

Hälsan bland barn med  
socialtjänstinsatser – behov av ökad  
samordning mellan kommun och  
landsting. Exemplet Rinkeby-Kista i  
Stockholm.

Gunilla Bergh  
Anneli Marttila  
Bo Burström



**Karolinska  
Institutet**

Författare: Gunilla Bergh, Anneli Marttila och Bo Burström

Avdelningen för Socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap  
Karolinska Institutet, 2012

ISBN: 978-91-637-0885-5

Karolinska Institutet  
Institutionen för folkhälsovetenskap  
Avdelningen för Socialmedicin  
Norrbacka, plan 3  
171 76 Stockholm

Rapporten kan beställas/laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)



## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>2</b>
<b>BAKGRUND.....</b>	<b>3</b>
<b>ALLA BARNES RÄTT TILL GOD HÄLSA OCH HÄLSOVÅRD .....</b>	<b>3</b>
<b>HÄLSAN BLAND BARN I UTSATTA SITUATIONER .....</b>	<b>3</b>
<b>SAMHÄLLETS STÖD TILL BARNEN I UTSATTA SITUATIONER .....</b>	<b>5</b>
<b>BEHOV AV ETT FÖRBÄTTRAT SAMHÄLLSSTÖD .....</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE.....</b>	<b>8</b>
<b>MATERIAL OCH METOD .....</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT FRÅN INTERVJUSTUDIE OCH GENOMGÅNG AV SOCIALA AKTER .....</b>	<b>10</b>
<b>BARNENS HÄLSA OCH BEHOV AV SAMHÄLLSSTÖD .....</b>	<b>10</b>
<i>Barnens hem- och livssituationer.....</i>	<i>11</i>
<i>Barnens hälsa och utveckling.....</i>	<i>13</i>
<i>Barnens behov av stödjande miljöer.....</i>	<i>14</i>
<b>SAMHÄLLSSTÖDET TILL BARNENS HÄLSA .....</b>	<b>15</b>
<i>Otillräckliga stödinsatser – före, vid och under placering.....</i>	<i>16</i>
<i>Orsaker bakom otillräckliga stödinsatser – brist på samarbete och samordning.....</i>	<i>17</i>
<b>HUR KAN MAN FÖRBÄTTRA SAMORDNINGEN OCH SAMARBETET KRING BARNEN? .....</b>	<b>20</b>
<i>Familjers behov av kunskap och strategier.....</i>	<i>21</i>
<i>Tillgänglig och samordnad service.....</i>	<i>21</i>
<b>DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>29</b>
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>32</b>
<b>BILAGA 2 .....</b>	<b>33</b>

**Utgivare:**  
Karolinska Institutet  
Institutionen för folkhälsovetenskap

## Sammanfattning

Denna rapport belyser samhällets stöd för hälsan bland barn som är i behov av socialtjänstinsatser. Rapporten har tillkommit på initiativ av socialtjänsten inom Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning inom Stockholm stad, i samarbete med Barnhälsovården inom Stockholms läns landsting och Karolinska Institutets Institution för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin. Den baseras på en intervjustudie med ansvariga tjänstemän vid relevanta verksamheter inom Stockholm stad och Stockholms läns landsting, kompletterat med en genomgång av dokumentation i barns socialtjänstakter.

Studierna som genomfördes 2011, visar på betydande brister i samhällsstödet till de barn som studerats. Dessa barn saknar enligt studierna tillräckliga medicinska, psykosociala och pedagogiska insatser, som kan ge förutsättningar till god hälsa och utveckling. Det är särskilt angeläget att utveckla ett fungerande samhällsstöd i ett område som Rinkeby-Kista, där hälsobehoven bland barnen är omfattande och familjerna inte alltid söker hjälp och uppmärksammar dessa behov (på grund av egen hälsomässig och social samt ekonomisk problematik). Det behövs konkreta åtgärder för att försäkra sig om en bättre hälsoutveckling bland omhändertagna barn, där samhället har tagit över vårdnaden av barnen.

Samhällets insatser behöver framförallt bli mer sammanhållna, tillgängliga och begripliga för barnen och deras familjer i Rinkeby-Kista, samt även för berörda familjehem utanför Stockholm. Det finns behov av tidigare insatser av god kvalitet riktade till barnen och familjerna – en förstärkning av både förebyggande och behandlande hälsoinsatser. Tidiga insatser behöver kombineras med mer långsiktiga åtaganden och uppföljning av barnen, och samhällsaktörer borde ha större beredskap för aktivt agerande vid särskilt kritiska skeden i barnens liv. Det är i detta sammanhang viktigt att barnen och deras familjer ges möjlighet till inflytande över stödinsatsers innehåll och utformning, för att på detta sätt öka förutsättningarna för aktiv medverkan och efterfrågan. Stödinsatserna kan inte utgå från generella behov i det svenska samhället, utan måste matcha faktiska behov i de berörda målgrupperna.

För barnens och familjernas bästa borde framförallt samordningen mellan olika instanser - socialtjänst, förskola, skola, hälso- och sjukvård - förbättras och intensifieras. Förutsättningar för gemensam planering och ett samfällt agerande skulle behöva stärkas genom att strukturer, rutiner och handlingsvägar etableras. Tillämpbara avtal mellan aktörer skulle behöva upprättas för att klargöra ansvars-, mandat- och resursfördelningar, vilket skulle skapa större förutsägbarhet för involverade aktörer och en ökad beredskap för insatser. Olika samverkansformer kunde övervägas, i linje med familjecentraler eller ungdomsmottagningar. Individuella hälsoplaner kan övervägas som ett sätt att samla relevant och uppdaterad hälsoinformation, och vilka kan ge bättre underlag för agerande och beslut.

## Inledning

Flera undersökningar har påtalat behovet av ett förbättrat samhällsstöd till barn som av olika skäl och i olika avseenden bedöms som mer ”utsatta” än andra barn. Ändå fungerar stödet för dessa barn långt ifrån optimalt, på de flesta håll.

Denna rapport belyser samhällets stöd för hälsan bland barn som är i behov av socialtjänstinsatser. Rapporten har tillkommit på initiativ av socialtjänsten inom Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning inom Stockholm stad, i samarbete med Barnhälsovården inom Stockholms läns landsting och Karolinska Institutets Institution för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin. Denna rapport föregicks av en masteruppsats i folkhälsovetenskap (Bergh G. Enhancing support to children with combined social and mental health needs – the need for increased collaboration between agencies. Example Rinkeby-Kista, Stockholm. Thesis for Master of Public Health, Karolinska Institutet, 2011). Rapporten baseras på en intervjustudie genomförd 2011 med ansvariga tjänstemän vid relevanta verksamheter inom Stockholms stad och Stockholms läns landsting, kompletterat med en genomgång av dokumentation i barns socialtjänstakter. Rapporten berör både barn som är föremål för sociala öppenvårdsinsatser och som bor med sina biologiska familjer, men den innefattar även de barn som har omhändertagits och befinner sig i samhällets vård (i familjehem eller på institutioner). Bland dessa har hälsobehoven hos barn med beteendesvårigheter och eventuella neuropsykiatriska funktionsavvikelser särskilt beaktats, eftersom de bedöms vara en speciellt sårbar grupp. Rapporten avser att vara ett bidrag till diskussionen om hur samhället kan förbättra stödet till barn med särskilda och ibland mycket komplexa hälsobehov.

Befolkningssammansättningen i Rinkeby-Kista är sådan att andelen barn som bedöms vara ”utsatta” eller riskerar att fara illa är högre än i många andra områden. Flera faktorer bidrar till komplexitet och utmaningar för god hälsoutveckling bland barn, bland annat att barnens föräldrar i större utsträckning har sämre psykisk och fysisk hälsa, är födda utomlands, har kort utbildning och sysselsättningsgrad jämfört med genomsnittet bland föräldrar i Stockholm. En konsekvens är att behovet av samhällsstöd bland barn blir större i områden som Rinkeby-Kista än i områden av annan socioekonomisk karaktär. För att möta barnens behov behöver samhällsstödet anpassas till situationen och förutsättningarna för barn just i det området.

När föräldrarnas möjligheter att stödja sina barns utveckling brister eller barnen far illa bör detta uppmärksammas av olika instanser i samhället, bland annat förskola, skola, barnhälsovård och skolhälsovård. Alla dessa instanser kan reagera för att mobilisera insatser inom den egna verksamheten och i samarbete med andra. Socialtjänsten har ett övergripande ansvar för barnens välfärd och kan vid behov ingripa, såväl med förebyggande insatser, utredning samt öppenvård, och ytterst genom omhändertagande och placering av barnet utanför den biologiska familjen. Ibland kompliceras bilden av att barnen har beteendevikelser som kan ha sociala eller medicinska orsaker, eller både och. Ofta kan man inte helt särskilja vad som är orsak och verkan, vilket medför särskilda utmaningar för samhällsstödet till barnen.

## Bakgrund

### Alla barns rätt till god hälsa och hälsovård

Rätten till god hälsa är en av de grundläggande mänskliga rättigheterna. Världshälsoorganisationen (WHO) [1] ser hälsa som en resurs för var och ens vardagliga liv. Hälsa är ett positivt begrepp som omfattar sociala och personliga resurser så väl som fysiska förutsättningar. Hälsan är beroende av hur en individ eller en grupp ges möjligheter att förverkliga sina ambitioner, att tillfredsställa sina behov och att förändra eller hantera sin omgivning. WHO betonar särskilt utsatta människors rätt till hälsa. I FN:s Barnkonvention [2] framgår vilka rättigheter som borde gälla för alla barn i hela världen. Till dessa hör bland annat att barnets bästa skall sättas i främsta rummet. Konventionen antogs 1989 av FN och den ratificerades av Sverige 1990 [3].

Sveriges regering anger barn och unga som en av de viktigaste målgrupperna inom det hälsofrämjandet folkhälsoarbetet [4]. Alla barn i Sverige har bland annat rätt till kostnadsfri hälso- och sjukvård, med tillgång till de generella program som övervakar deras hälsoutveckling med återkommande besök och kontroller hos barn-, skol- och tandhälsovården [3].

### Hälsan bland barn i utsatta situationer

Barn i Sverige som lever i utsatta situationer har inte lika god hälsoutveckling som andra barn [3,5,6]. Psykosociala problem liksom psykisk ohälsa har ökat bland barn [5]. Fysisk ohälsa är i genomsnitt 60 procent vanligare bland barn i socioekonomiskt utsatta situationer, och psykisk ohälsa är 70 procent vanligare [5]. Dessa barn löper även högre risk för att skadas i trafiken och för att utsättas för våld och fysisk bestraffning [3].

Risken för ohälsa ökar om barnet växer upp i ett så kallat utsatt bostadsområde [7]. Rädda Barnen [8] påpekar att skillnaderna mellan områdena har ökat och att runt 80 procent av de fattiga barnen har en förälder med utländsk/migrationsbakgrund. Dessa familjer lever allt mer koncentrerade till vissa områden och stadsdelar. Barn som nyligen anlänt till Sverige som flyktingar löper särskilt stor risk för psykisk ohälsa, bland annat som en konsekvens av upplevelser under asyltiden [3].

