

Hälso- och sjukvård för barn och unga
i samhällets vård – en utvärdering

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-050-1
Riksdagstryckeriet, Stockholm 2022

Förord

Socialutskottet beslutade den 17 november 2020 att genomföra en huvudstudie om 2017 års lagändringar om obligatoriska hälsoundersökningar för barn och unga i samhällsvård samt om lagstadgade överenskommelser mellan kommuner och regioner. Syftet med uppföljningen är att följa upp och analysera hur den nya lagen och bestämmelserna har tillämpats och fungerar.

Utvärderingen har genomförts av utskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp, där följande ledamöter ingår: Mikael Dahlqvist (S), Johan Hultberg (M), Clara Aranda (SD) och Barbro Westerholm (L). Underlag till uppföljningen har tagits fram inom Riksdagsförvaltningen av forskningssekreterare Petra Jonvallen vid utvärderings- och forskningssekreterariatet i samarbete med utskottshandläggare Elin Nyberg vid socialutskottets kansli och utredare Christina Sundelöf Kellner. I arbetet har även sekretariatschef Thomas Larue och kanslichef Cecilia Back deltagit.

Uppföljnings- och utvärderingsgruppen överlämnar härmed sin rapport där vissa iakttagelser och bedömningar redovisas.

Stockholm i maj 2022

Mikael Dahlqvist (S), gruppens ordförande

Johan Hultberg (M)

Clara Aranda (SD)

Barbro Westerholm (L)

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning.....	5
1 Inledning.....	7
1.1 Lagändringar som utvärderas	8
1.2 Syfte och inriktning.....	12
1.3 Genomförande och metod	12
2 Få hälsundersökningar genomförs och på olika sätt	14
2.1 Brister i statistiken.....	14
2.2 Skillnader i hur hälsundersökningar genomförs	15
3 Olika skäl till att få undersökningar görs	19
3.1 Strukturer för att hantera nya lagar	19
3.2 Många riktlinjer och vägledningar	19
3.3 En sällanuppgift i en rörig situation	21
3.4 Minskande kompetens och hög arbetsbelastning.....	22
3.5 Bristande kunskap om lagen och lokala tolkningar	24
4 Rutiner och det praktiska genomförandet av hälsundersökningar	27
4.1 De olika stegen – enligt lag och föreskrift.....	27
4.2 Arbetssättet BBIC	27
4.3 Missförstånd vid begäran om hälsundersökning	29
4.4 Oklarheter i verksamheterna om hälsundersökningens innehåll.....	30
4.5 När är en undersökning obehövlig?.....	33
4.6 Vårdgivaren inhämtar underlag	35
4.7 Samtycke när vårdgivaren genomför hälsundersökning.....	36
4.8 Vårdgivaren gör ett utlåtande till socialtjänsten	37
4.9 Sammanfattande iakttagelser.....	38
5 Långsam och skev implementering av lagen	39
5.1 Långsam implementering	39
5.2 Skev implementering.....	42
5.3 Andra möjliga källor till implementeringsproblem	44
6 Överenskommelser är en bra början	47
6.1 Överenskommelsernas innehåll.....	47
6.2 Sis-hem och brukare i skymundan	48
6.3 Olika bilder av målgruppen hindrar samverkan	50
6.4 Kontinuerligt arbete med överenskommelser	53
6.5 Svårt med länsöverenskommelser eftersom barn ofta byter län	55
6.6 Ivo utövar inte tillsyn över lagen.....	55
7 Utvärderings- och forskningsgruppens iakttagelser.....	57
Intervjuer, möten och telefonsamtal.....	62
Referenser	64

Sammanfattning

Barn och unga i samhällsvård har fler hälsoproblem, större risker för att drabbas av sociala och hälsorelaterade problem senare i livet och större vårdbehov än andra barn och unga. År 2017 trädde lagändringar i kraft som innebär en skyldighet för regioner att, på kommunernas initiativ, erbjuda hälsoundersökning av barn och unga i anslutning till att samhällsvård inleds. För att stärka och klargöra formerna för samverkan i fråga om dessa barn och unga tillkom samtidigt lagkrav på kommuner och regioner att ingå överenskommelser om samarbete.

Trots att det gått fem år sedan lagändringarna trädde i kraft har de avsedda förändringarna när det gäller hälsoundersökningar inte kommit till stånd, vare sig till antal eller omfattning. Erbjudande om hälsoundersökningar skiljer sig åt beroende på var i landet barnet eller den unga personen placeras och på vilka bestämmelser placeringen stöder sig på. Ett annat problem är att den psykiska och orala hälsan undersöks i väsentligt mindre utsträckning än den somatiska. Endast en regions hälsoundersökningar verkar ligga i linje med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar. Andra ser det som omöjligt att erbjuda hälsoundersökningar i linje med föreskrifterna, exempelvis på grund av brist på barnpsykologer eller barnläkare.

I utvärderingen lyfts flera skäl fram till att det varit svårt att få genomslag för lagändringarna. Ett är att verkställighetsföreskrifter som bl.a. förtydligar vad hälsoundersökningar bör innehålla trädde i kraft drygt 2 år och 7 månader efter att lagändringarna hade trätt i kraft. Frånvaron av föreskrifter under den perioden har bidragit till oklarheter i ansvarsfördelning på verksamhetsnivå och skapat onödigt förvirring. Brister i och frånvaro av uppföljning och statistik över hälsoundersökningarna har också försvårat uppföljningen av regionala och kommunala myndigheters efterlevnad av lagen.

Ett annat skäl är att det redan finns en stor mängd föreskrifter, rutiner och handläggningssystem som en socialsekreterare behöver hantera inom den sociala barn- och ungdomsvården. I sådana verksamheter kan för många och för detaljerade mål eller styrsignaler ge en svagare – inte starkare – styrning. Utvärderingen har också pekat på flera exempel på oklarheter som uppstått till följd av att handläggningsstöd inte varit uppdaterade.

Utvärderingen lyfter också fram sårbarheten i att ansvaret för implementeringen i stor utsträckning hamnat på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och dess nätverk. Av de utvecklingsledare som intervjuats har hälften bytts ut sedan i januari 2021, vilket kan vara en utmaning för regioners och kommuners fortsatta utvecklingsarbete. Även enskilda socialsekreterare har haft en viktig roll i att informera hälso- och sjukvården om de mer omfattande hälsoundersökningarna. Strukturer för att bedriva motsvarande förändringsarbete inom hälso- och sjukvårdens olika sektorer verkar sammantaget sett vara

svagare än inom socialtjänsten. Detta har sannolikt också bidragit till svårigheterna att implementera de nya bestämmelserna.

Arbetet med att ta fram överenskommelser har bidragit till ett större fokus på placerade barns hälsa och bidragit till att samverkan mellan kommuner och regioner har kommit till stånd. Samverkan sker dock framför allt på en övergripande strategisk nivå, mellan chefer för olika verksamheter och utvecklingsledare. Det praktiska genomförandet är delegerat till professionerna som har direkt kontakt med barnet eller den unga personen och där kvarstår samverkansproblem. Det verkar saknas forum för möten mellan dessa yrkesgrupper för att i högre grad möjliggöra en reell samverkan och öka förståelsen för varandras arbetsområden och begreppsvardag.

Överenskommelserna verkar inte heller vara kända eller särskilt styrande för de som arbetar närmast barnen och de unga. Flera har uttryckt tvivel om länsövergripande överenskommelser som samverkansstrategi, t.ex. eftersom barn ofta flyttar mellan län. Några utvecklingsledare lyfter också fram att överenskommelserna inte är tillräckligt styrande för att lösa samverkansproblemen. Liknande resonemang har förts i samband med uppföljning av liknande överenskommelser för andra målgrupper. Brukarinflytande och samverkan med Sis, som lagstiftaren uttryckligen pekat på som viktigt, är också lågt.

Trots brister finns det ett stort engagemang på såväl kommunal och regional som nationell nivå. Kunskapen om de lagstadgade mer omfattande hälsoundersökningarna har ökat och arbetet med att ta fram nya eller revidera gamla överenskommelser pågår. Socialstyrelsen arbetar löpande med material om samverkan för barn i behov av insatser från flera aktörer, exempelvis pågående arbete om standardiserad hälsoinformation (s.k. hälsokort), ett stödmaterial till socialtjänsten och hälso- och sjukvården kring samverkan om hälsa, samt en undersökning om hur man kan presentera statistik om placerade barns skolgång och hälsa.

