) Rapport *Ovisshetens barn*.
- Socialstyrelsen (1995:21) Rapport *Barnet i rättsprocessen*.
- Socialstyrelsen Redovisning till regeringen 1997. Redovisning av utvecklingsarbete som rör barn som far illa Socialstyrelsens dnr 62-10144/97.
- Socialstyrelsen (1996 a) *Barnomsorg 1994*. Socialtjänststatistik.
- Socialstyrelsen (1996 b) En undersökning av barn och ungdomar som erhållit psykiatrisk tvångsvård, november 1996.
- Socialstyrelsen (1996) *Social service, vård och omsorg i Sverige*.
- Socialstyrelsen (1996) särtryck. *Barnomsorg*. Särtryck ur Social service, vård och omsorg i Sverige 1996.
- Socialstyrelsen (1996:1) Hälsa- och sjukvård, Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1996.
- Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Statistiska centralbyrån (1996) *Jämförelsetal för socialtjänsten 1995*.
- Socialstyrelsen (1996:6) Statistik – Socialtjänst. *Barnomsorg 1995*.
- Socialstyrelsen (1996:7) Rapport *Hälsovård före, under och efter graviditet*.
- Socialstyrelsen (1996:11) Statistik – Socialtjänst. *Insatser för barn och unga 1995*.
- Socialstyrelsen (1996:19) Slutrapport från Barn i fokus – projektet.
- Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Statistiska centralbyrån (1997) *Jämförelsetal för socialtjänsten 1996*.
- Socialstyrelsen (NT 1997) *Socialtjänsten i länsstyrelsernas årsrapporter 1996*.
- Socialstyrelsen (1997) Skrivelse till socialchefer. Socialstyrelsens dnr 60-10977/96
- Socialstyrelsen (1997) dnr 20-7788/96. Skrivelse till socialchefen i Ängelholms kommun.
- Socialstyrelsen Redovisning till regeringen 1997. Redovisning av utvecklingsarbete som rör barn som far illa, till Socialdepartementet. Socialstyrelsens dnr 62-10144/97.
- Socialstyrelsen S/UU (1997) Om programområdet. Forskning – praktik (fotokopia)

- Socialstyrelsen (ÅR 1997) Skrivelse från Årsboksredaktionen. *Förändringar i 1998 års socialtjänststatistik*, Socialstyrelsens dnr 60-10977/96.
- Socialstyrelsen (1997) *Förteckning över hem för vård eller boende och familjevårdsenheter*.
- Socialstyrelsen (1997:4) Slutrapport *Handikappreformen*.
- Socialstyrelsen (1997:7). Rapport *Barn i behov av särskilt stöd i barnomsorgen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar.
- Socialstyrelsen (1997:8) Rapport *God psykiatrisk vård på lika villkor?*
- Socialstyrelsen (1997) Underlagsrapport till 1997:8, *Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården*.
- Socialstyrelsen (1997:10) Rapport *Intensivvård för nyfödda barn*.
- Socialstyrelsen (1997:11) *Insatser för barn och unga 1996*. Statistik – Socialtjänst 1997.
- Socialstyrelsen (NT 1997) Rapport från Nationell Tillsyn *Socialtjänsten i länsstyrelsernas årsrapporter 1996*.
- Socialstyrelsen Mblad nr 24/97 *Barnomsorg för barn till arbetslösa och föräldralösa*.
- Socialstyrelsen 1997-12-12. Epidemiologiskt Centrum. *Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa*.
- Socialstyrelsen 1998, Drejhammar, personlig kommunikation. *Interviewer med personal inom den psykiatriska öppen- och slutenvården samt med socialtjänsten*. Socialstyrelsen 1998, beredningsmaterial.
- SOSFS 1996:24 (M). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. *Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården*.
- SOSFS 1996:32 Informationsöverföring och samordnad vårdplanering.
- SOSFS 1997:15 (S) Tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, Allmänna råd, Socialstyrelsen 1997.
- Spri (1995) Dialog med patienten.
- Språkprojektet Skärholmen 1996 Projektledare Annabella Kraft och Monica Sonde. Stockholms socialdistrikt 12.
- Statens institutionsstyrelse (nov. 1997) Förslag till strukturplan för vården vid de särskilda ungdomshemmen. Rapport.
- Statens institutions styrelse (1997) Verksamhetsplan – Budgetåret 1997.
- Statistiska Centralbyrån (1992) Kommunernas finanser – räkenskaps-sammandrag för kommuner.
- Statistiska Centralbyrån (1993) Kommunernas finanser – räkenskaps-sammandrag för kommuner.
- Statistiska Centralbyrån (1994) Kommunernas finanser – räkenskaps-sammandrag för kommuner.
- Statistiska Centralbyrån (1995) Kommunernas finanser – räkenskaps-sammandrag för kommuner.