***Exemplet Rinkeby-Kista i Stockholm – förekomst av barnfattigdom och ohälsa***

*I Rinkeby-Kista är förekomsten av barnfattigdom (dvs. familjen har låg inkomststandard med inkomster som inte täcker skäliga levnadsomkostnader eller har socialbidrag) över 50 procent, jämfört med 12 procent i Sverige som helhet, 11 procent i Stockholms län och 14 procent i Stockholms stad [9]. I Rinkeby-Kista är andelen barn (0-5 år) som bor i hushåll med låg köpkraft (hushållets disponibla inkomst i förhållande till försörjningsbördan) 70 procent, jämfört med 6 procent i Täby och Danderyd [10]. Andelen barn (födda 2008) som misstänktes fara illa och anmäldes till socialtjänsten uppgick till 21 per 1000 barn i Rinkeby-Kista, jämfört med 4 per 1000 barn i Stockholms län [10].*

*Barnhälsovården har noterat att cirka 3,5 procent av barnen i Rinkeby-Kista, jämfört med 0,3 procent på Kungsholmen, inte klarar de tre grundmomenten i BVC:s fyraårskontroll, vilket tyder på utvecklingsavvikelse och behov av särskilda insatser [11]. Trots att fler barn i Rinkeby-Kista avvek i fyraårskontrollen (dvs. saknade de tre förväntade färdigheterna) jämfört med genomsnittet för barn i länet, var det en lägre andel av barnen i Rinkeby-Kista (33 procent) som läkarundersöktes (jämfört med 43 procent i länet) [10]. Barnhälsovården noterar också ett större bortfall bland fyraåringar i Rinkeby-Kista (23 procent) än i länet i stort (7 procent) [10], vilket tyder på att färre barn kommer till barnhälsovården i Rinkeby-Kista och att problem underskattas. Vidare har man funnit högre förekomst av autism bland barn i stadsdelen [12]. Se även fakta om Rinkeby-Kista i tabell i Bilaga 1.*

Risken för ohälsa och utvecklingsproblem är hög även för de cirka 25 000 barn i Sverige (2010) som blivit omhändertagna och är placerade i familjehem och/eller på institutioner (ett ökande antal sedan 2005 och antalet omhändertagna barn i Stockholms län uppgår till cirka 4 600) [13,14,15]. Risken för självmord, missbruk och kriminalitet är högre än för andra barn i samma ålder [16,17]. Enligt en studie från Malmö (2011) där man läkarundersökte barn som var aktuella hos socialtjänsten för utredning och placering hade omkring 45 procent av barnen något hälsoproblem som föranledde vidareremittering inom hälso- och sjukvården [3].

Förekomsten av vanvård och övergrepp inom samhällsvården har även uppmärksamats i Sverige [18,19]. Bland annat har otillräcklig skolgång utan stöd, samt avsaknad av nödvändig vård vid sjukdom noterats [18]. Skolverket och Socialstyrelsen [20] uppmärksammar de låga skolresultaten bland omhändertagna barn, som dessutom varierar kraftigt mellan olika kommuner (från 83 procent i kommunen med högst andel till 52 procent i kommunen med lägst andel för barn som placerats första gången före tio års ålder; från 74 procent till 29 procent för barn som placerats för första gången efter tolv års ålder). Medan 86 procent av alla barn i Sverige är behöriga till gymnasiet efter grundskolan, är siffran så låg som 55 procent bland omhändertagna barn (71 procent för barn som placerats första gången före tio års ålder, 55 procent för barn som placerats för första gången efter tolv års ålder). Även vid jämförelser med adoptivbarn presterar de omhändertagna barnen klart sämre i skolan [21].



**Exemplet barn från Rinkeby-Kista med socialtjänstkontakter**

*Socialtjänsten i Rinkeby-Kista tar emot cirka 1500 anmälningar årligen angående barn som misstänks fara illa (flera anmälningar rörande samma barn kan förekomma) [22]. Inte sällan handlar det om akuta familjeproblem med inslag av våld. Cirka 40 procent av anmälningarna leder till en social utredning. Utifrån denna kan socialtjänsten besluta om stöd till familjen eller en placering av barnet. I ett första skede placeras då barnet på institution eller i jourhem, i avvaktan på en mer permanent placering i familjehem eller på annan institution. I nuläget (2012) är cirka 110 barn omhändertagna och placerade i familjehem (och ett tiotal väntar på en placering), 38 av dessa är ensamkommande flyktingbarn under 21 år. Omkring en tiondel av de placerade barnen har fått neuropsykiatriska diagnos/er och ytterligare ett antal är under utredning. Socialtjänsten ifrågasätter om dessa barn får det hälsorelaterade samhällsstöd (utredningar och stödåtgärder) de behöver och har laglig rätt till. [22]*

Barn som har beteendevårigheter och som diagnosticerats med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har lyfts fram som en annan så kallad utsatt grupp (cirka 2-5 procent av alla barn uppskattas ha ADHD, cirka en procent har en utvecklingsstörning och lika många beräknas uppvisa autismspektrumtillstånd, ett barn kan även få flera diagnoser) [23,24]. Forskning visar att funktionsnedsättningarna ofta påverkar relationerna med anhöriga och kompisar negativt. Föräldrarna kan uppleva att barnen är svåra att förstå sig på och bemöta och risken finns att man fastnar i ett negativt samspelemonster och en hög stressnivå inom familjen. Funktionsavvikelsena kan även inverka negativt på inläring och skolresultat. Många barn får sekundära brister i självkänsla och självförtroende, och psykiska besvär är vanliga [23].

**Samhällets stöd till barnen i utsatta situationer**

Trots att barn som lever under utsatta familjeförhållanden oftast har större behov än andra barn uppmärksammas inte det alltid av samhället [3]. Socialstyrelsen framhåller till exempel att tillgängligheten till hälso- och sjukvården brister och att det är troligt att barn i mindre resursstarka familjer får mindre vård än de behöver. Mödra- och barnhälsovården har blivit svagare enligt myndigheten, och pekar även på betydande variationer över landet. Vårdcentraler, skolhälsovård och ungdomsmottagningar saknar också ofta tydliga uppdrag vad gäller upptäckt och stöd vid till exempel psykisk ohälsa bland barnen. Speciellt skolhälsovården uppvisar stora kvalitets- och organisatoriska brister enligt Socialstyrelsen. [3]

Barn som omhändertagits har på olika sätt drabbats av betydande vård- och omsorgsbrister före själva placeringen (sena placeringar kan även sägas öka svårigheterna). Detta medför särskilt stora utmaningar för samhällsstödet, som barnen behöver när de väl har identifierats. Att samhället tar över vårdnadsansvaret har dock inte visat sig utgöra en garanti för ett fullgott samhällsstöd med adekvata insatser riktade till dessa barn. Socialstyrelsen med flera aktörer påpekar att barnen ofta inte får ett tillräckligt psykologiskt, pedagogiskt och hälsomässigt samhällsstöd [3,19,25,26]. Socialstyrelsen [16,26] lyfter även fram oacceptabla skillnader mellan kommuner vad gäller stödet till barnen och att det saknas adekvata och förebyggande insatser [27,28]. Barnombudsmannen [19] och BRIS [29] rapporterar om placerade barn som

möts av negativa eller för låga förväntningar från samhällets sida, vilket kan föda misstro, uppgivenhet och konflikter med vuxna. Barnen själva efterlyser mer empati och uppföljning från de vuxnas sida, det vill säga att nätverket av yrkespersoner som finns kring barnet och även familjehemsföräldrarna bryr sig om, respekterar och lyssnar [19,29].

Avsikten är att hälso- och sjukvården för omhändertagna barn ska ske inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen [3] hänvisar dock till brist på kunskap om hur detta fungerar i praktiken, men refererar till en nyligen genomförd studie av hälsan bland omhändertagna barn från Malmö [30]. Studien visar att omkring 15 procent av barnen saknade en eller flera vaccinationer i basprogrammet när de uppnådde skolåldern, vart femte barn hade inte fått någon fyraårskontroll och en synundersökning hade bara genomförts hos hälften av barnen. Vart tionde barn hade inte gjort någon hörsel- eller synkontroll under de första skolåren, och en klart större andel hade inte gjort något ordinarie hälsobesök i skolhälsovården jämfört med övriga barn. Undersökningen fann även brister i uppföljningen av tandhälsan, hög nivå av psykisk ohälsa samt att vart femte barn hade koncentrationssvårigheter vid hälsobesök i förskoleklass/första klass. Nästan 40 procent av barnen hade eller hade haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Malmöstudien fann brister i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård samt i kommunikationen mellan olika aktörer och barnens skolresultat var som regel inte tillgängliga varken för socialtjänst eller för hälso- och sjukvården. [3,19,30]

Utan ett bra stöd är det svårare att klara sig i skolan påpekar bland andra Socialstyrelsen och Barnombudsmannen [3,19,25,26] och svaga skolresultat är ett problem särskilt bland omhändertagna barn eftersom det medför risk för framtida psykosociala problem [31]. Att de placerade barnen misslyckas i skolan beror inte på att de har sämre kognitiv förmåga än andra barn betonar Vinnerljung i Barnombudsmannens årsrapport 2011 [19]. Forskningsresultat visar att tre av fyra placerade barn var rejält underpresterande i förhållande till sin begåvning, vilket korrigerades efter det att adekvata stödinsatser satts in [19]. Vinnerljung framhåller att bristande skolresultat inte sällan orsakas av negativa och låga förväntningar på barnen samt kognitiv försummelse. Det förekommer att barnen felaktigt antas vara lågt begåvade eller utvecklingsstörda [19].

Om det senare är fallet även för barn med neuropsykiatriska funktionsavvikelser är inte helt klart. Dock visar en nyligen genomförd studie av Riksförbundet Attention [24] att skolan inte ger ett tillräckligt stöd till elever med dessa funktionsnedsättningar. Barnen får sällan undervisning utifrån sina egna förutsättningar och de drabbas av undermåliga miljöer, bristande kompetens bland personalen och frånvaron av kognitiva hjälpmedel.

## **Behov av ett förbättrat samhällsstöd**

Det behövs system och en lagstiftning som garanterar barnen ett adekvat stöd, menar bland andra Socialstyrelsen, Barnombudsmannen och Rädda Barnen [3,6,19]. Den s.k. Malmökommissionen (som har till syfte att genomlysastadens sociala förutsättningar och villkor för att minska skillnader i ohälsa inom staden) fokuserar sitt arbete på hur man kan påverka de underliggande sociala

bestämningsfaktorerna för hälsa och åstadkomma bättre strukturella förutsättningar. Marie Köhler, kommissionär och barnhälsovårdsöverläkare i Skåne, påpekar att barns kognitiva förmåga stimuleras eller släcks utifrån social miljö, och lyfter vikten av förebyggande insatser såsom god mödra- och barnhälsovård, bra förskola och skola [32]. Det är inte minst viktigt att de omhändertagna barnen har kontinuerlig kontakt med en välfungerande hälso- och sjukvård, enligt både Köhler och Socialstyrelsen [3,19,32]. De menar att det krävs kraftfulla åtgärder för att de barnen i praktiken ska få samma tillgång till hälso-och sjukvård som andra barn.

Eftersom barnens hälsa varierar beroende på var de bor och var de växer upp måste samhällets verksamheter anpassas efter de lokala förutsättningarna och behoven [7,10,11,33]. Även den nya skollagen (som omfattar förskola till och med vuxenutbildning) [34] betonar att elevhälsans personal ska ha en kompetens som är anpassad efter olika skolors förutsättningar och behov. Lagen betonar att alla elever har rätt till en likvärdig utbildning oberoende av geografisk hemvist, sociala och ekonomiska förhållanden. I all skolverksamhet ska barnets bästa vara utgångspunkten, och alla elever ska enligt lagen ges den ledning och den stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att utifrån sina förutsättningar kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål. [3,35]

## Syfte

Mot bakgrund av ovanstående har två studier genomförts, i syfte att belysa:

1. Hälsa och behov av samhällsstöd bland barn med socialtjänstinsatser
2. Hur samhället utformar stöd för hälsa bland barnen med socialtjänstinsatser
3. Vilka förbättringsmöjligheter som kan ses vad gäller detta stöd från samhället

## Material och metod

Rapporten baseras på två studier som har genomförts under året 2011. Fokus för studierna har varit barn från Rinkeby-Kista som är i behov av socialtjänstinsatser samt barn från samma område som uppvisar beteendesvårigheter och har fått neuropsykiatriska diagnoser. Den ena studien var en intervjuundersökning bland tjänstemän inom Stockholms stad och Stockholms läns landsting, och den andra innebar en genomgång av dokumentationen i sociala akter tillhörande omhändertagna och familjehemsplacerade barn. Kombinationen av resultat från studierna avser att belysa hur barns hälsa och stöd utvecklats över tid, samt hur stödet skulle kunna förbättras. Med stödet menas främst insatser från samhällets sida, det vill säga från socialtjänst, förskola och skola, samt hälso- och sjukvård.

Stockholms regionala etiknämnd har godkänt studierna [36] och tillstånd avseende tillgång till sociala akter har även inhämtats från Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning [37].