Slutligen indikerar utvärderingen att bristerna är del av en större problematik och att problemen liknar de som fanns vid införandet av t.ex. reglerna för samordnad individuell plan (SIP) som socialutskottet tidigare utvärderat. Enligt gruppen skulle det kunna övervägas om det finns ett behov av en större översyn när det gäller frågor om implementering av lagstiftning under liknande omständigheter.

1 Inledning

Placerade barn och unga har fler hälsoproblem och större vårdbehov än andra barn i populationen.¹ Många av dessa barn och unga har också kraftiga överrisker för att drabbas av omfattande somatiska, dentala och mentala hälsoproblem senare i livet, av hemlöshet, arbetslöshet, bristande försörjningsförmåga eller kontakt med straffrättssystemet.²

Ungefär 27 000 barn och unga upp till 20 år var 2020 placerade enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).³ Uppskattningsvis 7 000 barn och unga placeras för första gången varje år.⁴

När en placering av ett barn eller en ung person aktualiseras med stöd i LVU övergår ansvaret för barnets bästa från vårdnadshavaren till socialtjänsten som ska verkställa beslutet. När barnet är placerat enligt SoL genomförs vården i samverkan med vårdnadshavaren som också har ett delat ansvar för barnet. Socialtjänsten har ett övergripande ansvar för att barn som vårdas utanför det egna hemmet får den hälso- och sjukvård som de behöver.⁵

Enligt förarbetena till SoL betyder det att socialtjänsten och den som vårdar barnet, i likhet med föräldrar i allmänhet, ska vara aktiva för att få till stånd undersökningar, insatser och behandlingar som barnet eller den unge kan vara i behov av. Vidare understryks betydelsen av att socialtjänsten följer upp att placerade barn och unga får tandvård enligt tandvårdslagen. I förarbetena till SoL betonas att det är regionen som har ansvaret för hälso- och sjukvården. Det är vidare socialnämndens ansvar att samverkan kommer till stånd.⁶

Hälso- och sjukvården har också vissa skyldigheter i fråga om barn vars förälder t.ex. har en psykisk störning eller utsatt barnet för övergrepp.⁷ Hälso- och sjukvården är också skyldig att på socialnämndens initiativ samverka kring frågor som rör barn som far eller riskerar att fara illa.⁸

Många barn och unga som socialtjänsten möter har inte fått del av den basala hälsovård som är till för barn och unga i allmänhet. Det kan exempelvis bero på uteblivna hälsokontroller, ibland och på grund av upprepade omplaceringar även under tiden i vård.⁹ De undersökningar av barns hälsa som socialtjänsten initierar i samband med sina utredningar av barn och unga kan därmed i praktiken sägas vara kompletterande eller kompenserande.¹⁰ I en praxisundersökning från 2018 hade endast hälften av kommunerna rutiner för att säkra

¹ Vinnerljung och Hjern (2018).

² SBU (2020).

³ Socialstyrelsens statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020. Uppgiften avser barn och unga som har fått en heldygnsinsats med placering någon gång under 2020.

⁴ Se Socialstyrelsen (2019a).

⁵ 6 kap. 7 § SoL.

⁶ Prop. 2012/13:10 s. 81.

⁷ 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁸ 5 kap. 8 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁹ SOU 2015:71 s. 427.

¹⁰ SOU 2015:71 s. 430.

barnets eller den ungas hälsa och tandhälsa och endast ett fåtal kommuner såg till att initiala och uppföljande hälsoundersökningar och tandhälsoundersökningar faktiskt blir av för alla.¹¹

1.1 Lagändringar som utvärderas

1.1.1 Lagkrav om erbjudande av hälsoundersökningar

För att ytterligare betona vikten av att barnens hälsa utreds och följs upp är det sedan 2017 en lagstadgad skyldighet för regionerna att, på kommunernas initiativ, erbjuda hälsoundersökning av barn och unga i anslutning till att samhällsvård inleds.¹² Dessa hälsoundersökningar är enligt förarbetena till lagändringarna viktiga för att följa upp tidigare insatser inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården, som vaccinationer och syn- och hörseltest, att uppmärksamma tecken på fysisk eller psykisk ohälsa hos barnet och säkerställa att han eller hon får den vård och behandling som alla barn har rätt till samt en samhällsvård av god kvalitet. Genom hälsoundersökningen kan oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem identifieras. Av förarbetena framgår att syftet med hälsoundersökningen är att den ska ge underlag för en medicinsk bedömning av behoven av hälso- och sjukvård hos barnet eller den unga kvinnan eller mannen, och som på sikt kan föranleda fortsatta kontakter för barnet med hälso- och sjukvården eller tandvården. Hälsoundersökningen kan även utgöra en del av underlaget till socialnämndens vård- eller genomförandeplaner.¹³

Brister i och frånvaro av uppföljning och statistik över hälsoundersökningar gör att det är svårt att veta hur många hälsoundersökningar av det slag som föreskrivs i den nya lagen som genomförs. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid tre tillfällen genomfört nationella kartläggningar av hur många av placerade barn och unga som blev hälsoundersökta, hur många som på begäran av socialtjänsten fick sin tandhälsa undersökt samt i vilken omfattning barnen hade behov av uppföljning inom hälso- och sjukvården. Den första kartläggningen genomfördes 2014 och avsåg läkarundersökning, och den uppföljande kartläggningen 2016, dvs. innan den nya lagen om hälsoundersökningar trätt i kraft.¹⁴ Den tredje kartläggningen genomfördes 2020. Sammantaget konstaterades endast små förbättringar sedan de tidigare kartläggningarna från 2014 och 2016.¹⁵

I den senaste kartläggningen framgår, liksom i tidigare kartläggningar, att det är en större andel barn och unga placerade enligt LVU som träffar läkare (68 procent) jämfört med de som placerades med stöd av SoL (32 procent). 34 procent av de undersökta barnen hade behov av vidare insatser. Vad gäller

¹¹ SBU (2018) s. 5.

¹² Prop. 2016/17:59, bet. 2016/17:SoU11, rskr. 2016/17:156.

¹³ Prop. 2016/17:59 s. 33–34.

¹⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2015) och Sveriges Kommuner och Landsting (2017).

¹⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2020).

tandhälsa hade endast 12 procent fått sin tandhälsa undersökt. Hos 40 procent av dessa upptäcktes behov av vidare insatser inom tandvården.

1.1.2 Krav på överenskommelser mellan kommuner och regioner om placerade barns hälsa

För att stärka samverkan och klargöra formerna för den finns sedan 2017 också ett lagstadgat krav på kommuner och regioner att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om barn som vårdas utanför det egna hemmet. Av SKR:s kartläggning, som nämndes tidigare, framgick att överenskommelser fanns på plats i alla län utom ett. Det framgick också att överenskommelserna inte är någon garanti för att barnen faktiskt blir hälsoundersökta eller får sina hälso-behov tillgodosedda, och att det finns ett fortsatt behov av kontinuerligt implementeringsstöd för att nå ut till medarbetare inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. I rapporten konstateras att placerade barns hälsoproblem fortfarande är ett eftersatt område trots att arbete gjorts genom åren för att uppmärksamma detta.¹⁶

Den nya lagen om hälsoundersökningar och bestämmelserna om överenskommelser mellan kommuner och regioner (se figur 1) trädde i kraft den 15 april 2017.

Att förbättra samverkan genom lagstadgade krav i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och SoL på överenskommelser om samarbete mellan regioner och kommuner finns för två andra målgrupper: för personer med psykisk funktionsnedsättning sedan 2010 och för personer med missbruk sedan 2013.¹⁷ I en uppföljning av den senare konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att flera av de utmaningar som 2013 motiverade införandet av bestämmelserna fortfarande finns kvar och påverkar förutsättningarna för samverkan.¹⁸ I synnerhet gäller det kostnadsansvaret på verksamhetsnivå inom kommuner och landsting (numera regioner). Myndigheten beskriver också att primärvården sällan deltagit i framtagandet av överenskommelserna. Bara var fjärde överenskommelse innehöll gemensamma mål, och ansvarsfördelningen beskrivs som problematisk att enas omkring. Ungefär varannan överenskommelse bedömdes ha tagits fram med brukarmedverkan. Vård- och omsorgsanalys menar att det saknas kunskap om huruvida överenskommelser är ett ändamålsenligt verktyg för att förbättra vården och omsorgen för patienter och brukare, och rekommenderar regeringen att ta initiativ till en utvärdering av detta.¹⁹ I en uppföljning av överenskommelserna inom ramen för öppna jämförelser 2019 angav knappt hälften av kommunerna att de har en aktuell samverkansöverenskommelse med regionen kring personer som missbrukar.²⁰

¹⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (2020).