- Statistiska Centralbyrån (1996) Kommunernas finanser – räkenskaps-sammandrag för kommuner.
- Stavrén A-L. (1994) Vad tycker du? En enkätundersökning inom ramen för kvalitetssäkring vid Jakobsbergs PBU, våren 1994.
- Stenberg Kerstin (1997) Institutionen för specialpedagogik, Högskolan för lärarutbildning i Stockholm. Personlig kommunikation.
- Stenhammar A-M. (1997) Konferensbidrag på Allmänna Barnhusets Sättra Bruk, 17-19 mars 1997.
- Stenström N. & Söderholm Carpelan K. (1996) Vård och behandling av unga alkohol- och narkotikamissbrukare. I: B-Å Armelius, S Bengtzon, P-A Rydelius, J Sarnecki & K Söderholm Carpelan. *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. SiS. Stockholm: Liber.
- Stockholm läns landsting (1994) Rapport *Ungdomar med psykiska problem inom § 12-vården*.
- Stockholms läns landsting (1995) Valfrihet – kostnadskontroll. Konsult Anita Dahlström.
- Sundelin Wahlsten W. (1997) *Utveckling för att överleva*. Stockholm: Kommentus Förlag 1997.
- Sundell K. m.fl. (1992) *Se till mig som liten är. En undersökning av socialtjänstens samverkan kring utsatta förskolebarn*, Stockholms socialtjänst, FoU-rapport 1992:9.
- Sundell & Colbiörnsen (1996) *Hand i hand. Samhällets stöd till elever med psykosociala behov*. Stockholms socialtjänst, FoU-rapport 1996:14.
- Sundell K. (1995) *Barnen i förskolan. Hur påverkar resurser och pedagogik barn i kommunala och privata förskolor?*
- Sundgren 1997 Kommitténs hearing om socialtjänsten den 28 oktober 1997.
- Svedin CG. (1997) *Behandling vid sexuella övergrepp*. Arbetsmaterial till Socialstyrelsens expertgrupp i regeringsuppdraget om innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Vårt dnr 33b/97.
- Svedin CG. & Back K. (1996) *Barn som inte berättar*. Om att utnyttjas i barnpornografi. Rädda Barnen.
- Svenska Kommunförbundet (1995) Sveriges kommuner 1995-96, Kommentus Förlag.
- Svenska Kommunförbundet (1997) *Levnadsförhållanden i Sveriges kommuner* – Faktarapport i maj 1997, Kommentus Förlag.
- Svenska Kommunförbundet, Statistiska Centralbyrån (1996) *Vad kostar verksamheten i din kommun?*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (1998) Skrivelse till Socialdepartementet dnr S98/656ST.

- Svenska mammor ammar mest (1997). En studie av BVC och amning i fyra län där husläkarreformen genomförts. Socialstyrelsen 1997-00-15.
- Sveriges Psykologförbund (1996) *Forensisk psykologi*.
- Sydsjö G. (1992) Psychological risk pregnancies and their outcome. Dissertation. Linköping University.
- Sätra Bruk (1997) Elevvård – lyx eller nödvändighet? Allmänna Barnhusets konferens den 22-24 september 1997.
- Taube K. (1995) *Hur i all världen läser svenska elever?* Stockholm: Skolverket.
- Ternhag G. (1997) *Kunskapscentra inom kommunernas socialtjänst*. Socialstyrelsen.
- Tideman M. (1997) *Lever som andra? Om kommunalisering och levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning*. Wigforss-institutet, Högskolan i Halmstad, Rapport nr 3.
- Tillståndsbeskrivningen (1995) Skolverket.
- Tillståndsbeskrivningen (1997) Skolverket.
- Torhall K. (1996) Inventering 1991-1994. *Sexuella övergrepp mot barn i Dalarna* De anmälda fallens utbredning och karaktär. Länsgruppen Dalarna.
- Toverud R. (1996) Barn og ungdom i terapi etter seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.
- Ungdomsstyrelsen (1996) *Ungdomstid*. Årsbok om ungdom.
- Vad kostar verksamheten i din kommun? Bokslut 1995. Svenska Kommunförbundet och Statistiska Centralbyrån. Tryckår 1996.
- Volckerts M. (1997) För få psykologer på ungdomsmottagningarna. *Psykologtidningen*, 22, 10-11.
- von Knorring A-L., Andersson O. & Magnusson B. (1987) Psychiatric care and course of psychiatric disorders from childhood to early adulthood in a representative sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28: 329-341.
- von Knorring A-L. & Rydell A-M. (1996) Metoder att mäta psykisk hälsa hos barn och ungdomar. Rapport från en arbetsgrupp. Socialstyrelsen.
- Waltré och Granath (1995) Källan, Gruppverksamhet för barn med psykiskt sjuka föräldrar, broschyr Riks-IFS.
- Werner EE. & Smith RS. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Wettergren B. (1996) Vad tycker ungdomarna om barn- och ungdomspsykiatrisk utredning på Västerängskliniken? IUB och Ubi, Stockholms läns landsting.