För intervjustudien kontaktades tjänstemän med ansvar för barn inom Stockholms stad (social- och utbildningsförvaltningar, skolhälsovård, stadsdelsförvaltningens socialtjänst och förskoleverksamhet, familjecentral) och Stockholms läns landsting (barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri samt habilitering). Alla tillfrågade tjänstemän gav sitt medgivande till en intervju och femton semi-strukturerade intervjuer genomfördes (Intervjupersoner i Tabell 1, Intervjuguide i Bilaga 2). De intervjuade innehade tjänster på chefsnivå och/eller på specialistnivå (t. ex. inom pediatrik, psykiatri, psykologi, socialt arbete). Alla utom en av de intervjuade hade stadsdelen Rinkeby-Kista inom sitt ansvarsområde och de hade alla flerårig erfarenhet av arbete med barns sociala och hälsobehov. Intervjuerna med tjänstemän har främst gett en bild av hur samhällsstödet till barn med socialtjänstinsatser och barn med neuropsykiatriska diagnoser fungerar (framförallt rörande kommunala och landstingsinsatser innan en placering, när barnen bor i Rinkeby-Kista i Stockholm) och möjligheter till förbättringar. Innehållsanalys [38] har tillämpats på intervjumaterialet.

**Tabell 1: Intervjupersoner inom Stockholms stad och Stockholms läns landsting.**

Verksamhet/aktör	Antal intervjuer
Barnhälsovård (Stockholms läns landsting)	2
Habilitering, Barn- och ungdomspsykiatri (Stockholms läns landsting)	5
Socialtjänst (inkl. socialförvaltning, socialtjänst, familjecentral) (Stockholm stad)	5
Förskola, Grundskola (inkl. utbildningsförvaltning, elevhälsa/skolhälsovård, förskola specialstöd) (Stockholm stad, Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning)	3

Genomgången av socialtjänstakter inkluderade dokumentation om tolv barn (socialtjänstens journalanteckningar samt tillgängliga och relevanta dokument från förskola, skola och hälso- och sjukvård). De valdes ut utifrån att de var från Rinkeby-Kista, att de vid urvalstidpunkten hade blivit omhändertagna av samhället och var familjehemsplacerade, samt att de under sin placering hade fått neuropsykiatriska diagnoser. De hade omhändertagits av socialtjänsten i olika åldrar (från 0 till 14 års ålder), och alla utom en enligt LVU (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga). Alla barnen var placerade av socialtjänsten i Rinkeby-Kista i familjehem belägna utanför Stockholms kommun och län. Under perioden för placeringen hade alla barnen haft erfarenhet av omplaceringar mellan olika familjehem (även mellan jourhem, institutioner och familjehem). I inget barns fall hade vårdnaden överförs till familjehemmet eller tillbaka till de biologiska föräldrarna (d.v.s. socialtjänsten i Rinkeby-Kista innehade vårdnadsansvaret). Analysen av dokumentationen i akterna har fokuserat på livs- och hälsohändelser under placeringsperioderna och omgivande samhällsaktörers agerande och insatser utifrån dessa händelser. Fallstudiemetodik har använts på materialet [39]. I rapporten redovisas inga detaljer kring enskilda fall, för att garantera anonymiteten för de berörda barnen och deras familjer.

## Resultat från intervjustudie och genomgång av sociala akter

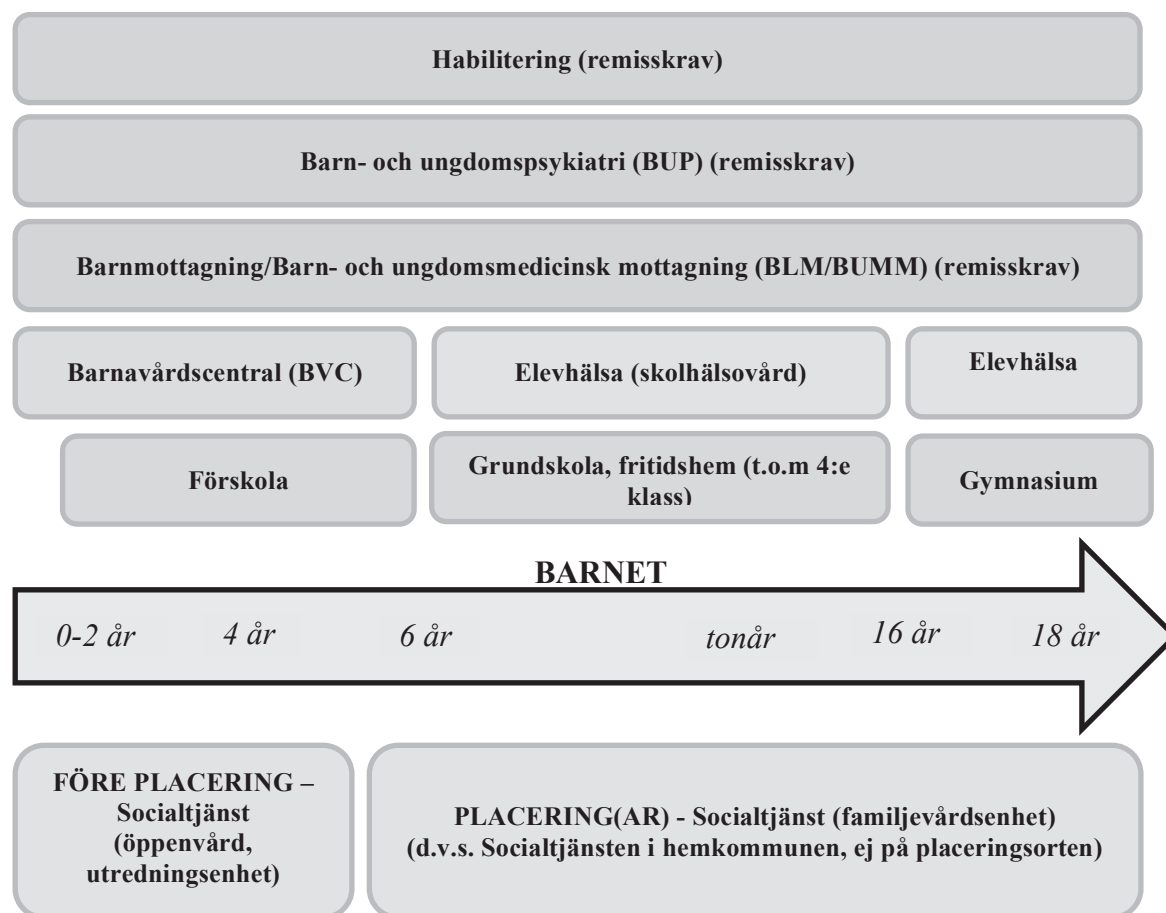
De barn som diskuteras i denna rapport inkluderar *barn med socialtjänstinsatser* - både förebyggande och öppenvårdsinsatser eller en eventuell placering (som kan bli en konsekvens av att insatser för att stärka de biologiska föräldrarnas förmågor inte bedömts ge önskvärda resultat). Bland dessa har barn med beteendesvårigheter och neuropsykiatriska funktionsavvikelser särskilt studerats. Rapporten berör både barn med tidiga, begynnande problem med hälsa och utveckling och barn vars sociala och hälsoproblem varit mera långvariga. Barnens hälsotillstånd utvecklas över tid, förändras till det bättre eller sämre.

Intervjuerna med tjänstemän belyser huvudsakligen situationen före en eventuell placering (när barnen bor med biologiska föräldrar i Rinkeby-Kista), medan genomgången av barnens akter vid socialtjänsten också rör situationen efter det att en familjehemsplacering har gjorts.

### Barnens hälsa och behov av samhällsstöd

Figur 1 visar några viktiga samhällsinstanser/aktörer kring barnen, som behöver ha en beredskap för insatser under barnets uppväxt. Hälsa- och sjukvården ansvarar till exempel för förebyggande kontroller (BHV/BVC), medicinska, psykologiska och psykiatriska bedömningar/utredningar (BLM/BUMM, BUP, Habilitering) samt stödinsatser (hjälpmedel, samtal, handledning, medicinering m.m.). Förskola och skola kan göra miljöanpassningar och sätta in individuella pedagogiska stödinsatser, utifrån behov identifierade bland annat i BVCs eller elevhälsans förebyggande hälsovårdskontroller eller pedagogiskt inriktade bedömningar. Socialtjänsten ansvarar för sociala öppenvårdsinsatser, utredningar och samhällsvård, mm.

**Figur 1. Landstings- och kommunala aktörer kring barnet – beredskap för insatser under barnets uppväxt**



De barn som diskuterades i intervjuerna och vars akter har lästs har ofta en sammansatt problematik som bottnar i den egna familjen. De biologiska föräldrarna förmår inte agera optimalt å barnens vägnar för att på bästa sätt hitta stöd för barnen. Detta är problematiskt, eftersom samhället och dess utbud av offentlig service idag förutsätter aktiva och välinformerade medborgare som efterfrågar och uppsöker de tjänster de behöver. Bland barn som omhändertagits övertar socialtjänsten föräldrarnas ansvar. En obalans uppstår – de barn som bäst skulle behöva samhällets stöd har sämre förutsättningar att få ta del av detta.

### **Barnens hem- och livssituationer**

Intervjuer och genomgången av akterna visar att barnen ibland tidigt utsätts för en mycket instabil och otrygg hem- och boendesituation, med sannolika trauman och bristande anknytningsmönster som följd. Dessa hemförhållanden bedöms enligt flera av de intervjuade inom hälso- och sjukvården kunna ligga till grund för beteende- och utvecklingsavvikelser samt eventuell psykisk och fysisk ohälsa hos barnet.

Föräldrarna till barnen som socialtjänsten har kontakt med lever ofta i mycket socialt och ekonomiskt utsatta situationer. Barnen påverkas enligt intervjuer och akter av föräldrarnas psykiska ohälsa, missbruk, våld och kriminalitet. Vissa föräldrar uppvisar allvarliga beteendevårigheter och har ibland diagnosticerade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Det förekommer att föräldrarna själva

har varit omhändertagna av samhället och en del har växt upp i olika familjehem eller på institutioner. De flesta föräldrar och släkt har vidare migrationsbakgrund, och ibland skapar pågående asylprocesser splittrade och instabila familje- och boendeförhållanden. Rörligheten bland föräldrarna verkar generellt stor och de flyttar ofta mellan olika utsatta bostadsområden.

Att ha barn med beteendesvårigheter eller funktionshinder kan ytterligare späda på sårbarheten hos föräldrar, påpekade intervjupersoner inom socialtjänsten. Föräldrarnas kapacitet utmanas och hemsituationen kan förvärras med konflikter och våld som följd. Om man som förälder inte når de verksamheter som kan ge stöd, skapas lätt en ond cirkel av ökande social isolering och ett negativt sätt att bemöta barnen betonade några av de intervjuade inom socialtjänst och psykiatri.

De barn som omhändertagits av socialtjänsten har enligt akter och intervjuer varit utsatta för avsevärda brister i omsorgen under sin tid i det biologiska föräldrahemmet. Föräldrarna har inte alltid förmått se till att barnen kommit till barnhälsovården (barnvårdscentral) eller vid behov annan hälso- och sjukvård. Intervjupersoner inom socialtjänsten betonade att barnen har ett mycket svårt utgångsläge vid själva omhändertagandet, vilket de ansåg medför behov av ”exceptionella” samhällsinsatser under placeringstiden.

Under placeringsperioden ska barnen enligt det regelverk som finns i Sverige så gott det går bevara kontakten med de biologiska föräldrarna. I flera fall av de studerade akterna rapporterades dock om umgängen som omgärdats av oförutsägbarhet, samarbetsvårigheter och starka lojalitetskonflikter, vilket verkade stressa barnen och påverka deras psykiska hälsa negativt. Även upprepade hemtagningsbegäran från de biologiska föräldrarnas sida, vilka föranledde förnyade sociala utredningar och domstolsprocesser i vilka barnet förutsatts medverka, verkade utsätta barnen för påtaglig stress och störde anknytningsprocesser. Läkare och psykologer som barnen kom i kontakt med rekommenderade ibland en begränsning av kontakten med biologiska föräldrar för att kunna fullfölja utredningar och behandlingar. Begränsningar utifrån barnets hälsobehov verkar dock svåra att genomföra i praktiken, enligt både aktgenomgångar och intervjuer inom socialtjänsten. Intervjupersonerna beklagade domstolsbeslut som ibland åsidosätter barnens behov framför föräldrarnas.