¹⁷ 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017).

¹⁹ Ibid.

²⁰ SOU 2021:93 s. 376.

I Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet vid psykisk ohälsa och beroendeproblematik från 2019 lyfts också fram att de överenskommelser som kommuner och regioner är ålagda att ingå ofta saknar detaljerad information om hur ansvaret ska fördelas mellan huvudmän och mellan verksamheter, vilket innebär att förhandlingar ändå måste genomföras på verksamhetsnivå.²¹

I samsjuklighetsutredningens delbetänkande kom utredaren fram till att de överenskommelser som tas fram av regioner och kommuner för att uppfylla lagstadgade krav på samverkan på en övergripande nivå tycks ha utvecklats i en positiv riktning, men löser inte i tillräcklig utsträckning de samverkansproblemen som kan uppstå kring enskilda individer. Utredningen gjorde bedömningen att en utveckling av samverkansöverenskommelserna kan stödjas av den reform de föreslår, men menar samtidigt att samverkan också kan behöva genomföras på andra sätt.²²

De flesta forskare och praktiskt verksamma inom olika välfärdsområden är överens om att det generellt sett är svårt att utveckla samverkan och att det innebär en lång och mödosam process.²³ Det är framför allt olikheter mellan de inblandade aktörerna som skapar hinder för samverkan, men olikheterna kan också utgöra viktiga framgångsfaktorer. I studier av samverkan har forskare identifierat en mängd olika hinder för samverkan, både strukturella och kulturella. De kulturella hindren har pekats på som de svåraste. De kan leda till bristande kommunikation och förtroende samt revirbevakande beteende hos professioner och organisationer. De strukturella hindren kan också vara besvärliga, men de kan vara möjliga att hantera genom undantag från regler, restriktioner och administrativa gränser. En förutsättning är att det finns en vilja att samverka hos alla inblandade aktörer. Om det inte finns någon sådan vilja kan aktörerna i stället åberopa de strukturella hindren för att kunna gömma sig bakom dessa. Hinder och framgångsfaktorer beskrivs ofta som två sidor av samma mynt. En och samma företeelse kan hindra eller främja samverkan beroende på hur den hanteras. Revirtänkande kan t.ex. vändas till en mer altruistisk inställning som innebär en helhetssyn på människors behov som utgångspunkt för samverkan.²⁴ Utöver hinder och framgångsfaktorer tar forskningen också upp att det finns risker med samverkan. Det är t.ex. en uppenbar risk att samverkan blir ett självändamål. Samverkan tar mycket tid i anspråk, vilket kan gå ut över arbetet med klienterna.²⁵

Socialutskottet har tidigare utvärderat Samordnad individuell plan (SIP) och kommit fram till liknande iakttagelser. Bristande tid och kunskap, bristande samsyn mellan aktörer, otydlig ansvarsfördelning, begränsad brukardelaktighet och begränsningar i it-infrastruktur var några hinder för samverkan som lyftes fram. Utvärderingen lyfte också fram att många planer leder till att

²¹ Socialstyrelsen (2019b).

²² SOU 2021:93 s. 375 f.

²³ För en sammanställning av forskning om samverkan, se inledningskapitlet i Axelsson och Axelsson (2013).

²⁴ *Ibid.*, s. 27.

²⁵ *Ibid.*, s. 28.

regelverken blir svåröverskådliga, vilket i sin tur kan leda till förvirring både hos den enskilde och hos personalen.²⁶

I socialtjänstens individ- och familjeomsorg tar samverkan (i ovan breda bemärkelse) en betydande plats och utgör en stor del av det dagliga arbetet. Enligt tre forskare i socialt arbete saknas det dock forskning som mer övergripande söker uppskatta utbredningen av, innehållet i och formerna för den samverkan som bedrivs inom individ- och familjeomsorgen. Kunskaper om hur samverkan gestaltar sig i praktiken bygger ofta på antaganden eller erfarenheter från enskilda exempel, menar de.²⁷

Figur 1 Bestämmelserna som uppföljningen berör

Ny lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

1 § Regionen ska, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år inleds. Lag (2019:975).

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om hälsoundersökningar.

Ändringar i socialtjänstlagen (2001:453)

5 kap. 1 d § Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa barn och unga eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

11 kap. 3 a § Socialnämnden ska, om det inte är obehövt, underrätta regionen om att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

16 kap. 3 § Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om 1. personer med psykisk funktionsnedsättning, 2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel, och [nytt för 2017] 3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

²⁶ Rapport från riksdagen 2017/18:RFR5.

²⁷ Stranz, Bergmark och Lundström (2019) s. 132.

1.2 Syfte och inriktning

Enligt 4 kap. 8 § regeringsformen ska varje utskott följa upp och utvärdera riksdagsbeslut inom utskottets ämnesområde. Av förarbetena framgår att utskottens uppföljning och utvärdering av riksdagsbesluten inom sitt ämnesområde ingår i riksdagens granskning av rikets styrelse och förvaltning.²⁸ Riksdagen har även sedan tidigare beslutat om riktlinjer för utskottets arbete med uppföljning och utvärdering.²⁹ Av riktlinjerna framgår bl.a. att uppföljning och utvärdering bör fungera som ett instrument för att bedöma vilka eventuella justeringar som kan behövas i budget eller lagstiftning. Socialutskottet beslutade den 17 november 2020 att med utgångspunkt i den förstudie som utskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp tagit fram genomföra en huvudstudie i frågan om en uppföljning av 2017 års lagändringar om trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.³⁰

Det övergripande syftet är att följa upp och analysera hur bestämmelserna tillämpats och fungerar. Rapportens huvudsakliga frågeställningar är:

- Vilka aktörer har medverkat i framtagningen av överenskommelserna?
- Vem genomför hälsoundersökningarna?
- Vilka hinder finns för att hälsoundersökning ska komma till stånd och genomföras på önskvärt sätt?
- Hur fungerar samverkan lokalt och konkret?
- Hur ser kunskapen ut i regionen kring hälsoundersökningarna?
- Har regionen organiserat sig för att underlätta för socialtjänsten?
- Har överenskommelserna underlättat för utredningsarbetet, planeringen och utförandet av vården?

1.3 Genomförande och metod

Uppföljningen bygger på intervjuer och dokumentstudier samt en fallstudie av samverkan mellan en kommun och en region. Inom ramen för fallstudien har intervjuer genomförts med personer på olika nivåer inom socialtjänsten och en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning. Intervjuer (alternativt mejlkontakt) har även genomförts med chefer inom tandvården, barn- och ungdomspsykiatri, primärvården och elevhälsan. Två utredare vid RUFSS respektive RUT utförde ett tvådagarsbesök på ett socialkontors barn- och unga-enhet och undersökte där närmare tre akter samt ställde frågor till handläggaren och enhetschefen om innehållet. Intervjuer har hållits med två ungdomar om vilka kontakter de haft med olika offentliga aktörer. Syftet har varit att samla in olika aktörers perspektiv på hälsoundersökningar, överenskommelser och placerade barns hälsa, för att bättre kunna förstå vad som underlättar eller hindrar att hälsoundersökningar kommer till stånd. Ansatsen innebar att olika perspektiv kunde ställas mot varandra och därmed kunde skillnader i utsagor inom

²⁸ Se prop. 2009/10:80 s. 117.

²⁹ Se framst. 2005/06:RS3, bet. 2005/06:KU21.

³⁰ Se § 4 i socialutskottets sammanträdesprotokoll 2020/21:13.

hierarkier och mellan sammanhang analyseras. På så sätt har en djupare förståelse av hur lagändringarna kommit till uttryck i hela den s.k. styrkedjan eftersträvat.

Den region med tillhörande kommun som valdes är båda medelstora. Kommunen valdes, utöver detta, eftersom utvecklingsledaren i regionen ansåg att den kommit relativt långt med sitt arbete med överenskommelser.

Kommuner såväl som regioner i landet skiljer sig åt på flera sätt, exempelvis i hur de samverkar med varandra och andra relevanta aktörer, i hur de berörda verksamheterna är finansierade samt i storlek, politiskt styre, geografiskt läge, kompetensförsörjning m.m. De kan också skilja sig åt avseende den berörda verksamhetens arbetsmiljö, arbetssätt, förekomsten av ”eldsjälar”, kultur och grad av regelefterlevnad.