- Wickberg B. (1997) Barnafödande och psykiska hälsa. Kunskapsunderlag till Barnpsykiatrikommittén.
- Wickberg B. (1996) *Postnatal depression: Prevalence, identification and treatment*. Akademisk avhandling. Göteborg.
- Wickberg B. & Hwang C.P. (1996 a) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 94: 181-184.
- Wickberg B. & Hwang C.P. (1996 b) Counselling of postnatal depression. A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39, 209-216.
- Wiechel (1981) *Olika personalgruppers åsikter om barn i förskola och på lågstadium. Barn med särskilda behov av stöd och stimulans*. Gleerup.
- Wulff C. (1996) *Det blev bara en gång. Intervjuer med engångsbesökande familjer vid PBU*. Omsorgsnämnden
- WHO (1980) reviderad 1993 ICDH. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Svensk översättning i remissutgåva, Socialstyrelsen 1997.
- Wångby M. (1997) *Barns och ungdomars psykiska hälsa. Några aktuella ansatser till ett helhetsperspektiv*. Barn- och ungdomsdelegationen, Inrikesdepartementet.
- Växa på egna villkor (1998) Om barn- och ungdomshabiliteringens insatser för att förebygga, lindra och bota psykiska problem. Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnpsykiatrikommittén.
- Zenker B. (1993) *Psykoterapi med utvecklingsstörda barn*. Stockholm: Liber utbildning.

enli

Promemorior

Ds 1996:57 Barn i dag

Ds 1997:32 Påföljder för unga lagöverträdare

Propositioner

prop. 1979/80:1 om socialtjänsten

prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

prop. 1989/90:28 om vård i vissa fall av barn och ungdomar

prop. 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård, m.m.

prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade

prop. 1992/93:220 En ny läroplan

prop. 1993/94:11 Utvidgad lagreglering på barnomsorgsområdet, m.m.

prop. 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor

prop. 1994/95:194 Vissa frågor om psykiatrisk tvångsvård

prop. 1995/96:59 Sjukvårdssamverkan mellan landsting

- prop. 1996/97:5 Forskning och samhälle
prop. 1996/97:25 Svensk migration i ett globalt perspektiv
prop. 1996/97:105 Kommunal samverkan
prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen
prop. 1997/98:6 Förskoleklass och andra skollagsfrågor
prop. 1997/98:16 Sverige, framtiden och mångfalden – från invandrarpolitik till integrationspolitik

Utredningsbetänkanden

- SOU 1974:40 Socialvården, mål och medel. Socialutredningens principbetänkande, sammanfattning.
SOU 1977:41 Socialtjänst, socialförsäkringstillägg, sammanfattning.
SOU 1985:14 Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Betänkande av Barn- och ungdomspsykiatri- samt familjerådgivningsutredningen (BFU-81).
SOU 1992:3 Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. Rapport från Psykiatriutredningen.
SOU 1992:73 Velfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1994:5 Kriminalvård och psykiatri. Slutbetänkande av Fängelseutredningen.
SOU 1994:139 Ny socialtjänstlag. Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén.
SOU 1995:142 Att röja hinder. Delbetänkande av Storstadskommittén.
SOU 1995:589 Kompetens och kunskapsutveckling. Om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten. Delbetänkande av Socialtjänstkommittén.
SOU 1996:115 Barnkonventionen och utlänningslagen. Delrapport av Barnkommittén.
SOU 1996:137 Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former för kommunal samverkan. Betänkande av Kommunala förnyelsekommittén.
SOU 1996:143 Krock eller möte. Om den mångkulturella skolan. Delbetänkande av Skolkommittén.
SOU 1996:163 Behov och resurser i vården – en analys. Betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).
SOU 1996:179 Statens uppgiftsinsamling från kommuner och landsting. Betänkande av Utredningen om statens uppgiftsinsamling från kommuner och landsting.
SOU 1997:8 Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.