Situationen i familjehemmen kan bli mycket pressad påpekade några av de intervjuade inom socialtjänsten. De vuxna kan både ha svårt att möta barnet som ibland kan upplevas stressande och provocerande. Svårigheter i kontakterna med den biologiska familjen kan också utgöra utmaningar. Det räcker inte alltid med avlastningsmöjligheter och socialtjänstens handledning, utan ibland det sker ett sammanbrott i familjehemmet och därefter omplacering. Barn med beteendesvårigheter omplaceras oftare än andra barn, framhöll ett par intervjupersoner inom socialtjänsten. Varje flytt innebär förutom en ny jourhems- och/eller familjehemsmiljö även att barnet måste börja på en ny förskola eller skola, där de återigen behöver bygga upp nya sociala nätverk och relationer. Möjligheterna till återhämtning och god hälsoutveckling verkar försvåras av bristen på trygghet, långsiktig stabilitet och adekvata stödinsatser och i akterna uttryckte barnen ibland själva att de var oroliga för sin vacklande boendesituation och sina osäkra framtidsutsikter.



## Barnens hälsa och utveckling

Genomgången av de sociala akterna visade att barnens hälsotillstånd förändrades över tid och påverkades av förändringar i omgivningen, inte minst av en pressad situation i den biologiska familjen. Om barnet omhändertogs och placerades i familjehem (liksom i jourhem eller på institutioner) innebar även denna förändring en stress, kanske speciellt om det skedde under akuta förhållanden. Även vistelsen i familjehem kunde vara mycket påfrestande för barnet, inte minst om situationen inte fungerade och behov av omplaceringar förelåg. Genomgången av akterna visade att hälsan hos många av de berörda barnen sviktade under perioden för omhändertagandet. Flera barn uppvisade psykisk ohälsa, men även fysiska hälsoproblem var vanligen förekommande. Akterna antydde en klart nedåtgående trend för vissa barn medan andra barns hälsoläge verkade stabilisera sig när de väl fick tillgång till adekvata insatser.

Flera av de barn som studerats genom akterna uppvisade beteendeavvikelser som till exempel hyperaktivitet och utåtagerande och antisociala beteenden. De hade inte sällan svårt med samspel och kommunikation, samt koncentration och uppmärksamhet. Det framgick av akterna att flera barn hade haft olika former av utvecklingsförseningar och avvikande beteenden sedan tidig ålder, vilket till exempel föräldrar och socialsekreterare noterat men inte alltid barnhälsovården. Svårigheterna förstärktes i stressande situationer såsom vid speciella händelser och förändringar i familje- eller skolsituationen. De studerade barnen hade ingen uttalad diagnos från början, men fick under placeringsperioden neuropsykiatriska diagnoser. En del barn fick dubbeldiagnoser. Genomgången av akterna visade att många barn själva upplevde sina egna beteendesvårigheter och konsekvenserna av dessa som besvärliga. Det kunde till exempel vara svårt att behålla goda relationer med andra barn och vuxna i omgivningen. Upplevelsen av att ibland känna sig annorlunda, kränkt eller sakna tillräckligt socialt stöd kunde bidra till psykiska besvär. Vissa barn fick även andra psykiatriska diagnoser under placeringsperioden, såsom ångest eller depression. Periodvis bedömdes en del barn vara i mycket dåligt psykiskt skick, vilket ibland föranledde upprepade remisser till eller kontakter med barn- och ungdomspsykiatri, akuta sjukhusbesök eller behov av undervisning i hemmet istället för i skolan.

Förutom detta förekom fysisk ohälsa bland barnen. En del barn uppvisade en ansamling av flera olika och ibland återkommande somatiska bekymmer. Akterna beskrev till exempel problem med allvarlig övervikt men även undernäring och undervikt bland barnen, liksom problem med dålig tandhälsa och mag-tarmproblem. En del barn hade ofta återkommande infektioner. Bland barnen förekom även syn- och hörselproblem, hjärtfel samt höftleds- och balansproblem. Misstankar om neurologiska skador och bland annat epilepsi förelåg i vissa fall. Barnen kunde även ha andra vanligt förekommande hälsoproblem, såsom astma, allergier och eksem. De fysiska hälsoproblemen verkade ibland ha varit ouppmärksammade och fortsatt vara obehandlade under längre tider, ibland upp till flera år. Till exempel astma, eksem och allergier kunde föranleda till ständiga akuta sjukhusbesök. Det kunde ta flera år och upprepade kontakter innan vården utredde barns mag-tarmproblem. Sammantaget verkade främst psykiska men även fysiska hälsoproblem bidra till att försvåra barns långsiktiga återhämtning och hem- och skolsituationer.

## Barnens behov av stödjande miljöer

Samtliga intervjuade poängterade att det behövs stödinsatser. Det handlar då inte i första hand om att ställa en diagnos eller flera, utan om att utforma ett passande stöd utifrån barnets behov. Målet borde enligt intervjupersoner inom hälso- och sjukvården vara att skapa bra förutsättningar för att barnet ska kunna utvecklas och må bra. Detta oavsett om barnet bor i sin biologiska familj eller är placerat (de flesta intervjupersoner inom hälso- och sjukvården och för/skolan talade om de medicinska och pedagogiska behoven generellt bland dessa barn, utan att särskilja mellan behoven bland omhändertagna och inte omhändertagna barn).

*Bara en utredning på ett papper tycker jag är värdelöst. Utredningen ska vara ett kvitto på att du ska få hjälp, ska få förståelse. (Intervjuperson inom barn- och ungdomspsykiatri)*

Tidiga insatser har potential betonade de intervjuade inom hälso- och sjukvården samt inom skolhälsovården. Det finns evidens för att ett tidigt stöd kan förbättra barnets funktioner, och att negativa pålagringar och mönster kan undvikas. Intervjupersoner inom barnhälsovård och habilitering påpekade att förskolebarn bör vara en prioriterad grupp. Barn som lever i socialt utsatta miljöer behöver speciell uppmärksamhet framhöll en intervjuperson inom skolhälsovården. Det går sämre för dem i skolan och därför bör de utredas och ges stöd i ett tidigare skede än vad som görs idag. Även barn som placeras och omplaceras behöver större uppmärksamhet påpekade flera intervjupersoner inom olika verksamheter.

Intervjupersoner inom hälso- och sjukvården betonade att varje barn har unika symptom och behov och att någon homogen grupp inte kan urskiljas. Det gör att det behövs ett differentierat och individuellt anpassat stöd. Stödinsatser kan ges i grupp eller vara mer individuellt inriktat, allt efter behov.

*Man måste titta på varje enskilt barn, utifrån flera olika aspekter, både barnets egna sätt att fungera, man utgår från vad är det här för barn och vad har det för begåvning, hur känslomässigt skört är det här barnet, vad har det här barnet för sätt att fungera, vad växer det här barnet upp i för miljö, vad råkar det här barnet gå i för skola, hur mår det här barnet just nu, och hur fungerar det just nu (Intervjuperson inom skolpsykiatri)*

En intervjuperson inom barn- och ungdomspsykiatri diskuterade begreppet multimodal behandling, d.v.s. behovet av kombinerade insatser till barn och föräldrar, som omfattar information om vad en diagnos innebär, pedagogik i vardagen och i skolan och vid behov handledning och läkemedel. Särskilt menade att hon att kunskap ökar vuxnas förståelse av barnets behov.

Det är viktigt att följa barnens utveckling över tid påpekade intervjupersoner inom hälso- och sjukvården. Stödet måste vara flexibelt och anpassas efter behov som varierar över tid och med barnets utveckling, samt även efter barnets specifika hem- och familjeförhållanden. De intervjuade angav vissa åldrar, kritiska tidpunkter eller faser, när de olika aktörerna – enskilt och tillsammans - borde vara särskilt uppmärksamma på barnets behov. Det gällde vid utvecklingskontroller (t ex BVCs fyraårskontroll), eventuell start i förskola, övergångar mellan förskola-skola-gymnasium, barnets tonårsperiod, i samband

med eventuella utredningar och diagnoser, liksom vid omhändertaganden och (om)placeringar. En annan kritisk fas förefaller vara i samband med speciella livshändelser som till exempel närståendes död. Genomgången av akterna visade att en del barn drabbades av upprepade tragiska händelser i den biologiska familjen.

Målet för stödinsatser ska vara en vardag som fungerar och som gör att barnet utvecklas sade en intervjuperson inom socialförvaltningen. Samtliga intervjuade framhävde vikten av stödjande miljöer i hem och skola, som anpassas till barnet, inte barnet till miljön. De intervjuade betonade särskilt att relationerna mellan de vuxna och barnet måste fungera. Barnet behöver bemötas på ett korrekt sätt, av vuxna med förståelse för barnets sätt att fungera. Medicinering bör ses som ett andrahandsalternativ som kan övervägas efter det att miljön har anpassats, framhöll samtliga intervjupersoner inom hälso- och sjukvården. I utlåtanden från barn- och ungdomspsykiatri (i akterna) angavs det också att vardagsmiljön kring barnen bör ge skydd och kontinuitet, samt bör vara välfungerande och strukturerad. Vikten av stabilitet betonades i utlåtandena och barnen bedömdes ibland ha för många kontakter med olika personer. Kraven från omgivningen behövde även enligt BUP anpassas efter barnens förmågor. De bör mötas av vuxna som är bland annat trygga, stabila, närvarande och inkännande. Barnens behov av stöd i sin skolgång diskuterades även av flera intervjuade.

*En mer strukturerad skoldag, med förutsägbarhet, där förändringar förbereds, en del har förutom gruppinstruktioner även behov av individuella instruktioner, skriftligt eller muntligt, en del behöver utökad vuxenstöd för att komma igång och genomföra arbeten, en del behöver vuxenstöd hela skoldagen, i allt vad de gör, inte bara i klassrummet, även på raster luncher fria aktiviteter, och på fritids, och en del av de här barnen klarar ju med hjälp av det här att gå kvar i en normal klass. (Intervjuperson inom skolpsykiatri)*

Specialklasser eller -grupper bör finnas för barn med särskilt allvarliga behov ansåg intervjupersoner inom psykiatri och skolhälsovården. Att lyfta ur barnet ur sin vanliga förskole- eller skolmiljö bör dock bara ske i undantagsfall poängterade en av de intervjuade inom skolan. Flera av de intervjuade inom hälso- och sjukvården såg poänger med resurspersoner i skolmiljön, men det behovet ifrågasattes delvis av de intervjuade inom förskola och skola. De uppgav att läkare för ensidigt förordar resurspersoner framför andra lösningar.

## **Samhällsstödet till barnens hälsa**

Både intervjuundersökningen och genomgången av de sociala akterna pekar på att samhällsaktörerna ofta inte förmår nå fram med ändamålsenliga stödinsatser till barnen. Insatser som sätts in stannar ofta vid behovsbedömningar (för de flesta barn identifierades en rad olika hälsobehov i akterna), men genomförandet av insatser för att utforma stödjande miljöer kring barnen saknades.

Utifrån akterna kan sammanfattas att samhällsstödet brast under barnens vistelse i sitt biologiska föräldrahem, i samband med en eventuell placering eller omplacering samt under perioden i samhällets vård. Inte heller vid andra kritiska faser eller speciella livshändelser fungerade stödet optimalt. Konsekvenser kan

bli ohälsa, ökade beteendesvårigheter samt förvärrade livsförhållanden och fler sammanbrott under placeringen enligt flera av de intervjuade.

### **Otillräckliga stödinsatser – före, vid och under placering**

Barnen kommer ofta sent i kontakt med hälso- och sjukvården, vilket flera intervjupersoner beklagade. De förordade tidigare upptäckt, bedömningar/utredningar och adekvata insatser. Speciellt intervjupersoner inom barnhälsovård och habilitering betonade att de vill komma in tidigare med ett stöd, eftersom det finns en stor potential i förebyggande insatser. De nämnde till exempel enkla verktyg (scheman, tidshjälpmiddel) som kan underlätta familjelivet, liksom effektiv intensivträning för barn under fyra år med autism.