En utgångspunkt är att det är svårt att helt och hållet överföra erfarenheter från en kommun eller region till en annan eftersom förutsättningarna skiljer sig åt. Trots dessa skillnader finns det ändå generella aspekter som kan förklara varför lagändringarna inte fått önskad effekt. Det kan exempelvis handla om aktörernas incitament till att samverka eller om hur man i olika sammanhang tolkar en regeländring. Fallet används i rapporten för att exemplifiera de resonemang som förs.³¹

På länsnivå har utvecklingsledare i samtliga län intervjuats. Dessa har ett övergripande samordningsansvar för överenskommelserna och ingår eller har ingått i Sveriges Kommuner och Regioners nationella nätverk inom den sociala barn- och ungdomsvården. Några län saknade utvecklingsledare och då har personer med en näriliggande funktion intervjuats. I rapporten benämns samtliga utvecklingsledare. I dessa intervjuer har dels iakttagelser från fallstudien stämts av, dels frågor ställts om hur man i respektive län valt att organisera hälsoundersökningarna och hur man har jobbat med sina överenskommelser. Genom detta kunde bilden som framkommit i fallstudien kompletteras och en förståelse för vad som är unikt för fallstudiekommunen och regionen och vad som är av generell karaktär erhållas. Samtliga läns överenskommelser och rutiner har gått igenom, samt lokala och regionala uppföljningar och rapporter där sådana funnits.

På nationell nivå har representanter för berörda nationella aktörer och myndigheter, framför allt Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner intervjuats och kontaktats. Samtliga intervjuer redovisas på sidan 62–63.

³¹ Bryman (2011).

2 Få hälsundersökningar genomförs och på olika sätt

Sedan den 1 april 2017 är det en skyldighet för socialtjänsten att underrätta regionen om att ett barn eller en ung person ska erbjudas en hälsundersökning, och regionen har då en skyldighet att erbjuda den. Fem år efter lagens ikraftträdande går det att konstatera att det fortfarande är få hälsundersökningar som genomförs. Det framgår av Sveriges Kommuner och Regioners kartläggning som omfattar andra halvan av 2019, och bekräftas av senare uppföljningar som gjorts i flera län. I en uppföljning gjord på uppdrag av kommunsamverkansförbundet Storsthlm nyligen framgick exempelvis att endast en femtedel av barnen hade genomgått en hälsundersökning och att det saknas kunskap om lagstiftningen inom socialtjänsten.³² Det saknas nationell statistik och de uppgifter som har redovisats är osäkra. Ingen av utvecklingsledarna har sagt att man i länet har kommit långt med genomförandet av lagen. Antingen känner de inte till i detalj hur stor kännedom om lagen som finns ute i verksamheterna, eller så lyfter de fram problem med implementeringen. För ett fåtal län med en relativt ny överenskommelse har implementeringen ännu inte påbörjats. Det finns alltså goda skäl till antagandet att få hälsundersökningar görs.

2.1 Brister i statistiken

Brist på tillförlitliga uppgifter och statistik är ett generellt problem. I SKR:s kartläggning framkom att det som en del vårdgivare (oklart hur många) registrerar som en hälsundersökning i själva verket är en läkarundersökning enligt LVU, som är en mindre omfattande undersökning. Det har heller inte samlats in några nationella uppgifter om hälsundersökningar som görs. Olika regioner har använt olika koder för att registrera hälsundersökningar.³³ Det är först fr.o.m. den 1 januari 2022 som det finns en gemensam s.k. klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ-kod) för hälsundersökningar som görs på begäran av socialtjänsten.³⁴ En KVÅ-kod används för statistisk beskrivning av åtgärder i bl.a. hälso- och sjukvård. KVÅ-koder är gemensamma för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och är obligatoriska att rapportera in till Socialstyrelsens hälsodataregister sedan den 1 januari 2007.³⁵

I fallstudieregionen genomförs också få hälsundersökningar i förhållande till antalet barn och unga som placeras. Det saknas exakta uppgifter men de uppgifter som finns ger ändå en indikation på hur stor andel av placerade barn som fått en hälsundersökning enligt den nya lagen. Komplicerande faktorer är

³² Kazemi och From (2021).

³³ Detta har framkommit i intervjuer med utvecklingsledare i Stockholm och Västra Götaland.

³⁴ E-post från Socialstyrelsen, Avdelningen för register och statistik, 2022-01-24.

³⁵ www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/, hämtad 2022-02-04.

att barn ofta placeras utanför länet och att folkbokföringen inte är känd på grund av att barnet har skyddad identitet, vilket bidrar till svårigheterna att jämföra uppgifterna från kommunen och regionen.

I fallstudiekommunen har mellan 120 och 200 placeringar gjorts per år sedan 2016.³⁶ Regionen har dock endast uppgifter om att fyra respektive tre undersökningar registrerats i regionen på barn och unga folkbokförda i fallstudiekommunen 2019 respektive 2020. Totalt hade regionen registrerat att de genomfört 68 respektive 79 undersökningar i länets samtliga kommuner under 2019 respektive 2020.³⁷ Registreringen omfattar dock både hälsoundersökningar enligt den nya lagen och läkarundersökningar enligt LVU, så antalet är sannolikt mindre.

2.2 Skillnader i hur hälsoundersökningar genomförs

Var hälsoundersökningarna genomförs och vilka professioner som är inblandade i genomförandet skiljer sig åt mellan länen. I sex av regionerna är det primärvården (vårdcentral, barnvårdscentral eller hälsocentral) som utför undersökningarna för målgruppen 0–20 år. I tre regioner hanteras de i stället inom specialistvården (barnklinik eller barn- och ungdomsmedicinsk mottagning). I resterande regioner har man delat upp hälsoundersökningarna mellan primärvård och specialistvård efter ålder på barnen eller de unga (se tabell 1).

Tabell 1 Utförare av hälsoundersökningar för barn och unga upp till 20 år

Regioner där hälsoundersökningar genomförs i primärvård (vårdcentral, BVC, hälsocentral) respektive specialistvård (barnklinik eller barn- och ungdomsmedicinsk mottagning). Avser mars 2022.

Endast primärvård	Primär- och specialistvård (i parentes anges åldersspannet då specialistvård ges)	Endast specialistvård
Jämtland Härjedalen	Dalarna (0–6)	Halland
Norrbottnen	Gotland (0–12)	Kronoberg
Sörmland	Gävleborg (6–12)	Skåne
Värmland*	Örebro (7–17)	
Västerbotten	Blekinge (0–18)	
Västernorrland	Jönköping (0–18)	
	Kalmar (0–18)	
	Stockholm (0–18)	
	Uppsala (0–18)	
	Västmanland (0–18)	
	Östergötland (0–18)	
	Västra Götaland**	

Källa: Egen bearbetning av respektive regions överenskommelse samt intervjuer med kontaktpersoner.

*Beslut om flytt från specialist- till primärvård finns, men ännu ej verkställt.

**Socialtjänsten skickar begäran till primärvården, som skickar vidare till specialistvården vid behov.

³⁶ E-post från enhetschef inom socialtjänsten i fallstudiekommunen, 2021-11-22.

³⁷ E-post från administrativ utvecklare i fallstudieregionen, 2021-10-07.

Utvecklingsledarna uppger flera skäl till att man valt att genomföra hälsoundersökningar på barnklinik eller barn- och ungdomsmedicinsk mottagning. Ett är att regionen velat ha en hög ambitionsnivå för målgruppen. Ett annat är att en koncentration av undersökningarna på färre kliniker underlättar för kliniken att bygga upp en rutin för undersökningen när antalet undersökningar är få.³⁸ Det kan vara svårare att trycka på uppifrån vad en vårdcentral ska fokusera på, eftersom de är ”unika verksamheter” och kan vara både privata och offentliga.³⁹ Omsättningen av hyrläkare i primärvården är ett annat skäl som nämns till att förlägga hälsoundersökningarna inom specialistvården. Svårigheterna med att sprida kunskap om lagen givet sådana förutsättningar var exempelvis en anledning till att man i Östergötland flyttat hälsoundersökningarna från vårdcentralerna till specialistvården.⁴⁰

Men det kan också finnas skäl att genomföra hälsoundersökningarna inom primärvården. Några utvecklingsledare menar att det i glest befolkade län kan vara lämpligt, för barnens skull, att genomföra dem närmare där barnen bor. Brist på barnläkare i specialistvården kan också vara ett skäl till att de genomförs i primärvården. I Värmland har man följaktligen gjort tväremot Östergötland och fattat beslut om att flytta undersökningarna från barnklinik till vårdcentral. Utvecklingsledaren har dock en viss oro för att kunskapen och rutinerna som byggts upp inom specialistvården därigenom kommer att urholkas. I Värmland ska det dock skapas en central funktion i regionen dit socialtjänsten kan vända sig. Denna funktion är också tänkt att samla in allt underlag.