- SOU 1997:61 Att växa bland betong och kojor. Delbetänkande av Storstadskommittén.
- SOU 1997:82 Lika möjligheter. Betänkande av Utredningen om introduktion för nyanlända invandrare samt en ny myndighetsstruktur för det integrationspolitiska området.
- SOU 1997:107 Den nya gymnasieskolan – problem och möjligheter. Slutbetänkande av Kommittén för gymnasieskolans utveckling.
- SOU 1997:108 Att lämna skolan med rak rygg. Slutbetänkande av Läs- och skrivkommittén.
- SOU 1997:116 Barnets bästa i främsta rummet. Barnkommitténs huvudbetänkande.
- SOU 1997:119 En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet. Delbetänkande av HSU 2000.
- SOU 1997:121 Skolfrågor. Om skolan i en ny tid. Skolkommitténs slutbetänkande.
- SOU 1997:154 Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000.
- SOU 1997:157 Att erövra omvärlden. Slutbetänkande av Barnomsorg och Skolakommittén.
- SOU 1997:161 Stöd i föräldraskapet. Betänkande av Utredningen om föräldrautbildning.

Kommittédirektiv

Vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem

Beslut vid regeringssammanträde den 11 maj 1995

Sammanfattning av uppdraget

En utredning med parlamentarisk sammansättning tillkallas för att utreda vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem. Utredningen skall

- definiera gruppen barn och ungdom med psykiska problem. Utifrån denna definition och tidigare kartläggningar skall problemens omfattning och samhällets kostnader för vård och stöd bedömas. Bedömningen av samhällets kostnader skall ställas i relation till nyttan med vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem.
- redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdom med psykiska problem och hur samarbetet mellan samhällsinstanserna fungerar. Analysen skall göras såväl från de hjälpsökandes perspektiv som från samhällsinstansernas perspektiv.
- överväga och föreslå olika insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och för att förebygga att psykiska problem, om de väl uppstått, inte fördjupas och befästs.
- överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser. Utredningen bör överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga.
- redogöra för och analysera samt föreslå olika rehabiliteringsåtgärder.

Bakgrund

Tidigare arbete

Psykiatriutredningen behandlade i sitt betänkande, Valfärd och valfrihet (SOU 1992: 73), de psykiskt stördas villkor i ett brett samhällsperspektiv. Av tids- och resursskäl berörde utredningen inte psykiskt störda barns och ungdomars situation särskilt. I propositionen (1993/94: 218) Psykiskt stördas villkor anmälde därför regeringen att en utredning om vård och stöd till psykiskt störda barn och ungdomar bör tillsättas. Socialutskottet delade regeringens bedömning av behovet av en sådan utredning. Riksdagen hade ingen erinran mot vad utskottet anfört (bet. 1993/94 SoU 28, rskr. 1993/94:396).

Problemens omfattning

Omfattningen av psykiska ohälsa bland barn och ungdomar är svår att fastställa. Olika undersökningar har försökt komma fram till hur stor andel av barn och ungdomar som har psykiska problem. Undersökningarna har använt sig av olika definitioner på psykisk ohälsa, olika undersökningsmetoder och olika underlag vilket fått till följd att uppskattningarna av andelen barn och ungdomar med psykiska problem varierar mellan 5 och 25 %. Landstingsförbundet har nyligen genomfört en enkät om den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Enkäten har riktats till samtliga landsting. Med ledning av statistik på antalet besök vid landets öppenvårdskliniker kan man sluta sig till att ungefär 9 % av befolkningen upp till 19 år hade kommit i kontakt med den barn- och ungdomspsykiatriska öppna vården under år 1993. Siffrorna måste dock tolkas med försiktighet då vissa kliniker även tycks räkna in föräldrar som besökare. En jämförelse mellan Stockholms län och övriga län visar att så kan vara fallet. I Stockholms län ligger andelen barn och ungdom som besökt den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården under 2 % medan den i andra län pendlar mellan 8 och 13 %. Statistiken över antalet barn och ungdomar som vårdats i den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården är mer heltäckande. Här rör det sig dock om en mycket liten andel av det totala antalet barn och ungdomar i åldrarna upp till 19 år, 2 358 barn och ungdomar av totalt något över 2 miljoner barn och ungdomar i dessa åldrar.

Antalet slutenvårdsplatser har minskat kraftigt de senaste 20 åren. Den sjukhusanknutna vården omfattade cirka 350 platser vid 1990-talets början. 145 vårdplatser fanns också vid landstingens olika behandlingshem. I takt med att antalet platser i slutenvården minskat har

antalet öppenvårdsmottagningar ökat. Vid 1990- talets början fanns cirka 170 öppenvårdskliniker.