*Risken är ju att det hinner starta upp väldigt fel, att man inte får till adekvata insatser på en gång, utan det hinner börja gå fel för barnet i skolan. (Intervjuperson inom socialtjänsten)*

En fastställd diagnos kan utgöra ett sorts skydd betonade några intervjupersoner inom hälso- och sjukvården, men enligt dem leder inte heller den automatiskt till ett fortsatt stöd. Barn med stora svårigheter skickas ofta runt mellan olika inrättningar och dagens resurser räcker inte till. De flesta framhöll att det saknas en tillräcklig beredskap och att köerna till stöd från BUP och habiliteringen är alltför långa, inte minst för barn i socialt utsatta situationer som är medicinskt svårbedömda och även mer sårbara.

Stödet från förskolans och skolans sida har sina brister, påpekade intervjupersoner inom andra verksamheter. Inom habiliteringen har man även noterat skolor som inte är intresserade av deras rådgivningsinsatser. Intervjuade inom barn- och ungdomspsykiatri lyfte bland annat fram att fler barn skulle behöva tillgång till resurspersoner och mindre grupper, för att öva kommunikation och samspel. Andra intervjupersoner inom förskole- och skolverksamheter ansåg dock att det finns miljöer som anpassas och tillgång till olika gruppverksamheter, samt pekade även på extra resurser som finns tillgängliga för stadsdelen i fråga.

Placerade barn utgör en mycket utsatt grupp och de behandlas styvmoderligt inom alla verksamheter, påpekade flera av de intervjuade. Barnen möts inte sällan av bristande resurser, engagemang och långa väntetider på orten där de placeras. Akterna visade att om de nåddes av insatser kom dessa ofta i ett sent skede, var sporadiska och saknade kontinuitet och uppföljning. Personal inom hälso- och sjukvård, förskola och skola reagerade inte heller alltid som en följd av händelser där man kunde misstänka att ett barn far illa. Sammantaget gör detta att barnen lätt hamnar snett från början, inom familjehemmet och i skolan, framhöll en intervjuperson inom socialtjänsten.

Hälso- och sjukvården ”överger” barnen, framhöll några av de intervjuade inom socialtjänsten. Genomgången av akterna tydde också på en relativt otillgänglig och otillräcklig hälsovård. Varken hälsofrämjande, förebyggande eller behandlande insatser verkade fungera tillfredsställande. Den specialistkompetens som bör finnas tillgänglig, bland annat enligt de intervjuade inom hälso- och sjukvården, verkade inte nå fram till dessa barn på ett givet, strukturerat och långsiktigt sätt. Detta verkade speciellt gälla barn med psykisk

ohälsa och beteendesvårigheter (BUP har ofta månadslånga väntetider, bristande resurser, avbrott i eventuella behandlingar), men även barn med relativt sett vanliga åkommor som t.ex. allergier, astma och mag-tarmproblem.

Enligt akterna verkade de flesta barnen vara i behov av extra stöd i skolan, enligt bedömningar gjorda av skolor på placeringsorten. Skälen som uppgavs verkade variera alltifrån inlärningssvårigheter till beteendesvårigheter, psykisk ohälsa och sociala orsaker. Genomgången av akterna tydde dock på att tillgången till individuellt anpassad pedagogik och lämpliga skolmiljöer liksom resurspersoner var begränsad och varierade mellan skolor och över tid. I akterna refererades främst till barnens resurspersoner, som kunde fungera väl periodvis men som byttes ut med jämna mellanrum. Enligt akterna verkade skolorna och personalen ibland ha svårt att hantera och motverka de konfliktsituationer barnen hamnade i. Genomgången av akterna visade även att många av de studerade barnen var mycket på fritids, även under lov. Hur fritidsverksamheten anpassats efter barnets behov framgick inte.

### **Orsaker bakom otillräckliga stödinsatser – brist på samarbete och samordning**

Intervjuer och akter pekar på två viktiga hinder för ett fungerande stöd till barnen (för att skapa stödjande miljöer inom hem, förskola och skola):

- brister i samarbetet mellan föräldrarna och samhällsaktörer
- brister i samordningen och samarbetet mellan samhällsaktörerna

Detta leder till bristande barnperspektiv inom olika verksamheter och svårigheter att nå fram till barnen med adekvata stödinsatser. De flesta intervjupersoner ansåg att deras verksamheter strävar efter att ha ett tydligt barnperspektiv, men att det inte alltid lyckas på grund av rådande omständigheter. Några personer inom barnhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri framhöll att jämfört med socialtjänsten har deras verksamheter ett tydligt fokus på själva barnet. De ansåg att inom socialtjänsten kan barnets behov komma att skymmas av fokus på de biologiska föräldrarnas problematik. Intervjupersoner inom socialtjänsten kritiserade å andra sidan hälso- och sjukvårdspersonal för bristande kompetens vad gäller just barn med socialtjänstinsatser.

Utan föräldramedverkan nås inte barnen av ett adekvat stöd, påpekade flera av de intervjuade. De intervjuade ansåg att samhället i allt högre grad lägger ansvaret på föräldern eller familjehemmet, som aktivt behöver efterfråga och uppsöka tjänster för sina barns räkning. Till exempel arbetar habiliteringen endast på föräldrars uppdrag, vilket betyder att föräldrarna måste vilja ha och godkänna insatser till exempel för att utforma en bra förskole- eller skolmiljö för barnet. Föräldrar och familjehem förutsätts även visa aktivt intresse för den frivilliga förebyggande barnhälsovården, liksom för eventuella utredningar inom specialistvården som t.ex. en förskola eller skola rekommenderar.

Både biologiska och fosterföräldrar skulle generellt behöva bli mer aktiva för sina barns skull, enligt intervjupersoner inom berörda verksamheter. Flera av de intervjuade (inom olika verksamheter) påpekade särskilt svårigheter i samarbetet med de biologiska föräldrarna i stadsdelen. De upplevdes inte medverka i

tillräckligt hög grad kring stödet till barnen, varken vad gäller insatser från förskolans, skolans eller hälso- och sjukvårdens sida. Flera intervjupersoner beklagade att de biologiska föräldrarna ofta väljer bort samhällsservicen. Vissa hade erfarenhet av föräldrar som de upplevde hyste misstro, motstånd eller rädsla för den service som de hade att erbjuda (speciellt avseende socialtjänsten och barnhälsovården).

*De är också rädda för vad man hittar på BVC, att vi tittar på vissa utvecklingsfunktioner, och de drar sig för att komma, av rädsla för att falla ut, det är ett utanförskap, som det handlar om i botten, att inte bli utpekad, att inte få den här stämpeln på sig. (Intervjuperson inom barnhälsovården)*

Personal inom förskola och skola uppgavs ägna mycket tid och kraft åt att försöka motivera föräldrarna att söka stöd från hälso- och sjukvården för sina barns räkning. Det kommer då ibland till en punkt då personalen överväger en anmälan till socialtjänsten. Detta leder ibland till konflikter och att föräldrar väljer att byta förskola eller skola, vilket några av de intervjuade beklagade. Inför risken att helt tappa kontakten med barnet kan personal ibland tveka inför en anmälan, enligt intervjupersoner inom förskola, skola och barnhälsovård. Andra skäl till att inte anmäla nämndes också, såsom att samarbetet med socialtjänsten brister och en generellt höjd toleransnivå inför barnens och familjernas problem.

Att föräldrarna väljer bort hälso- och sjukvård ska inte tolkas som att de inte vill ha eller behöver hjälp, framhöll en intervjuperson inom barnhälsovården. Det finns komplexa hinder för aktiv föräldramedverkan påpekade några av de intervjuade, vilket även genomgången av akterna visade. Att föräldrarna befinner sig i socialt och ekonomiskt utsatta situationer (bland annat med undermåliga boendeförhållanden och arbetslöshet), ansågs påverka deltagandet negativt. Kulturella skillnader vad gäller synen på barnuppfostran och funktionshinder nämndes av en intervjuperson. Bland föräldrar med utländsk bakgrund finns också en bristande kännedom om serviceutbudet enligt ett par av de intervjuade. Föräldrarna uppgavs särskilt ovana vid förebyggande hälsovård, rehabiliteringsinsatser och föräldragrupper. Avståndet till verksamheter som till exempel habiliteringens centra kan även utgöra ett hinder. Om besök kräver resor utanför bostadsområdet kan det kännas som ett för stort steg för föräldrarna att ta.

De tjänstemän som intervjuats framhöll att bristen på samordning mellan samhällsinstanser underminerar stödet till barnen. Insatser blir svårtillgängliga för föräldrarna och inte väl sammanhållna. Genomgången av akterna visade samma mönster av bristande förutsättningar för vårdinsatser. Idag ligger ansvaret för stöd till barnet spritt på ett stort antal aktörer och samarbetet är undermåligt. Flera intervjupersoner uttryckte en frustration över att hamna i återkommande diskussioner om stödinsatser och betalningsansvar, som skiftar fokus bort från barnet och de komplexa frågor man har att hantera. Samarbete kan enligt de intervjuade vara särskilt viktigt vid: upptäckt, bedömning och utredning, samt insatser och omhändertagande; samt vid kritiska tidpunkter i barnens liv såsom t.ex. tonår, övergång mellan förskola/BVC och skola/elevhälsa, diagnos/er, akuta omhändertaganden, speciella livshändelser

som närståendes död (som inte minst verkar drabba dessa barn enligt akterna). Vid dessa tillfällen har samtliga aktörer ett formellt ansvar att se till barnets bästa betonade flera av de intervjuade.

Flera intervjupersoner uttryckte oro för hur samordningen fungerar för barnen med socialtjänstinsatser, inte minst för de barn som placeras (och omplaceras) utanför Stockholms stad (och län) och landsting. Enligt akterna fanns det ingen systematik eller struktur i samarbetet kring de placerade barnen, varken mellan aktörer lokalt i Rinkeby-Kista, på placeringsorten eller över kommun- och landstingsgränser. Ofta saknades överlämningar av värdefull information mellan aktörer, likväl som kort- och långsiktig uppföljning av barnens hälsa. De intervjuade inom socialtjänsten ansåg att de blir lämnade ensamma med det formella ansvaret för barnens väl och ve, utan tillräcklig medverkan från skola och landsting.

I akterna ses exempel på att barn skickades mellan olika hälsovårdsinrättningar och nivåer, utan att någon inom landstinget tog ett övergripande eller koordinerande ansvar för barnens hälsobehov. Hälso- och sjukvården har inget tydligt ansvar att utföra läkarundersökningar och andra hälsobedömningar av barnen påtalade intervjupersoner inom både socialtjänst och barnhälsovård. Vården ser det inte heller som sin uppgift att underlätta informationsöverföringar internt och mellan aktörer. Idag kräver varje (om)placering ett mödosamt arbete från familjehemmens och socialtjänstens sida, för att upprätta nya vårdkontakter och slussa journaler rätt. Akterna refererade till förseningar i informationsöverföringar internt och mellan landsting, samt till journaler som försvann.

På frågan varför det saknas en fungerande samordning uppgav de intervjuade en rad olika skäl. Framförallt verkar det svårt att hantera komplexiteten i barnens situation och behov. Det är en stor mängd aktörer kring barnet som behöver samlas, vilket några intervjupersoner upplevde snarast som en omöjlig uppgift. Barnen är dessutom svåra att bedöma, eftersom det finns flera tänkbara orsaker bakom barnens symptom. Det framkom att det finns delvis skilda synsätt och uppfattningar mellan olika aktörer angående barnets svårigheter. Medan vissa (inom hälso- och sjukvården) betonade vikten av att utreda eventuella neuropsykiatriska tillstånd, betonade andra (inom socialtjänst och förskola) mer potentialen i det sociala perspektivet. Neuropsykiatriska funktionsavvikelser är ett relativt otydligt och spretigt begrepp som fortfarande ifrågasätts, uttryckte ett par av de intervjuade inom psykiatrin. Att samlas kring något som varken är helt klarlagt eller alla är helt överens om är en utmaning.