Inom ramen för den överenskommelse som gäller i Västra Götaland sedan den 1 januari 2021 har regionen bedömt att vårdcentralerna ska göra hälsoundersökningarna eftersom alla inte är så komplexa att de behöver göras inom specialistvården. Utvecklingsledaren delar däremot inte den oro som utvecklingsledaren i Värmland ger uttryck för eftersom primärvårdens personal kommer att få utbildning under hösten 2022 och begäran skickas till specialistnivån om så kräver.

När ansvaret för genomförandet ligger på primärvården finns det i dag vissa indikationer på att färre hälsoundersökningar genomförs. I Örebro t.ex., där barnkliniker genomför hälsoundersökningar för åldrarna 7–17, har primärvården inte genomfört någon hälsoundersökning för åldrarna 0–6 eller 18–20.⁴¹ Inte heller i Jönköping verkar det ha gjorts hälsoundersökningar för de 18–20-åringar som vårdcentralen ansvarar för.⁴²

Regionernas förutsättningar att genomföra hälsoundersökningar av den omfattning som föreskrivs skiljer sig åt mycket mellan de olika regionerna. Utvecklingsledaren i Västerbotten lyfter fram att förutsättningarna generellt sett är sämre för geografiskt stora kommuner med få invånare. Utvecklingsledaren i Gävleborg menar att barn- och ungdomsvården varit kritiska till att hälsoundersökningarna tar tid från de barn som är mer sjuka. I samma region

³⁸ Utvecklingsledare, Jönköping, 2021-11-29.

³⁹ Verksamhetschef för barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i fallstudieregionen.

⁴⁰ Utvecklingsledare, Östergötland, 2022-01-26.

⁴¹ Regionens egen uppföljning, e-post från utvecklingsledare, Örebro, 2021-11-22.

⁴² Utvecklingsledare, Jönköping, 2021-11-29.

har man också brist på barnläkare, vilket förvärrar situationen.⁴³ Även i Värmland har man på grund av arbetsbelastningen ifrågasatt om det måste vara en läkare som gör undersökningen. Utvecklingsledaren i Örebro uppger också att det varit svårt att få regionen att ta sig an uppgiften.

Regeringen hade inte bara primärvården eller specialistvården i åtanke då lagen utformades, utan i förarbetena nämndes specifikt elevhälsan med dess tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt personal med specialpedagogisk kompetens. Elevhälsan exemplifierades som lämplig utförare eftersom det är en verksamhet som regelbundet träffar barn och är inriktade på att förebygga ohälsa.⁴⁴

I den bakomliggande utredningen beskrevs de nya tilltänkta hälsoundersökningarna. Bland annat framgick att olika moment som kräver olika kompetenser bör ingå inom ramen för hälsoundersökningen, och att den lämpligen kan utformas med utgångspunkt i de undersökningar som barnhälsovården och elevhälsan genomför. Grundläggande ska vara att kartlägga vad som framkommit vid eventuella tidigare hälsoundersökningar av barnet eller den unge samt att gå igenom de vaccinationer som barnet eller den unge fått.⁴⁵ Tre av regionerna lämnade i sina remissvar på utredningen önskemål om förtydligande av vad som innefattas i en hälsoundersökning, t.ex. hur denna skulle skilja sig från de hälsoundersökningar som görs av elevhälsan och barnhälsovården. I propositionen beskrev regeringen kortfattat att den föreslagna hälsoundersökningen bör avse barnets eller den unges fysiska och psykiska hälsa samt tandhälsa. Den bör omfatta en kartläggning av tidigare hälsoundersökningar och vaccinationer, samt de undersökningar och samtal som i övrigt behövs för en medicinsk bedömning av barnets eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård.⁴⁶ Regeringen föreslog vidare att lagen skulle innehålla ett bemyndigande till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om hälsoundersökningarna, t.ex. om syftet och omfattningen av undersökningen, närmare bestämmelser om erbjudandet och genomförandet, och bestämmelser om kompetens hos personal som genomför hälsoundersökningen.⁴⁷

I föreskriftsarbetet gjorde Socialstyrelsen bedömningen att det inte var lämpligt eller nödvändigt att i detalj reglera vilken kompetens som krävs för att utföra hälsoundersökningarna.⁴⁸ Föreskrifterna ställer således främst krav på hur arbetet ska utföras, inte på vem som utför det. Av föreskriften framgår att undersökningen ska omfatta fysisk, psykisk och oral hälsa. En standardiserad bedömningsmetod bör användas vid bedömningen av det psykiska hälsotillståndet, framgår det vidare.

De som genomför hälsoundersökningarna i landet uppger utvecklingsledarna framför allt vara läkare som är barn- eller allmänspecialister, men även

⁴³ Intervju med utvecklingsledare, Region Gävleborg, 2021-11-26.

⁴⁴ Prop. 2016/17:59 s. 34–35.

⁴⁵ Se SOU 2015:71 s. 449.

⁴⁶ Prop. 2016/17:79 s. 34.

⁴⁷ Prop. 2016/17:79 s. 35.

⁴⁸ Socialstyrelsen (2019c).

sjuksköterskor genomför undersökningarna. Psykologer uppges medverka som regel endast i en av regionerna, och i sex av regionerna vid behov. Ingen utvecklingsledare har uppgett att man använder en standardiserad bedömningsmetod för att bedöma det psykiska hälsotillståndet. Undersökningar av oral hälsa genomförs separat från hälsoundersökningen. Socialsekreterare verkar således behöva begära både en hälsoundersökning och en tandundersökning. I Gävleborg genomförs tandundersökningen av tandhygienist, och i Stockholm av specialisttandläkare inom pedodonti.

Region Uppsala sticker ut i sammanhanget eftersom hälsoundersökningarna där görs av ett s.k. barnskyddsteam bestående av barnläkare, barnpsykolog och specialistsjuksköterskor. Dessa har kompetens i traumamedveten vård, som utgår från att barn som blir aktuella för en hälsoundersökning ofta har varit utsatta för farlig stress när de har saknat skydd från sina föräldrar, vilket leder till en ökad sårbarhet för både somatisk och psykiatrisk sjukdom. I Uppsala har man sedan tidigare varit drivande i att göra mer omfattande hälsoundersökningar för placerade barn. Med start 2012 har sådana erbjudits i mindre skala, och sedan 2014 bedrivs de i samarbete med länets åtta kommuner. Arbetsmodellen innebär att de också bokar in återbesök. De följer också upp hur många hälsoundersökningar som görs. I dagsläget genomför dessa barnskyddsteam cirka 300 hälsoundersökningar per år.⁴⁹ Även Värmland ger tillgång till psykologer genom ett psykologiskt konsultationsteam, framgår det av länets överenskommelse.

I Region Skåne har man lyft in ett socialmedicinskt perspektiv i genomförandet av hälsoundersökningarna. Läkarspecialiteten socialmedicin är i dag inriktad på folkhälsa samt sekundär prevention och screening. Fokus ligger på sociala skillnader i hälsa, t.ex. mellan olika befolkningsgrupper.⁵⁰ Läkarna som genomför undersökningar i Region Skåne har fått genomgå en endagsutbildning som berör socialmedicin och som annars, enligt utvecklingsledaren, är en liten del av läkarutbildningen.

⁴⁹ Intervju med barnläkare, Uppsala, 2022-01-19.

⁵⁰ Socialstyrelsen (2021c).

3 Olika skäl till att få undersökningar görs

Förklaringarna till att det varit svårt att få till hälsoundersökningar är många och av olika karaktär. Kapitlet ger en översikt av de hinder som finns för att lagen ska kunna tillämpas.

3.1 Strukturer för att hantera nya lagar

När nya bestämmelser och lagar aviseras tas de upp, sammanfattas och tolkas i centrala regionala strukturer och kommunala eller regionala utvecklingscentrum. Därefter tas de upp i olika chefsnätverk och andra relevanta nätverk inom länet. Strukturerna för att hantera detta ser olika ut i landet. Det kan vara kommunala FoU-centra eller region-kommunala samverkansorgan. Enligt en av utvecklingsledarna är det ofta i dessa nätverk man kan få hjälp att se vad som är kärnan i de nya bestämmelserna och vad som kommer att vara mest utmanande i verksamheten.⁵¹ Flera av utvecklingsledarna ingår i de regionala samverkans- och stödstrukturer (s.k. RSS) som sedan 2011 finns i alla län och som skapades inom ramen för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.⁵² I det följande beskrivs de skäl som kommit fram utifrån iakttagelserna i fallstudien och utifrån intervjuer med utvecklingsledarna.