Trots osäkerheten vad gäller omfattningen av barns och ungdomars psykiska problem kan vissa negativa tendenser iakttas. Senast tillgängliga uppgifter visar att antalet barn och ungdomar som söker hjälp ökar både i den slutna och öppna psykiatriska vården.

Problem

Samhällets insatser för barn och ungdomar med psykiska problem är omfattande och ansvaret delas främst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Barnomsorgen och skolan har också viktiga uppgifter i detta sammanhang.

Barnhälsovården är ett stöd för alla familjer men denna vård har en särskild roll när det gäller barn med behov av särskilt stöd och deras familjer. Undersökningar visar att barn- och mödrahälsovården når i stort sett alla barn, vilket bidrar till att både medicinska och sociala problem kan upptäckas tidigt. Förtroendet för barnhälsovården är i allmänhet mycket stort. Socialstyrelsens rapport Skydda skyddsnätet från år 1992 visar dock att barnhälsovården saknar metoder och kunskap för att ta sig an barn med psykiska problem.

De allra flesta barn och ungdomar kommer i kontakt med barnomsorgen och skolan. Barnomsorgen är en viktig resurs med unika möjligheter att förebygga psykiska problem hos barn. Många kommuner har kommit långt när det gäller att ta ett aktivt ansvar för att förebygga problem. Undersökningar visar emellertid att det finns stora skillnader mellan olika kommuner. Problem finns bl.a. i uppföljningen av enskilda barns placeringar och i samarbetet mellan barnomsorgen och socialtjänstens individ och familje-omsorg.

Skolan kan spela en viktig roll när det gäller att kompensera för svåra uppväxtförhållanden eller för att förhindra utslagning. Den normala skolorganisationen är dock inte alltid anpassad för elever med speciella behov. Det gäller framförallt barn och ungdomar med sociala och emotionella störningar. Tonvikten i skolhälsovården har förskjutits mot mer socialmedicinskt inriktade uppgifter och tillgången till psykologer och kuratorer i skolan har minskat. Skolhälsovården och skolans övriga elevvård saknar i vissa fall stöd från den barn- och ungdomspsykiatriska vården.

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg följer, utreder och stödjer barn och ungdom med psykiska problem. Detta arbete har ofta en praktisk och kurativ karaktär. När det gäller behandling behöver socialtjänsten sam-arbeta med barn- och ungdomspsykiatrin.

Barn- och ungdomspsykiatri är således en specialistresurs dit barn och ungdomar remitteras men även en basresurs dit den enskilde kan söka sig direkt.

Flera undersökningar visar att det finns oklarheter och olika uppfattningar om hur barn- och ungdomspsykiatri bör samarbeta med socialtjänsten.

Inom socialtjänsten kritiseras i vissa fall den barn- och ungdomspsykiatriska vården för att inte ha vilja eller metoder att hålla kvar svagt motiverade patienter i behandling. Enligt socialtjänsten är det svårt att för vissa fall få tillgång till barn- och ungdomspsykiatrins resurser. Det gäller framför allt utagerande, ofta missbrukande tonåringar i behov av både psykiatrisk vård och sociala insatser. Barn och ungdom utsatta för sexuella övergrepp är en annan sådan grupp.

Inom familjehems- och institutionsvård finns brister när det gäller metoder och resurser. Bland annat har de så kallade paragraf tolv hemmen behov av konsulttjänster från barn- och ungdomspsykiatri.

Socialtjänstkommittén redovisar i sitt slutbetänkande Ny socialtjänstlag (SOU 1994:139) att socialtjänsten saknar kompetens att hantera barn och ungdomar med vissa psykiska problem. Det rör sig främst om "osynliga" flickor i riskzonen, barn till alkoholmissbrukare, ensamma flyktingbarn och barn i 10-12 års åldern. Socialsekreterarna är ofta beroende av experter från andra områden för att kunna avgöra vad som är bäst för barn och ungdom med psykiska problem i det enskilda fallet.

För vissa fall av psykiska problem, exempelvis vissa psykotiska tillstånd, kan samarbete mellan barn och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri bli aktuellt när den unge så småningom övergår till behandling inom vuxenpsykiatri. Även inom detta område finns det indikationer på att samarbetet kan behöva utvecklas.

Trots problemen i samarbetet mellan olika samhällsinstanser pekar flera undersökningar, bl.a. erfarenheter från Socialstyrelsens aktiva uppföljning och Psykiatriutredningens och Landstingsförbundets enkäter, på att samarbetet utvecklas positivt på ett flertal håll i landet. Samarbetet kan dock på de allra flesta håll förbättras om det ges en fastare struktur och om förståelsen ökar för varandras kompetens och möjligheter.