*Barnen har särskilda behov av alla möjliga orsaker, det kan ju vara bekymmer hemma, i familjen eller man kan ha en språkstörning utan att det behöver vara mental retardation eller autism eller man kanske kommer från ett annat land, eller upplevt traumatiska saker som gör att man har ett likartat beteende, många orsaker som kan ge likartade symptombilder. (Intervjuperson barn- och ungdomspsykiatrin)*

Framförallt verkar det enligt intervjuerna saknas politiskt stöd och styrning för att agera samfällt. Godtycklighet råder eftersom samverkan är frivillig och det saknas samordningsansvar, incitament och uppföljning. De övergripande

strukturer, samverkansorgan och överenskommelser som påstods finnas ansågs verkningslösa och för långsamma. Exempelvis nämndes i detta sammanhang att BUS (Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd) upphört att fungera, samt att BBIC-konceptet (som fastställer förutsättningarna för att arbeta med Barns behov i centrum) förutsätter en samordning som inte finns i verkligheten. Neddragningar i stadsdelen, omorganisationer och privatiseringar har även bidragit till bristande samverkan. Flera beklagade att länkarna mellan socialtjänst och vård bröts i och med senaste omorganisationen. Både inom kommun och landsting finns det dessutom en mur mellan privata och kommunala aktörer. Privata aktörer uppfattades leva sitt eget liv och samverkan sades oftast ha slutat fungera.

*Problemet är att ju mer streamlinat allting blir, personella resurser och det dras in både på socialsidan och på andra sidor, då blir det ju ingen luft i systemet, till samverkan. (Intervjuperson inom barnhälsovården)*

Det är även otydligt internt inom landstinget. Oklara remissvägar och mängden specialenheter som ständigt byter namn och får nya uppdrag försvårar arbetet inom hälso- och sjukvården förklarade flera av de intervjuade inom hälso- och sjukvården. Ur socialtjänstens synvinkel var det oklart vem som ansvarar för t.ex. hälsobedömningen av barn som ska placeras. Även läkares egentliga kompetens och engagemang vad gäller barn med social problematik ifrågasattes, eftersom barn med komplexa symptom ibland upplevdes passera obemärkt genom vårdapparaten. Att landstingets ansvar upphör vid en placering utanför Stockholm underminerar ett adekvat stöd till barnen enligt somliga.

Socialtjänsten behöver kunna utnyttja barns- och ungdomspsykiatrins expertis för barnens räkning, påpekade intervjupersoner inom socialtjänsten och betonade svårigheterna i kontakterna med BUP. Det finns emellertid en övertro på psykiatrins medverkan, ansvar och möjliga bidrag, framhöll intervjupersonerna inom BUP. De hänvisade till att socialtjänsten har det primära ansvaret för att skapa en hållbar familjesituation, samt att förskola och skola behöver anpassa sin skolmiljö- och pedagogik med hjälp av egen uppbyggd kompetens.

*Man [socialtjänsten och skolan]kan inte bara lägga sig och vänta på att BUP måste göra nåt först, man måste börja göra något direkt, parallellt, säga vad kan vi göra här, i skolan eller här inom socialtjänsten, och sedan gör BUP utredningen, ibland har jag en känsla av att de skickar till BUP och tror att BUP ska ta hand om allt. (Intervjuperson inom barn- och ungdomspsykiatrin)*

## **Hur kan man förbättra samordningen och samarbetet kring barnen?**

Ett adekvat stöd till barnen förutsätter att smidigt samarbete mellan föräldrar och samhällsaktörer, samt mellan övriga inblandade aktörer. Nedan återges de intervjuades förslag på hur dessa samarbeten och samordningen skulle kunna stimuleras och byggas upp.



## Familjers behov av kunskap och strategier

Det råder stor samstämmighet bland de intervjuade om att föräldrarna till barnen liksom familjehemsföräldrar behöver ett genomtänkt, samlat och kontinuerligt stöd. De behöver förmedlas grundläggande kunskaper kring barnets problem och sätt att fungera, samt kring lämpliga strategier som underlättar vardagen. Stödinsatserna bör skapa förutsättningar både för föräldrarnas och familjehemmens aktiva medverkan kring stödet till barnet och för ett bra bemötande av barnet (bland annat genom att minska familjekonflikter). Vuxna kring barnet behöver även förstå att det inte alltid hjälper med olika metoder, bestraffningar eller belöningar, påpekade några intervjupersoner inom barnhälsovården och psykiatrin.

Flera av de intervjuade ställde sig kritiska till uppläggen på och effekterna av traditionella föräldrastödsprogram. En del ansåg att fokus istället bör ligga på individuellt inriktade insatser till familjerna i stadsdelen (samtal, handledning). Andra såg behovet av att utveckla nya generella föräldrastödsinsatser. Generella program kan bidra till att generera efterfrågan på individuella insatser påpekade en av de intervjuade. Oavsett formen bör stödet i högre grad vara anpassat till föräldrars och familjehems upplevda behov framhöll flera av de intervjuade, som även påpekade att de saknar en fullständig bild av dessa behov. De flesta såg framför sig ett flexibelt, varierat och sammanhållet utbud av stödinsatser som upplevs begripliga av målgruppen. Det rådde delade meningar om vilken aktör som borde bära huvudansvaret för utvecklingen och genomförandet av föräldrastödsinsatser. Intervjupersoner inom förskola och skola såg det inte som sin roll att stödja föräldrarna, medan intervjupersoner inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i högre grad verkade se det som en del av sina ansvarsområden.

*Det GÅR ju inte att ha det gängse utbudet, för det har inga effekter, man måste fundera över andra arbetssätt, andra arbetsformer, sen behöver man ju inte spränga allt för det va, men man måste tänka lite flexiblare, lite annorlunda. (Intervjuperson inom habiliteringen)*

## Tillgänglig och samordnad service

### ***Utåtriktade verksamheter och ett lättillgängligt serviceutbud***

De flesta önskade fler och närmare kontakter med föräldrarna, som generellt bedöms svåra att motivera och besvärliga att få kontakt med angående barnens svårigheter och behov. En del intervjupersoner inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten såg behovet av mer tid och resurser till utåtriktade eller uppsökande aktiviteter i stadsdelen (till exempel berördes behovet av hembesök för att få en bättre bild av familjernas sociala och hälsomässiga situation).

Utbudet av samhällsservice behöver också vara lätt att tillgå för familjer, och närhetsprincipen vad gäller lokaliseringen av servicen förordades av flera. Bristen på serviceutbud och myndighetsverksamhet i Rinkeby påtalades i intervjuerna. Målet bör enligt de flesta intervjuade vara att lättare kunna identifiera barn med behov i tid, för att göra relevanta hälsobedömningar och utredningar (medicinska, sociala, pedagogiska) och utforma ett fungerande stöd kring barnet.

### ***Delat ansvar och samordning av stödinsatser***

Det krävs ett aktivt samarbete mellan olika verksamheter för att utforma ett bra stöd, som når fram till föräldrar, familjehem och barn med komplexa behov. Utan denna samverkan riskerar barnen att falla mellan stolarna enligt flera av de intervjuade. Dessutom kan barnets stöd komma att äventyras om inte föräldrar och familjehem får aktiv hjälp att klara de många myndighetskontakter som vardagen inte sällan innebär. Inblandade aktörer måste tydligt fördela ansvaret för stödet till barnen och nå överenskommelser påpekade flera av de intervjuade. Ett ansvar måste även följas av mandat och befogenheter påpekade intervjupersoner inom socialtjänsten. På det sättet kan man även bidra till ett mer effektivt resursutnyttjande.

*Vissa hamnar bara på socialtjänst och vissa bara på BUP, sedan har vi en grupp som hamnar på både och, det är den gruppen man måste mötas om i mitten, ett sätt är att ha möten där man bestämmer vad var och en ska göra. (Intervjuperson inom barn- och ungdomspsykiatri)*

### ***Samverkansformer för att kommunicera kring behoven***

Att öppna upp och börja kommunicera är en utmaning påpekade flera intervjupersoner. Ett utbyte av kompetens och erfarenheter, eller att knyta ihop utredning och insats, underlättas dock av närhet och av personliga kontakter och uppbyggda nätverk. Flera av de intervjuade såg fördelar i olika samverkansformer/modeller, som i högre grad än idag integrerar olika former av service. Olika positiva exempel nämndes såsom till exempel ungdomsmottagningar och familjecentraler.

Upplevelserna av familjecentraler var mestadels positiva, eftersom de gav möjligheter till personliga kontakter mellan professioner och ett tätt samarbete. Detta samarbete uppgavs underlätta tillgängligheten för behövande och att förbättra bemötandet. Centralerna uppgavs kunna fånga upp behov på ett tidigare stadium och ge möjlighet till att succesivt bygga upp ett förtroende med familjerna. Flera intervjupersoner beklagade att familjecentralerna försvann i och med Vårdvalsreformen, och de önskade framförallt återupprätta kontakten mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det ansågs dock lättare sagt än gjort med tanke på vårdvals-systemet och privatiseringar. En intervjuperson inom barn- och ungdomspsykiatrien motsatte sig uppbyggnaden av gemensamma verksamheter, men förespråkade gemensamma arenor och tidsbegränsade samverkansöverenskommelser.

### ***Gemensam planering kring barnet***

Några intervjupersoner (inom hälso- och sjukvården) såg behovet av gemensamma planer för barnet, kring vilka ett samarbete kan byggas. Planen bör specificera olika behov och hur ansvaret för insatser fördelas. Det rådde dock delade meningar om vilken aktör som bör stå för ägarskapet av planen. En del pekade på att socialtjänsten har vårdnaden om barnet och därför bör ha ett samordningsansvar, medan andra framhöll att hälso- och sjukvården bör ta huvudansvaret för planeringen kring barnens hälsa.

*Alla sitter ju med sina planer, då när det blir ganska komplicerat, då tjänar man ju verkligen på att sätta sig och göra en gemensam*

*plan...och det tycker jag att man ska göra mer och mer och komma överens om vem äger planen just nu, vem tar ansvar för att samla ihop (intervjuperson inom habiliteringen)*

Övriga intervjupersoner såg behovet av gemensamma diskussioner kring barnen och deras behov, för att enas kring mål för barnet med familjen och ansvarsfördelningen mellan involverade aktörer. Utifrån sina tidigare erfarenheter och dagens läge ansåg de gemensamma planerna som svåra att förverkliga.

### **Övergripande avtal och strukturer**

Barnen bör i högre grad ses som hela samhällets angelägenhet poängterade en intervjuperson inom socialtjänsten. Hon liksom intervjupersoner inom förskola och skola pekade speciellt på att hälso- och sjukvårdens medansvar för barnen behöver förtydligas och visas i praktisk handling.

De flesta intervjuade efterfrågade politisk vilja och styrning på övergripande nivå för att skapa bättre förutsättningar för delat ansvar och gränsöverskridande samarbeten. Det behövs bättre förutsättningar både för samarbete på lokal nivå (t.ex. för samarbetet mellan aktörer i stadsdelen, kommun och landsting) och för samarbete mellan olika lokala nivåer (t.ex. mellan kommuner och landsting i Stockholm och de på placeringsorten).

Flera intervjuade önskade tydliga uppdrag som inbegriper dessa barns behov, samt tillämpbara överenskommelser (speciellt mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård) och etablerade strukturer för dialog och samarbeten mellan olika professioner med olika lagstadgade uppdrag. Avtal mellan aktörer kan skapa beredskap och förutsägbarhet ansåg en intervjuperson inom barnhälsovården. Tydliga uppdrag kan även öka effektiviteten i möten och kan avslöja eventuella glapp i ansvaret för barnen som måste rättas till. Ekonomiska incitament, tillgång till mer tid och personella resurser kan också utgöra viktiga förutsättningar för ett gott samarbete.