De som har intervjuats från de 21 länen är eller har varit del av SKR:s nätverk för social barn- och ungdomsvård och tillhör någon sådan form av central struktur. Nästan alla är socionomer och har lång erfarenhet av att arbeta inom den sociala barn- och ungdomsvården. Två har en annan bakgrund, en folkhälsostrateg och en kurator. Det är personer i dessa nätverk som intervjuats, för att få deras bild av vilka svårigheter som finns. En av utvecklingsledarna uttrycker det som att lagen är ”ganska uddlös” och är ”mycket förvånad” över att den inte följs, eftersom socialsekreterare är vana att läsa och följa lagtext och föreskrifter.⁵³ Flera lyfter fram att det inte finns *ett* tydligt svar på varför hälsoundersökningar inte görs utan att det snarare handlar om många små saker sammantagna.

3.2 Många riktlinjer och vägledningar

Det som återkommer i nästan alla intervjuer är att det finns praktiska problem som hindrar att hälsoundersökningar begärs av socialtjänsten. Den förklaring till dessa svårigheter som oftast togs upp i intervjuerna är att det råder förvirring kring olika begrepp, riktlinjer och styrdokument kopplade till hälsoundersökningarna. Även mängden handböcker och styrdokument i handläggningen

⁵¹ Utvecklingsledare 2.

⁵² Regeringskansliet (2014).

⁵³ Utvecklingsledare 4.

i den sociala barn- och ungdomsvården mer generellt togs upp som ett problem.

I fallstudiekommunen lyfte enhetschefen inom socialtjänsten fram svårigheten att hitta en bra struktur för att kommunicera nya bestämmelser så att de går att förstå och utföra. Särskilt då rutiner och processer för handläggningen redan innehåller många detaljer och specialdelar. Enheten har ett processtöd där enhetens processer och rutiner finns med, liksom därtill kopplade arbetsinstruktioner och checklistor. För processerna som rör barn och unga fanns där i september 2021 34 arbetsinstruktioner, 9 checklistor, 5 handböcker, 3 manualer, 6 rutiner/riktlinjer, 2 överenskommelser, 1 regionalt kliniskt kunskapsstöd och 1 nationellt stöd (BBIC). I möten som Socialstyrelsen haft inom ramen för att ta fram föreskriften förklarar t.ex. en kommun 2018 att de saknar rutiner för hälsoundersökningar med att ”socialtjänsten översvämmas av information, föreskrifter, rapporter varav det här är en som initialt har uppmärksammats men sedan tappats bort”.⁵⁴ Det krävs därför, menar cheferna i fallstudiekommunens socialtjänst, att arbetsledare och kollegor pratar om det som ska göras för att lära sig olika moment, och det krävs att man har lång erfarenhet. Mindre erfarna handläggare behöver handledning och hjälp med detaljerna. En gruppleddare för familjehemsgruppen i fallstudiekommunen poängterar samtidigt att checklistorna är bra att ha, för att minnas alla detaljer. Det kan, enligt henne, handla om folkbokföring, barnbidrag, underhållsstöd eller hälsoundersökning och information om vad som ska göras först och vem man ska kontakta.⁵⁵

Socialstyrelsen har en omfattande produktion av exempelvis handböcker och vägledningar. Omfattningen gör att det är svårt att få överblick och förstå strukturen av de olika produkterna, menar en BBIC-samordnare inom Socialstyrelsen. För att underlätta för socialsekreterare och deras chefer har Socialstyrelsen därför tagit fram *Guide till handböcker och annat stöd*.⁵⁶ Den 12-sidiga guiden är ett urval av Socialstyrelsens ”mest centrala publikationer på området”⁵⁷ och omfattar tjugo handböcker, vägledningar eller stöd samt fem föreskrifter och allmänna råd. Guiden ingår i *Stöd för lärande om handläggning och dokumentation*, ett stöd som Socialstyrelsen tagit fram med syftet att höja kompetensen inom handläggning och dokumentation inom den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning.

Det är en känd problematik att det finns många styrsignaler i socialtjänsten (liksom i välfärdssektorn generellt). Forskare benämner problemet ”perspektivträngsel” som måste hanteras på den lokala nivån, ofta just i mötet mellan medarbetare och medborgare.⁵⁸ Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården formulerar fenomenet på följande sätt i sin slutrapport från 2017: ”På nationell nivå finns det ett mönster av okritiskt adde- rande av olika former av detaljstyrning, som kanske var för sig kan vara väl

⁵⁴ Anteckning från Socialstyrelsens akt om föreskriftsarbetet.

⁵⁵ Gruppintervju med chefer inom socialtjänsten i fallstudiekommunen, 2021-08-30.

⁵⁶ Socialstyrelsen (2021a).

⁵⁷ Intervju med BBIC-samordnare på Socialstyrelsen, 2021-11-30.

⁵⁸ Se exempelvis Bringselius (2018).

motiverade och värdeskapande, men som på den ackumulerade nivån reducerar snarare än ökar det sammantagna värdeskapandet i den sociala barn- och ungdomsvården” och ”man bör på nationell nivå såväl som huvudmannanivå reflektera över styrkedjan”.⁵⁹ Inom organisationsforskningen talar man om det generella behovet av att låta regler, policyer och checklistor översättas och redigeras lokalt för att de ska spridas och få förankring i berörda verksamheter.⁶⁰ Möjligheten till detta försvåras dock om det blir för många att hantera. Detta fenomen har kallats ”målinflation”⁶¹ (där varje nytt mål som läggs till minskar styrkraften hos de redan existerande målen) och ”detaljeringsparadoxon”⁶² (att för många och för detaljerade mål ger en svagare – inte starkare – styrning). Det innebär att ju fler mål en enhet har, desto större reell frihet har den att på egen hand fastställa prioriteringarna för sin verksamhet. En sådan prioritering, menar en utvecklingsledare, kan exempelvis vara att verksamheten fokuserar på sådant som mäts och följs upp (t.ex. utredningstider eller antal utredningar).⁶³

3.3 En sällanuppgift i en rörig situation

Flera av de som intervjuats poängterar också att själva situationen runt ett barn som ska placeras ofta är rörig.⁶⁴ Placeringar kan ha en akut karaktär. Hälsoundersökningar kan då falla bort. Det är heller inte sällan som barnet eller den unge flyttat runt på många placeringar i olika kommuner. När barn flyttar ofta blir det extra svårt att få en helhetsbild av barnets eller den unges hälsa.⁶⁵

Drygt 20 procent av sammanlagt 214 barn upp till 18 år som genomgick en hälsoundersökning på barn- och ungdomsmedicinsk mottagning i fallstudie-regionen mellan 2019 och till och med september 2021 var barn som vid besöket var folkbokförda utanför länet.⁶⁶ Cheferna inom fallstudiekommunens socialtjänst bedömer däremot att andelen utomlänsplacerade i själva verket är större. En av cheferna går så långt som till att uppskatta det till ”i alla fall hälften” för de barn och unga som placeras enligt SoL, och ännu högre, ”kanske 70 procent” för de som placeras enligt LVU. Detta gap mellan regionens statistik och socialtjänstens skattning är inte oväsentligt. Om uppgifterna stämmer och det skulle se likadant ut i hela landet skulle det innebära att barn och unga som placeras i andra län får en avsevärt mindre chans att få sin hälsa undersökt.

Hälsoundersökningar är vidare en uppgift som både socialtjänsten och hälso- och sjukvården utför sällan. I fallstudiekommunen uppskattar en av

⁵⁹ Regeringskansliet (2017) s. 73.

⁶⁰ Se exempelvis Czarniawska och Sévon (1996) och Johansson (2002).

⁶¹ Alexius (2021) s. 82.

⁶² Tarschys (2006) s. 39.

⁶³ Utvecklingsledare 10.

⁶⁴ Exempelvis utvecklingsledare 20.