Tyngdpunkten i denna problembeskrivning har lagts på en redogörelse av olika samhällsinstansers arbete med barn och ungdomars psykiska problem samt samarbetet mellan dessa olika instanser. Ett bra skyddsnät av olika landstings- och kommunala verksamheter och ett väl fungerande samarbete dem emellan är förutsättningar för att förebygga uppkomsten av psykiska problem hos barn och ungdom likväl som det är en förutsättning för att förebygga att sådana problem, när de väl

uppkommit, fördjupas och befästs. Det är angeläget att olika åtgärder vidtas för att förbättra det förebyggande arbetet.

Även om ett väl fungerande skydds nät i samhällets regi behövs för att förebygga psykisk ohälsa kan det inte ersätta den betydelse familjen har för barns och ungdoms psykiska hälsa. Därför är det viktigt att även familjen bemöts med respekt och förståelse och görs delaktig i den vård och det stöd som olika samhällsinstanser ger till barn och ungdomar med psykiska problem.

I detta sammanhang skall även de ideella organisationer som arbetar inom området framhållas. För den enskilde och för familjen är de ofta ett värdefullt komplement till samhällets insatser.

Det förebyggande perspektivet skall ges tyngd. Problematiken kring barn och ungdom med psykiska problem är dock inte enbart en fråga om ett förbättrat förebyggande arbete och ökat samarbete. Innehållet och kvaliteten i vården och stödet till dessa barn och ungdomar är andra viktiga aspekter liksom rehabiliteringen. Socialstyrelsen har nyligen givits i uppdrag att göra en nationell översyn av kvaliteten och effektiviteten i undersöknings- och behandlingsmetoder inom den specialiserade psykiatrin.

Socialtjänstkommittén har utifrån socialtjänstens perspektiv bl.a diskuterat innehållet i de insatser som socialtjänsten gör för barn och ungdom.

Olika rehabiliteringsåtgärder är nödvändiga för att förhindra att psykiska problem fördjupas och befästs. Det rör sig om medicinska, psykologiska, sociala och arbetslivsinriktade insatser som syftar till att ge barn och ungdom bästa möjliga förutsättningar för att kunna leva ett normalt liv. Gränsdragningen mellan vårdande och rehabiliterande insatser är svår att göra. I många fall är en vårdande insats, exempelvis terapi, även ett led i en rehabilitering. I den mån rehabiliteringen är en del i det arbete som bedrivs av socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatrin och skolan täcks problematiken in i den tidigare beskrivningen av samarbetet mellan dessa instanser. Olika utbildnings- och arbetslivsinriktade åtgärder kan också vara en del i rehabiliteringen. Kompletterande skolutbildning kan behövas i en del fall. Försäkringskassan, om den unge tidigare haft ett arbete, arbetsförmedlingar och arbetsmarknadsinstitut har viktiga uppgifter när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Viss kritik har framförts bestående i att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte erbjuder meningsfulla uppgifter.

Det senaste årtiondet har Sverige tagit emot en ökande ström av asylsökanden, flyktingar och andra invandrare som varit utsatta för tortyr, förföljelse eller andra traumatiska upplevelser i sina hemländer. Det torde därför också finnas ett stort antal barn och ungdomar med

flyktingbakgrund som har psykiska besvär på grund av vad de varit med om. Barn och ungdomar med invandrarbakgrund kan dessutom ha anpassningssvårigheter av olika skäl som i förlängningen kan ge såväl sociala som psykiska problem. Både inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien uppges att man har svårt att tillgodose dessa barns och ungdomars behov av vård och stöd.

Uppdraget

En utredning med parlamentarisk sammansättning tillkallas för att utreda vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem.

Med utgångspunkt i tidigare kartläggningar tycks huvudproblemen i vården och stödet till barn och ungdomar med psykiska problem vara att ansvaret delas mellan olika samhällsinstanser och att samordningen dem emellan försvåras av en rad omständigheter. Barns och ungdomars psykiska problem orsakas av en mängd faktorer såväl biologiska som psykologiska och sociala. Barn och ungdom med psykiska problem har således en sammansatt problematik där behov av insatser från barnomsorg, barnhälsovård, skola, socialtjänst och psykiatri i många fall existerar parallellt. Dessa barn och ungdomar kan ha svårt att passa in och få den hjälp de behöver i en organisatorisk struktur som kännetecknas av olika huvudmän – landsting och kommuner – med skilda ansvarsområden och finansieringskällor och i vissa fall olika kulturer när det gäller kunskaper och förhållningssätt.