### **Stärkt kompetens överbryggar klyftor mellan aktörer**

Kompetensen bör öka generellt kring barnens komplexa behov ansåg flera av de intervjuade. Det skulle underlätta samverkan och därmed bidra till att barn och familjer bemöts på ett bättre och mer respektfullt sätt. Inom socialtjänst, förskola och skola behöver kompetensen kring barns hälsobehov förstärkas påpekade intervjupersoner inom hälso- och sjukvården. Flera av dem påminde om att barn med social problematik lättare glöms bort i medicinska utredningssammanhang och att de måste få komma i fråga för relevanta bedömningar och utredningar. De intervjuade inom socialtjänst, förskola och skola betonade att hälso- och sjukvårdspersonal, speciellt läkare, behöver ökad kunskap avseende sociala och pedagogiska perspektiv. De önskade tätare kontakter och bättre stöd av kunnig hälso- och sjukvårdspersonal.

*Personal som har den här förkunskapen kring det som är speciellt kring familjehemsplacerade barn, vad man har varit med om, så att man inte blir behandlad när man kommer till vårdcentralen, som ett barn vem som helst. (Intervjuperson socialförvaltningen)*

De olika instanserna behöver enligt intervjuerna god kunskap om varandras verksamheter, uppdrag och möjliga bidrag. Eventuella luckor i ansvar måste synliggöras för att sedan täppas igen av verksamhetsansvariga påpekade en av de intervjuade. Eftersom samverkan kan stupa på att olika perspektiv krockar, underlättar det om man har lite av varandras kompetens internt.

## Diskussion och slutsatser

Studierna visar att det förekommer betydande ohälsa bland barnen med socialtjänstinsatser och att stödet från samhällets sida brister, vilket även framkommit i Malmöstudien kring hälsan hos omhändertagna barn [3,19,30]. Samhällsstödet till barnen behöver utvecklas, för att bättre än idag främja deras psykiska och fysiska hälsa. Detta gäller både det förebyggande och behandlande stödet. Barnen behöver få tillgång – och till och med förtur - till och vägledning till adekvata resurser och kompetens för behoven. Tillgång till rätt vård bör omfatta även familjer i ”utsatta” områden som till exempel Rinkeby-Kista, vars livssituationer och sociala och ekonomiska utsatthet ibland förhindrar aktiv medverkan. Bland barn som omhändertagits övertar socialtjänsten föräldrarnas ansvar. En obalans uppstår – de barn som bäst skulle behöva samhällets stöd har sämre förutsättningar att få ta del av detta. Samhällets stöd och tjänster för barnen borde vara utformade så att de som har störst behov prioriteras framför andra. Detta uttalas tydligt bl.a. i Hälso- och sjukvårdslagen, men verkar inte realiseras vad gäller de studerade barnen.

Studierna visar att det finns hjälpbehov bland barnen och deras familjer, men att dessa inte alltid ”fångas upp” och tillgodoses av samhällets verksamheter. Samhället behöver mer aktivt verka för att stödinsatser som till exempel förebyggande barnhälsovård och psykiatri- och habiliteringsinsatser även omfattar dem. Intervjuerna visade att insatserna snarast borde förstärkas och borde omfatta fler barn än nu. En högre förekomst av behov bör inte leda till en ”ökad tolerans” innan insatser sker. De barn där samhället övertagit föräldrarnas vårdansvar förtjänar särskild uppmärksamhet. Omhändertagna barn har ofta sedan tidig ålder utsatts för betydande påfrestningar på hälsan, vilket bör mötas av ett välutvecklat och samordnat stöd från samhällets sida.

De intervjuade förordar liksom bland andra Socialstyrelsen, tidigare insatser för att forma stödjande hem- och skolmiljöer, som kan förbättra barnets funktioner och förebygga ohälsa [3]. Stockholms läns landsting regionala vårdprogram (2010) rekommenderar att barnen får kunskap och redskap [23]. Barnen kan enligt programmet gynnas av social färdighetsträning, möjligheten att få samtala om sin situation i grupp, liksom ett anpassat stöd och en pedagogiskt anpassad skolgång. Barn som därutöver har problem som depression och ångest kan behöva kontakt med barnpsykiatri för samtalsstöd eller annan behandling, enskilt eller i grupp.

Enligt studierna behövs det utrymme för flexibilitet och individuella anpassningar av stödet, och såväl medicinska som psykosociala och pedagogiska aspekter måste samfällt beaktas av de berörda aktörerna. Tidiga hälsoinsatser är en nyckel, men verksamheter måste även klara mer långsiktiga åtaganden. Det behövs regelbundna uppföljningar av barnens hälsa och en större beredskap för aktivt agerande vid kritiska skeden i barnens liv, inte minst vid relativt förutsägbara händelser, som t.ex. att ett barn behöver ett pedagogiskt stöd i skolan eller en kontinuerlig läkarkontakt, eller att en tonårsperiod kan vara extra problematisk. Hälsoinsatser som är ämnade för barnet måste beakta familjesituationen. Barnen skulle gynnas av att föräldrar liksom familjehemsföräldrar får ett adekvat och behovsanpassat stöd. Det kan behövas

såväl specialistkunskaper avseende barnens hälsa som ett praktiskt vardagsstöd för att hitta strategier för att stödja sitt barn och lösa problemsituationer [23].

Föräldrarnas problematiska situationer försvårar enligt studierna direktkontakten mellan samhällets aktörer och barnet. Paradoxalt nog är det också ofta de mest socialt isolerade föräldrarna som avstår från att söka professionell hjälp [40]. Dagens utbud av samhällsservice behöver därför mer än idag anpassas till de faktiska behoven hos föräldrarna. Utbudet måste passa de familjeförhållanden som råder i en socialt och ekonomiskt utsatt stadsdel som Rinkeby-Kista, vilket de flesta intervjuade poängterade. Insatser måste framförallt göras mer sammanhållna, tillgängliga och begripliga än vad de är idag för de berörda målgrupperna. Verksamheter behöver enligt studierna kunna arbeta mer utåtriktat och uppsökande för att nå fram till familjerna. De behöver successivt bygga upp sin kompetens kring de faktiska behoven och ges möjlighet att anpassa servicen därefter, för att på så vis öka förtroendet för och efterfrågan på stödinsatser. Det är viktigt att barnen själva och deras familjer ges utrymme till inflytande över utformningen av och innehållet i servicen. Internationell forskning avseende samhällsservice, liksom aktörer som WHO och Barnombudsmannen i Sverige, betonar vikten av att berörda människor ges makt att påverka beslutsfattande [19,40,41,42].

Komplexiteten avseende barnens hälsobehov och livsförhållanden kräver ett delat ansvarstagande mellan olika instanser samt samarbete och samordning kring insatser [16,23,26,41,42,43,44,45]. Idag saknas det dock ett systematiskt samarbete och en gemensam planering enligt studierna, liksom tydliga ansvars-, mandat- och resursfördelningar. Liksom i Malmöstudien [30] framkommer det att informationsöverföringen inom och mellan olika vårdgivare inte fungerar optimalt.

Särskilt hälso- och sjukvården behöver få en mer framträdande roll och borde enligt studierna åta sig ett större ansvar för barnens hälsostöd. Verksamheterna borde på ett mer systematiskt och strukturerat sätt medverka i behovsbedömningar och i utformningen av hälsostödjande insatser. Flera intervjuade påpekade behov av en ordentlig hälsoundersökning i samband med placeringen, i enlighet med BO-rapporten [19]. Barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatrin och habiliteringen borde ges ökad kapacitet och tydligare uppdrag för insatser riktade till barnen samt deras familjer. Konkret föreslogs för barnen i fråga:

- Tydligare ingångar till hälso- och sjukvården (för barnen och deras familjer men även ”direktlinjer/kanaler” upprättade för andra aktörer såsom socialtjänsten)
- Förtydligande av internt ansvar och remissvägar inom landstinget
- Bättre rutiner för överföring av information mellan vårdnivåer- och inrättningar (även mellan landsting)
- Förtydligande av övergripande och koordinerande ansvar för barnens hälsa inom landstinget
- Behov av tydligare företrädare (ombud eller liknande) för barnen inom landstinget (eftersom barnen saknar röst och egna fungerande företrädare)

Studierna visar att det finns betydande barriärer för samarbetet både mellan aktörer och inom verksamheter som borde uppmärksammas. Dagens vårdvals-system och privatiseringar utgör enligt studierna stora utmaningar på det lokala planet. Verksamheternas uppdrag verkar inte heller alltid omfatta dessa barns hälsobehov och vissa aktörer uppgavs ibland sakna befogenheter och resurser som ger möjlighet att agera i barnens intresse. Kunskapsbrister och divergerande synsätt avseende barnens hälsobehov och orsaker till problem hindrar samordningen av stödinsatser. Erfarenheter från Storbritannien där särskilda barncentra och ett förbättrat samarbete mellan aktörer varit politiskt prioriterat sedan 2003, visar på liknande svårigheter [44-48]. En svensk studie från 2011 [49] pekar bland annat på att otydligheter i ansvarsfördelningar och bristande förtroende mellan professionella hindrar samarbetet mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolor i Sverige. Studien pekar på behovet av en social kontext och ett ledarskap som underlättar samarbetet mellan aktörerna.

Flera av de intervjuade efterfrågade styrning och incitament och överlag bättre förutsättningar för samarbete och gemensam planering kring barnen, särskilt kring ett eventuellt omhändertagande, samt vid kritiska tidpunkter i barnets liv (t.ex. tonår). Övergripande och lokala strukturer behöver utvecklas så att viktiga rutiner för gemensam planering, kunskapsutbyte och informationsöverföring kan etableras (en vidareutveckling av BUS och BBIC). Avtal och tillämpbara överenskommelser borde i högre grad specificera hur ansvar, befogenheter och resurser är tänkta att fördelas. Lämpliga samverkansformer/modeller borde identifieras, baserat på de positiva erfarenheter som finns inom exempelvis familjecentraler och ungdomsmottagningar. Både flera av de intervjuade och t.ex. Rädda Barnen ser fördelar i mer integrerad service som ger samarbetsmöjligheter och mer lättillgängliga mottagningar, så kallade "lågtröskelställen" [6]. Det behövs även en struktur för uppföljningen av hur samarbetet fungerar samt vilka resultat som genereras i form av stödinsatser till barnen, för att möjliggöra korrigeringar och lärande.

Ett annat konkret förslag som framkom i intervjuerna var individuella hälsoplaner/strategier för de omhändertagna barnen, kring vilka ett samarbete kunde genereras och etableras. Planen eller strategin skulle innehålla och samla värdefull och aktuell hälsoinformation, som idag är spridd mellan verksamheter och svår att tillgå vid behov. Detta behov påpekas också i Malmöstudien [30]. Dokumentationen i hälsoplanen borde på ett systematiskt och strukturerat sätt beröra hälsobehov och insatser (beslut, uppföljningar, ansvars-, mandat- och resursfördelningar, tidplaner m.m.), beaktade ur sociala, pedagogiska, medicinska dimensioner. Planen skulle vidare tas fram och revideras regelbundet, gemensamt av ansvariga aktörer (socialtjänst, för/skola, hälso- och sjukvård). Vilken aktör som skulle ansvara för en eventuell hälsoplan eller strategi återstår att diskuteras. Genomförda intervjuer gav inga klara indikationer angående lämpligt ägarskap.

Denna rapport har belyst samhällets stöd för hälsan bland barn i behov av socialtjänstinsatser. Intervjuerna och aktgenomgångarna har visat på stora behov bland barnen, men också konkreta förbättringsmöjligheter. Det är emellertid särskilt viktigt med ett optimalt fungerande samhällsstöd i ett område där hälsobehoven bland barnen är stora och där deras föräldrar av olika anledningar inte alltid får tillgång till stöd i tillräcklig utsträckning och bland omhändertagna

barn där samhället tagit över föräldraansvaret. Samhällets tjänster borde i situationer som dessa mobilisera alla resurser och samordnas särskilt väl i syfte att främja en god hälsoutveckling hos barnen.