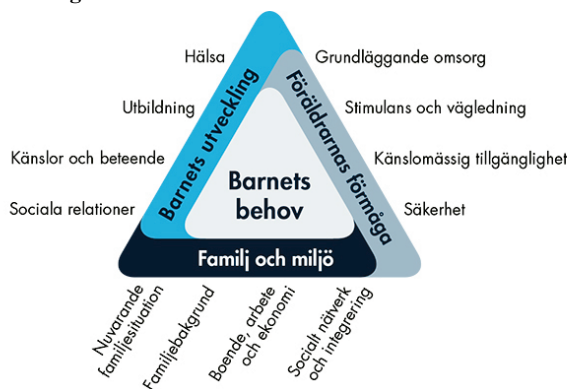
⁶⁵ Intervju med verksamhetschef för regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, 2021-09-06.

⁶⁶ 16 av de 214 har skyddad identitet, vilket gör att folkbokföringskommun inte framgår. Om ingen av dessa var folkbokförda i fallstudiekommunen skulle procentandelen vara 21 procent, och om alla var folkbokförda i kommunen skulle andelen vara 29 procent.

handläggarna att han handlägger beslut om en eller två placeringar på ett år. En utvecklingsledare pekar på att en läkare inom primärvården kan få in en begäran om hälsoundersökning en gång under hela sin yrkestid. Eftersom det är en sällanuppgift innebär det att rutinerna inte får fäste.

De behov hos barnet, utöver deras hälsa, som socialsekreterare arbetar med illustreras med hjälp av BBIC-triangeln (se figur 2). Kontakter med vården och hälsoundersökningar för barnen utgör en förhållandevis liten del av allt annat som görs kring barnet. I en akt som gick igenom vid det platsbesök som genomfördes på socialkontoret i fallstudiekommunen och som innehöll 165 poster var det, exempelvis, endast 7 som rörde interaktioner med hälso- och sjukvården (en kontakt med vårdcentralen, en med tandvården, en med BVC och fyra med barnkliniken). Skolan hade, som jämförelse, 13 poster i akten. De flesta posterna rörde kontakter med vårdnadshavare (50), med familjehemmet (37) och med annan anhörig (15). En stor del av tiden går åt till att ordna med umgänge för barnet, exempelvis med vårdnadshavare, med syskon, med anhöriga i familjehemmet, med vårdnadshavare och syskon tillsammans med familjepedagog.

Figur 2 BBIC-triangeln



Källa: Socialstyrelsen.

3.4 Minskande kompetens och hög arbetsbelastning

Flera av utvecklingsledarna lyfter även fram mer generella strukturella problem i den sociala barn- och ungdomsvården som anledning till att hälsoundersökningar inte genomförs, t.ex. försämringar i kompetens- och erfarenhetsnivån bland socialsekreterare och den höga arbetsbelastningen.⁶⁷

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det enligt SoL finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Den 1 juli 2014 infördes bestämmelser i SoL om särskilda krav på behörighet för att utföra vissa uppgifter inom den sociala barn- och ungdomsvården. Kraven innebär t.ex. att det ska finnas rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden

⁶⁷ Utvecklingsledare 1, 12 och 20.

inom socialtjänstens verksamhet för barn och unga. Vidare ansvarar socialnämnden för att den handläggare som självständigt utför arbetsuppgifter har tillräcklig erfarenhet för uppgiften.⁶⁸ I förarbetena till lagen framhöll regeringen att det är särskilt viktigt att handläggarna som utför uppgifter inom den sociala barn- och ungdomsvården har hög kompetens och god erfarenhet.⁶⁹

Sedan dessa bestämmelser tillkom har det skett en negativ förändring i yrkeskåren, men sedan 2020 verkar den ha vänt. Andelen barnhandläggare med mer än fem års erfarenhet minskade från 50 procent 2014 till 36 procent 2019. År 2021 är andelen uppe i 44 procent. Andelen med minst tre års erfarenhet minskade mellan 2014 och 2019 från 67 till 59 procent, men var 2021 uppe i 69 procent. Andelen barnhandläggare med mindre än ett års erfarenhet av barnutredningar har samtidigt blivit lägre.⁷⁰ Handläggarna är samtidigt förhållandevis unga. Ungefär var fjärde var år 2019 under 30 år.⁷¹

Enligt Inspektionen för vård och omsorg har kommunerna inte lyckats komma till rätta med bristerna inom den sociala barn- och ungdomsvården och upprätthålla en god kvalitet. De noterar att det, trots omfattande kunskapsstöd, finns handläggare som saknar nödvändig kunskap för en rättssäker handläggning.⁷² Flera utvecklingsledare som intervjuats pekar också på att det finns brister i systematik och rutiner hos socialtjänsten.⁷³

Situationen förvärras av hög arbetsbelastning inom socialtjänsten. I en enkät som Socialstyrelsen skickat ut till kommunerna i samband med en stimulanssatsning för stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården uppger majoriteten av kommunerna att antalet orosanmälningar har ökat, att ärendemängden per handläggare har ökat, att samtalen med barnet eller den unge, familjen och anhöriga har ökat samt att samverkan mellan olika aktörer kring barnet eller den unge har ökat.⁷⁴ Av en utvärdering beställd av Sveriges Kommuner och Regioner framgår att det främsta hindret för utvecklingsarbete inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård är den höga arbetsbelastningen och personalomsättningen.⁷⁵

Olika statliga satsningar för att öka kompetensen i socialtjänsten har genomförts. Socialstyrelsen, SKR och regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) samarbetar kring ett nationellt introduktions- och kompetensutvecklingsprogram för socialtjänstens medarbetare (den s.k. Yrkesresan).⁷⁶ Kommuner har också kunnat ansöka om riktade statsbidrag för att förstärka bemanningen i den sociala barn- och ungdomsvården.⁷⁷ Andra satsningar fokuserar på kunskapsstyrning, t.ex. evidensbaserad praktik. Enligt forskare är det viktig med en balans i styrningen, mellan kunskapsstyrning och ökad autonomi för profes-

⁶⁸ 3 kap. 3 § SoL.

⁶⁹ Prop. 2012/13:175.

⁷⁰ Socialstyrelsen. Öppna jämförelser, social barn- och ungdomsvård.

⁷¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019) s. 8.

⁷² Inspektionen för vård och omsorg (2019).

⁷³ Exempelvis utvecklingsledare 3 och 10.

⁷⁴ Socialstyrelsen (2021b).

⁷⁵ Svensson och Lenefors (2016). Se även Arbetsmiljöverket (2018).

⁷⁶ <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/verksamhetsutvecklingochledarskap/yrkesresan.32120.html>, hämtad 2022-03-09.

⁷⁷ S2016/04469/FST (delvis).

sionen. Jämfört med andra grupper, t.ex. lärare och läkare, är dock socialtjänstprofessionen sällan betraktad som en professionell grupp utan mer som socialtjänstens utförare.⁷⁸

Det finns också svårigheter med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, t.ex. brist på läkare och psykologer. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport har de flesta regioner brist på psykologer, tandläkare, sjuksköterskor och tandhygienister. Alla regioner har brist på specialistsjuksköterskor och läkare med specialistkompetens.⁷⁹

3.5 Bristande kunskap om lagen och lokala tolkningar

Slutligen ges förklaringen att socialtjänsten inte känner till lagstiftningen eller situationsanpassar bestämmelserna på ett sätt som gör att hälsoundersökningar inte blir av. Mer specifikt kan det handla om att socialsekreteraren gör en bedömning att en hälsoundersökning inte behövs i ett enskilt fall. I fallstudiekommunens socialtjänst skiljer det sig också inom organisationen hur man hanterar hälsoundersökningar beroende på vilken grupp av barn eller unga man arbetar med. Den första av fyra socialsekreterare som intervjuades uppger att hon inte alltid begärt hälsoundersökningar utan att hon har ”tappat bort det” i flera ärenden. Det gäller särskilt i SoL-placeringar där det kan vara att man inte uppfattar hälsan som ett problem utan att ”problematiken är något helt annat”. Det kan handla om att ett barn placerats för att föräldrarna är häktade men att ingen oro finns för brister i barnets kontakter med t.ex. hälso- och sjukvården eller elevhälsan i övrigt. Andra exempel är när det görs kortare placeringar av olika skäl.