Kunskapen om omfattningen av psykiska problem bland barn och ungdomar är ofullständig. En uppgift för utredningen blir att, med hjälp av de kartläggningar som gjorts och utifrån ett resonemang om hur denna grupp skall definieras, fastställa omfattningen av problemen. I samband med en sådan analys skall utredningen även försöka uppskatta samhällets kostnader för vård och stöd av barn och ungdom med psykiska problem. Kostnaderna skall ställas i relation till nyttan med vården och stödet.

Utredningen skall redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem och hur samarbetet dem emellan fungerar. Redogörelsen och analysen skall göras såväl från de hjälpsökandes som samhällsinstansernas perspektiv och skall bl.a inbegripa frågor om kvalitet och innehåll i vården och stödet. I analysen av samarbetet skall utredningen särskilt undersöka stödet från de olika instanserna till de grupper som ofta sägs vara svåra att hantera inom psykiatrien och socialtjänsten, exempelvis utagerande tonåringar med missbruksproblem, barn och ungdom med

invandrarbakgrund och barn och ungdom som utsatts för sexuella övergrepp.

Utredningen skall också redogöra för, analysera och föreslå olika rehabiliteringsåtgärder.

Utredningen skall överväga och föreslå olika insatser för att förebygga att psykiska problem uppkommer samt insatser som förebygger att de psykiska problemen inte fördjupas och befästs om de väl har uppstått. I det sammanhanget bör utredningen ange vilken roll barnhälsovården, barnomsorgen, skolan, i förekommande fall andra samhällsinstitutioner, och ideella organisationer skall ha i relation till barn och ungdomar med psykiska problem. Samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri bör även uppmärksammas. Det är också angeläget att belysa den roll familjen har och kan ha i samspelet mellan ovannämnda instanser och barnet eller den unge med psykiska problem.

Utredningen skall vidare föreslå olika åtgärder som syftar till att förbättra samarbetet mellan socialtjänsten, inklusive de s.k. paragraf tolv hemmen, och hälso- och sjukvården men även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsinstitutioner. Utredningen bör överväga om nuvarande ansvarsgränser är de mest ändamålsenliga sett såväl ur den enskildes perspektiv som ur ett samhällsperspektiv.

Utgångspunkten vad gäller förslag till åtgärder är att dessa skall kunna genomföras inom ramen för befintliga resurser. Förslagen skall kostnadsberäknas och kostnaderna ställas i relation till nyttan av att genomföra förslagen. Olika möjligheter till finansiering av åtgärdsförslagen skall anges i anslutning till kostnadsberäkningarna.

Utredningen skall bedriva sitt arbete i samråd med Socialstyrelsens nationella översyn av innehållet i den psykiatriska vården. Utredningen bör vidare samråda med Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation och Storstadsutredningen (S 1995:01). Kommittén bör även samråda med berörda myndigheter.

För utredningens arbete gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994: 23), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt jämställdhetspolitiska konsekvenser av förslagen (dir. 1994: 124).

Utredningsarbetet skall vara slutfört senast den 15 december 1996.

Socialdepartementet

Utredningens särskilda utfrågningar och expertpaneler

Deltagare vid Stiftelsen Allmänna Barnhusets och Barnpsykiatrikommitténs konferens om barnhabiliteringens arbete, den 17-19 mars 1997

Bakk Ann, psykolog, chef för Länscentret, Omsorgsnämnden, Stockholm.

Bjerre Ingrid, f.d. överläkare, Habiliteringen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Brynge Anders, barnpsykiater, Team Autism, Jönköping

Duvner Tore, barnpsykiater, Barnhabiliteringen, Danderyds sjukhus

Fallenius Birgitta, barnpsykiater, Samverkansklasserna, PBU Stockholm

Forsström Agneta, psykolog, BUP, Bollnäs

Granat Tina, psykolog, Barnhabiliteringen Myrberget, Uppsala

Grönros Marina, Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Johansson Birgit, habiliteringschef, Landstinget Kronoberg, Växjö

Kristiansson Inga-Lill, psykolog, Länscentret, Omsorgsnämnden, Stockholm

Lagerheim Berit, barnpsykiater, St Görans Barnkliniker, Stockholm

Lögdahl Christina, psykolog, Autismcentrum, Mälarsjukhuset, Eskilstuna

Nyman Erling, habiliteringschef, BUH Halltorp, Örebro

Nilsson Karlberg Eila, psykolog, Folke Bernadottehemmet, Uppsala

Norrman Birgitta, psykolog, Särskoleenheten, Stockholm

Olofsson Thomas, sjukgymnast, Habiliteringen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Sanner Gunnar, habiliteringschef, Barnhabiliteringen, Centralsjukhuset, Karlstad