## Referenser

1. WHO Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. [www.who.int](http://www.who.int).
2. FN:s Barnkonvention. UN Convention on the Rights of the Child, United Nations, General Assembly resolution 44/25 of 20, November, 1989.
3. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Artikelnr. 2011-12-30. Socialstyrelsen, 2011.
4. Sveriges regering. En förnyad folkhälsopolitik. Prop. 2007/08:110. Socialdepartementet, 2008.
5. Statens Folkhälsoinstitut. Barns och ungas uppväxtvillkor, 2010. [www.fhi.se](http://www.fhi.se).
6. Rädda Barnen. Garantinivå -Vad menar vi med det? Stockholm: Rädda Barnen, 2008.
7. Burström B, Hemmingsson T, et al. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – öppna jämförelser 2010. 2010:4. Karolinska Institutets folkhälsoakademi (på uppdrag av Stockholms läns landsting). Karolinska Institutet, 2010.
8. Salonen, T. Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2008. Stockholm: Rädda Barnen, 2008.
9. Rädda Barnen. Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2010. Stockholm: Rädda Barnen, 2010.
10. Stockholms Läns Landsting. Barnhälsovård Årsrapport 2009. Stockholms läns landsting, 2010.
11. Stockholms Läns Landsting. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f). Barnrapporten 2009 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Stockholms läns landsting/HSN-f, 2009.
12. Fernell E. Gillberg C. Barnevik-Olsson M. Prevalence of autism in children born into Somali parents living in Sweden: a brief report. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2008, 50: 598-601.
13. Sveriges Kommuner och Landsting. Landsrapport Sverige. Finansiering och organisering av samhällsvården för barn. SKL, 2011.
14. Sveriges Officiella Statistik. Socialstyrelsen, 2011.
15. Socialstyrelsen. [Socialstyrelsens öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården](#). 2010.
16. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen, 2011.
17. Socialstyrelsen. Olika villkor - Om levnadsförhållanden, risker och kommunala kostnader för barn och unga. Socialstyrelsen, artikelnummer 2010-6-2, 2010.
18. SOU 2011:61. Vanvård i social barnavård. Slutbetänkande av Utredningen om vanvård i den sociala barnavården. Stockholm, 2011.
19. Barnombudsmannen (BO). Bakom fasaden. Barn och ungdomar i den sociala barnavården berättar. BO, 2011.
20. Skolverket. Ceder H & Ångmo H. Debattartikel Placerade barn misslyckas i skolan. [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se). 2011.
21. Vinnerljung B, Hjern A. Cognitive, educational and self-support outcomes of long-term foster care versus adoption. A Swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review*, 33(10): 1902-1910, 2011.
22. Uppgifter från socialtjänsten i Rinkeby-Kista, 2012.

23. Stockholms läns landsting. Regionalt vårdprogram. ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna. SLL, 2010.
24. Riksförbundet Attention. <http://www.attention-riks.se/index.php/174-nyheter/300-skolan-klarar-inte-att-stodja-alla-barn>, 2011.
25. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården, 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/storakommunalaskillnaderistodtillutsattabarn>.
26. Socialstyrelsen. Social tillsyn – Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009. Socialstyrelsen, 2010.
27. Socialstyrelsen. Barns psykiska hälsa. Socialstyrelsen, 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/barnpsykiskahalsa>.
28. Socialstyrelsen. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem? 2010.
29. BRIS (Barnens Rätt i Samhället). BRIS-rapporten 2011 - Tema myndighetsproblem, 2011.
30. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Stefan Kling, skolläkare och projektledare, Malmö stad. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. Malmö, 2010.
31. Berlin M, Vinnerljung B, Hjern A. School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review* 33(12): 2489-2497, 2011.
32. *Läkartidningen*. Nr 3, Volym 100: 78-81, 2012.
33. Stockholms Läns Landsting. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Barn och Ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser. HSN-förvaltningen, 2010.
34. SFS 2010:800.
35. Skolverket. <http://www.skolverket.se/lagar-och-regler/skollagenochandralagar/viktigaforandringar/ny-skollag-och-nya-reformer-1.148224>.
36. The Regional Ethical Board in Stockholm. Protokoll 2011/5:3, 2011-04-07, 2011.
37. Beslut Socialtjänsten Rinkeby-Kista. Dnr 2,8-333-2011.
38. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105-112, 2004.
39. Yin RK. Fallstudier: design och genomförande. Malmö. Liber, 2007.
40. Atree P. Parenting support in the context of poverty: a meta-synthesis of the qualitative evidence. Institute for Health Research, Lancaster University, UK. *Health and Social Care in the Community* 13(4): 330-3370, 2004.
41. Ungar M. Resilience in Child Welfare, Corrections, Mental Health and Educational Settings: Recommendations for Service. *Child & Youth Care Forum*, 34(6): 445-464, 2005.
42. The Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization, 2008.

43. Schoon I, Bynner J. Risk and resilience in the life course: implications for interventions and social policies. *Journal of Youth Studies*, 6(1): 21-31, 2003.
44. Bachmann MO et al. Integrating children's services in England: national evaluation of children's trusts. *Child: Care, Health and Development*, 32(2): 257-65, 2009.
45. Leira A, Saraceno C. Care: actors, relationships and contexts. In: Hobson B, Lewis J, Siim B: *Contested concepts in gender and social politics*. Pages 55-84. Edward Elgar Cheltenham, UK, 2002.
46. Horwath J, Morrison T. Effective inter-agency collaboration to safeguard children: Rising to the challenge through collective development. *Children and Youth Services Review*, 33(2): 368-375, 2011.
47. Cottrell et al. Joint working between child and adolescent mental health services and the department of social services: the Leeds model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4): 481-489, 2000.
48. Bai Y, Wells R, Hillemeier MM. Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 33(6): 372-381, 2009.
49. Widmark C, Sandahl C, Piuva K, Bergman D. Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*, Vol.11, 2011.

## Bilaga 1

Tabell 1: Fakta om Rinkeby-Kista och Stockholms län

	<b>Rinkeby-Kista<sup>1</sup></b>	<b>Stockholms län<sup>2</sup></b>
Folkmängd (december 2010)	45 691	2 054 343
Antal barn 0-19 år (av total folkmängd december 2010)	12 235 (27%)	497 913 (24%)
Invånare med utländsk bakgrund (utrikes födda och inrikes födda med två utrikes födda föräldrar 2010)	35 738 (78 %)	579 512 (28%)
Antal barn med utländsk bakgrund (2010)	7 900 (0-14 år) (83%)	88 679 (0-14 år) (24%)
Familjer med barn (2009)	5 512	256 832
Barnfamiljer (barn under 18 år med ensamstående mamma (2009)	1 622 (29%)	51 847 (21% )
Arbetslöshet (2010)	6,8% (öppet arbetslösa oktober 2010)	3,4% (av befolkning 16-64 år)
Inskrivna barn i barnhälsovården (december 2009) [Barnhälsovård Årsrapport 2009]	4 343	164 024

<sup>1</sup> Källa:

[http://www.tmr.sll.se/Global/Dokument/Statistik/Omradesdata/2007/stockholm\\_07\\_lan.pdf](http://www.tmr.sll.se/Global/Dokument/Statistik/Omradesdata/2007/stockholm_07_lan.pdf)

<sup>2</sup> Källa: SCBs regionala databaser om befolkningen

## Bilaga 2

### Intervjuguide

#### **Syn på verksamheten i förhållande till barn med socialtjänstinsatser (inkl. omhändertagande) och neuropsykiatriska problem**

- Vilket uppdrag/ansvar har er verksamhet?
  - Vad styr/reglerar det? (uppdrag, lagar, policy etc.)
  - Tydlighet i uppdraget?
  - Remissgång?
  - Aktörs kompetensprofil? (varierar kompetensen?)
- Beskriv dessa barns specifika behov.
  - Hur upplevs, definieras och identifieras dessa barns särskilda behov inom ramen för verksamheten?
  - Klar/otydlig bild av behov? Konsensus?
    - Familjehemsplac. barn/barn i riskmiljöer? Speciella behov?
    - Barn med neuropsykiatriska problem eller andra psykiska problem? Speciella behov?
    - Utländsk/flykingbakgrund, trauma, språksvårigheter? Speciella behov?
  - Barnets behov i centrum? Barns röster?
  - Föräldrars roll - Biologiska föräldrars och Familjehems förmåga och behov?
- Hur tillgodoses behoven inom verksamheten?
  - Åtgärder, insatser, resurser, rutiner, prioriteringar etc.?
  - Vilka tar verksamheten emot? Om relevant, hur definieras allvarliga fall?
  - Vilka ställer diagnos? Läkarkontakt krävs alltid?
  - Diagnos – ökat antal, risk med överdiagnostisering, hur hantera?
  - Diagnos – leder till bra stöd, till barn och familj? Skola, förskola, habilitering etc.?
    - Hur utformas stöd?
    - Vilka får medicinering?
    - Ändringar i miljön kring barnet – aktörens roll?
  - Är det bra att få en diagnos? Fördelar/nackdelar?
  - Om utsatta på flera sätt – samma utredning, svårigheter att ställa diagnoser? Osäkerhet? Tillförlitliga instrument/metoder?
  - Föräldrars ovilja att få diagnos alt intresse av att få diagnos? För/emot medicinering?
  - Kulturella aspekter? Skam, stigma funktionsnedsättningar?
  - Kritiska tidpunkter, överföringar, omplaceringar?
  - Socialt och ekonomiskt utsatta områden/barn – hur påverkar det?
  - Barn har det ofta sämst i Rinkeby-Kista, enl statistiken! Föranleder extra insatser?
  - Barn utan starka företrädare/aktiva föräldrar – hur påverkar det?
  - Familjehemskontakter, kontakter med biologiska föräldrar
  - Hur upplever man att verksamheten/stödet fungerar?

- Särskilda satsningar/permanent verksamhet
- Uppföljning, utvärdering?
- Hur arbetar man preventivt/förebyggande inom verksamheten?
  - Uppdrag att tidigt upptäcka och hjälpa barn som riskerar att fara illa – hur fungerar?
  - Tidiga insatser för att förebygga att dessa barn får problem längre fram?
  - Förebyggande insatser som verksamheten erbjuder? – Föräldrastöd – inom uppdrag? Generella och riktade insatser - Indikerat, selektivt, universellt föräldrastöd
  - Uppsökande verksamhet? Information, marknadsföring? Agerar proaktivt? (Rinkeby Kista?)
  - Hur upplever man att det fungerar?
  - Uppföljning, utvärdering?

### **Syn på användning av riktlinjer, rekommendationer, evidens/vetenskapligt stöd**

- Kunskapsläget vad gäller utredningar av neuropsykiatriska tillstånd? tillförlitliga metoder? Varierar?
- Finns/utarbetas/tillämpas riktlinjer och rekommendationer i verksamheten och stödet till dessa barn? Hur upplevs de?
- Används evidensbaserade metoder och strategier? (vetenskapligt stöd i arbetet) Hur upplevs de?

### **Syn på gemensamt ansvar för dessa barn, samverkan och samarbete med andra aktörer**

- Hur fungerar samverkan, samarbete, samordning med andra aktörer/instanser?
  - Stadsdel/kommun/landsting?
  - Kritiska tidpunkter? Övergångar?
  - Hur fördelas ansvar? Glapp?
  - Modeller/strukturer?
  - Internt/externt?
  - Formellt/informellt?
  - Särskilda satsningar/permanent verksamhet?
  - Andra aktörer att samarbeta med?

### **Syn på optimalt stöd och samverkan, utifrån barnets bästa och de långsiktiga fördelarna med tidiga interventioner/insatser för att förebygga ohälsa**

- Hur bör ett optimalt stöd till dessa barn se ut, inom ramen för verksamheten?
  - Åtgärder/insatser, vid olika tidpunkter?
  - Samverkan, vid olika tidpunkter?
  - Förutsättningar som krävs? (behov av styrning, riktlinjer, arbetsmetoder, strategier, stöd till personal, samverkan, kunskap, kompetens, resurser etc.)
- Hur bör en optimal samverkan utformas kring dessa barn?

- Förutsättningar som krävs? (behov av styrning, riktlinjer, arbetsmetoder, strategier, kunskap, kompetens, strukturer, resurser etc.)
- Syn på koordinerande och preventiva initiativ såsom t ex familjecentraler, för att underlätta tidiga interventioner/insatser och förebyggande av ohälsa?

### **Syn på förändrings/förbättringsbehov**

- Styrkor/svagheter upplevda i verksamheten och i samverkan med övriga aktörer?

Framgångsfaktorer? Erfarenheter, lärdomar? Förändrings/förbättringsbehov?

Övriga reflexioner.