Sjöholm-Lif Eva, psykolog, Handikappförvaltningen, Umeå

Ann-Marie Stenhammar, sjuksköterska och föräldrarepresentant, Årsta

Zenker Birgitta, psykolog, BUP, Centrallasarettet, Västerås

**Deltagare i Barnpsykiatrikommitténs hearing med
intresseorganisationerna den 16 april 1997 samt i den fortsatta
referensgruppen**

Andersson Lena, Stockholm, Riksföreningen Autism
Eriksson Kent, Västerås, Ananke Föreningen
Hammar Lisbeth, Göteborg, Patientföreningen för Anorexi och Bulimi
Johansson Rune, Onsala, Familjehemmens centralorganisation (FACO)
Jonson Ann, Tystberga, Familjehemmens Riksförbund (FR)
Kyhberg Georg, Lund, Svenska Touretteföreningen
Mesterton Madeleine, Stockholm, Anorexi-Bulimikontakt
Nyström Karlsson Annika, Stockholm, Föräldraföreningen för utveck-
lingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB)
Odelius Ann-Christin, Sollentuna, Intresseförbundet för Schizofreni
(Riks-IFS)
Rydenstam Lena, Trollhättan, Riksföreningen Autism
Rydland Christina, Matfors, Riksförbundet för rörelsehindrade barn
och ungdomar, RBU, DAMP-sektionen
Sandberg Johanna, Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa (RUS)
Wallin Gisela, Stockholm, Anorexi-Bulimikontakt
Weckman Margarethe, Solna, Intresseföreningen för Schizofreni (IFS)
Stockholm
Waltré Eva, Stockholm, Intresseförbundet för Schizofreni (Riks-IFS)

**Deltagare vid Barnkommitténs hearing den 28 oktober 1997 om
socialtjänstens arbete med barn och ungdomar med psykiska
problem**

Angsell Gun-Lis, chef för FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning
Andrén Jan, IFO-chef, Uppvidinge kommun
Bredberg Elisabeth, socialtjänsten, Trollhättan
Bodlund Karin, enhetschef, ProAros, Västerås
Edlund Elsie, socionom, expert på socialtjänstens arbete med barn som
far illa, Stockholm
Gustavsson Margareta, socionom och utredare, Göteborg
Jarlebring Leif, socionom, socialinspektör, Vantör Stockholm
Josefsson Berit, Jönköpings kommun, distrikt Centrum, Barn- och ung-
domssektionen
Lilled Lars, beteendevetare, verksamhetschef inom socialtjänsten Göte-
borg
Persson Roland, socialchef, Kristianstad
Samuelsson Catharina, distriktschef, Norrköpings kommun

Skilving Clodette, socionom, tidigare chef vid familjecentret i Hagalund, Solna
Sundelin Wahlsten Viveka, forskare och psykolog vid Akademiska sjukhuset i Uppsala
Sundgren Magnus, tidigare chef vid förvaltningsledningens stab för individ- och familjeomsorg i Stockholms Socialförvaltning
Westlund Peter, författare till boken Svarte Petter, Svenska Kommunförbundet 1995
Wågström Anders, psykolog, verksam i Uppsala (halvtid BUP/socialtjänst)
Messing Jan, socionom, sekreterare i Dalarnas Kommunförbund
Sandström Lena, jurist vid Svenska Kommunförbundet
Vinnerljung Bo, forskningsledare vid Socialstyrelsens centrum för utveckling och utvärdering av socialtjänsten (CUS)
Holmberg Stina, projektchef vid Socialstyrelsen

Panelen med experter på interkulturellt arbete med barn, ungdomar och familjer

Almqvist Kjerstin, FlyktingCenter, Karlstad
Bustos Enrique, Institutet för psykoterapi och interkulturell kommunikation (IPIK), Stockholm
Carlqvist Gunnel och Pescador Christina, Hallunda PBU
Cordes-Pettersson Lene och Åkesson Brian, Rosengårds stadsdelsförvaltning
Dahlström-Enyck Monica m.fl., Angereds stadsdelsförvaltning
Ekblad Solveig, Institutet för Psykosocial Miljömedicin, Solna
Essinger Birgitta och Gustavsson Marianne, Norra Botkyrka
Hirsi Mohamed och Askaner Hans, Svenska Röda Korset
Hjern Anders, Centrum för barn- och ungdomshälsa, Huddinge
Levin Lilian, BUP-kliniken, Umeå
Löf Lasse, Goodani Guhn och Lundequist Barbro, Rädda Barnen
Oulis Lisbeth, Demirel Sakir och Ekström Kerstin, Rinkeby stadsdelsförvaltning
Vernersson Stina och Lindmark Stefan, Lidköpings flyktingmottagning