Den andra socialsekreteraren i fallstudiekommunen är tydligare med att poängtera ansvaret de har för vården och barnet. Initialt, menar hon, pratade de mest om hälsoundersökningar i samband med nätverksplaceringar, men nu har det blivit mer genomgående att begära hälsoundersökningar för alla placerade barn. Den tredje, som jobbat mycket med asylsökande, menar att de genomfört hälsoundersökningar i just den gruppen. Däremot har det tappats bort när de gått över till andra placeringar, där de ”inte fått in det tänket och rutinen”. En fjärde socialsekreterare, som jobbar med äldre ungdomar, medger att de inte pratat om hälsoundersökningar alls. Hon lyfter fram att man hela tiden gör bedömningar av vad som ska prioriteras först i ett ärende och att behoven kan bedömas vara mycket annat än hälsorelaterade. När man jobbar med äldre ungdomar, menar hon, brukar det ”lösa sig under placeringens gång”, antingen genom familjehemmet eller HVB-hemmet, eller i samråd med dem. Hon säger att hon inte har reflekterat över det så mycket och att det skulle behövas en tydlig rutin för att det ska kunna hanteras. De lyfter också fram att det kan vara

⁷⁸ Svensson och Svensson (2021).

⁷⁹ Socialstyrelsen (2022).

svårt att få en ungdom att samtycka till en hälsoundersökning om det rör sig om en frivillig placering och det inte finns ett beslut om tvångsvård.⁸⁰

Se figur 3 för en bearbetad sammanfattning av utvecklingsledarnas samtliga bedömningar av varför det är svårt att få till hälsoundersökningar.

⁸⁰ Gruppintervju med socialsekreterare i fallstudiekommunen, 2021-10-12.

Figur 3 Utvecklingsledarnas bild av varför hälsoundersökningar inte görs**Praktiska problem och situationen runt barnet**

Rörig och bristande information. Flera olika överenskommelser.

En flora av begrepp och styrdokument.

Tidskrävande hämta in sjukvårdshistoria och bakgrundsmaterial (särskilt när barn flyttar).

Vårdgivaren får inte tag i socialsekreterare.

Barn och unga som inte vill medverka vid, eller inte kommer på, hälsoundersökningar.

Barnen flyttar på kort tid (t.ex. jourhem innan placering) och då svårt att få till.

Akut karaktär med arga föräldrar, hantera umgänge.

Rutiner och systematik

Det är inte målsatt och mäts inte (såsom t.ex. utredningstider, antal utredningar).

Bristande systematiska rutiner hos socialtjänsten.

Svårt att få ut information till lokal nivå.

Sitter inte i ryggmärgen att det är en tvingande åtgärd.

Vårdgivaren får för få frågor om hälsoundersökningar.

Det handlar om vilka samverkansstrukturer man byggt upp.

Brister i implementering och uppföljning.

En sällanuppgift. Ingen lär sig rutinerna.

Situationsanpassning hos socialtjänsten

Socialtjänsten tolkar det som obehövt i högre grad än vad som anges i förarbetena.

Socialsekreterare bedömer att uppgifter om barnets hälsa redan finns och prioriterar bort.

Socialsekreterare bedömer att det inte blir någon bra kvalitet på undersökningen (dåligt bemötande t.ex.) och tycker det inte är någon idé att genomföra.

Strukturella förutsättningar

Arbetsbelastningen i socialtjänsten.

Personalomsättning, hyrläkare och många nya.

Det är så många prioriteringar och mycket som är tvingande i socialtjänsten.

Brist på barnpsykologer.

Kunskap

Låg kännedom om lagen.

Okunskap om skillnad mellan olika lagstadgade hälsoundersökningar.

Oförståelse för målgruppen från regionens sida.

Okunskap om placerade barns hälsa överlag, t.ex. tecken på trauma och övergrepp.

Samverkan över professions- och huvudmannagränser

Breda, ”ganska beigea” överenskommelser, bara ”minsta möjliga gemensamma nämnare”.

Överenskommelserna matchar bara en liten del av de barn som placeras.

Svårt när man ska göra något med någon annan, risk att det faller mellan stolarna.

Förståelse för varandras uppdrag behövs.

Statlig styrning

”Lagen är skev på något sätt”, ”Det landar på kommunerna”.

Inte genomtänkt när lagen kom.

Är inte tillräckligt att reglera utifrån överenskommelser.

Källa: Intervjuer med utvecklingsledare i 21 län. Egen bearbetning och sortering.

4 Rutiner och det praktiska genomförandet av hälsoundersökningar

Mängden och bredden av förklaringar som redovisats ovan till att hälsoundersökningar inte kommer till stånd visar på komplexiteten i att implementera den nya lagens bestämmelser. I kapitlet nedan redovisas det praktiska genomförandet av hälsoundersökningar grundat på socialsekreterarnas, läkarnas och barnpsykologernas egna erfarenheter, främst från fallstudien.

4.1 De olika stegen – enligt lag och föreskrift

Enligt 11 kap. 3 a § SoL ska socialnämnden, ”om det inte är obehövt”, *underätta* regionen om att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år ska erbjudas en hälsoundersökning. Enligt den föreskrift som gäller sedan den 1 januari 2020 ska vårdgivaren först *hämta in underlag* från förlossningsvården, elevhälsan, barnhälsovården, tandvården, barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet, barn- och ungdomsmedicinsk verksamhet samt socialnämndens personakt om barnets eller den unga personens fysiska, psykiska och orala hälsa. Vårdgivaren ska därefter *genomföra hälsoundersökningen* utifrån de inhämtade underlagen och samtal med barnet och göra en bedömning av barnets fysiska, psykiska och orala hälsotillstånd, samt bedöma om det finns tecken på funktionsnedsättningar. Bedömningen omfattar också barnets vårdbehov. Bedömningarna ska *dokumenteras i ett utlåtande*, som socialnämnden sedan ska få ta del av, om det inte finns hinder enligt bestämmelserna om sekretess. Om vårdgivaren inte kan ge den vård som behövs, ska barnet eller den unge remitteras till någon annan vårdgivare.⁸¹ Flera aktörer i flera led är således involverade för att den hälsoundersökning som avses i lagen ska kunna genomföras. I teorin är processen inte komplicerad, menar en utvecklingsledare, men i praktiken.⁸²

4.2 Arbetssättet BBIC

Socialsekreterare arbetar utifrån nationella regler och styrdokument, regionala rutiner och överenskommelser och lokala processbeskrivningar, checklistor och arbetsinstruktioner. Centralt för arbetet med hälsoundersökningar är också arbetssättet *Barns behov i centrum* (BBIC). BBIC är en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av myndighetsutövningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Samtliga 312 socialnämnder i Sverige har licensavtal med Socialstyrelsen och om BBIC.⁸³

⁸¹ HSLF-FS2019:19, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

⁸² Utvecklingsledare 2.

⁸³ Intervju med BBIC-samordnare, Socialstyrelsen, 2021-11-30.

Ett syfte med BBIC är att skapa struktur och systematik i arbetet så att handläggning och insatser lättare kan följas upp.⁸⁴ Arbetssättet är alltså en del i hur socialsekreterare arbetar, och påverkar därmed hur de arbetar. BBIC är, betonar BBIC-samordnare på Socialstyrelsen, ”en ram och ett stöd” och ger inte en heltäckande beskrivning av krav som ställs på handläggning och dokumentation i socialtjänsten utan måste kompletteras med annan kunskap. BBIC är anpassat efter socialtjänstens regelverk.

Enligt BBIC-konceptet skulle socialtjänsten redan före de här utvärderade lagändringarna verka för att få till stånd en hälsoundersökning och undersökning av tandhälsan för alla barn och unga som ska placeras, eller nyligen har blivit placerade.⁸⁵ År 2006 tillkom t.ex. ett stöddokument som hette Anvisningar för läkarundersökningar. Det togs bort 2015 och ersattes av Utlåtande från hälso- och sjukvården respektive tandvården, men det togs bort i samband med att den nya föreskriften beslutades 2019.

I BBIC-strukturen finns i dag följande stöd för samverkan med hälso- och sjukvården:

- Konsultation med BVC och elevhälsan
- Konsultation med tandvård
- Konsultation med barnets pågående vårdkontakter
- Begäran om hälsoundersökning.

Det har gjorts flera förändringar i BBIC kopplade till ny lagstiftning och nya föreskrifter. I figur 4 ges exempel på ändringar som berör socialtjänstens arbete och som tagits upp i intervjuerna.

Figur 4 Tidslinje över ändringar i BBIC som berör socialtjänstens och vårdgivarens hantering av hälsoundersökningar

2006	”Anvisningar för läkarundersökningar” tillkom.
2015	”Anvisningar för läkarundersökningar” ersattes av: ”Utlåtande från hälso- och sjukvården” ”Konsultation med BVC och elevhälsa” ”Konsultation med tandvård” ”Konsultation med barnets pågående vårdkontakter”.
2019	”Utlåtande från hälso- och sjukvården” togs bort.
2020	”Begäran om en hälsoundersökning enligt HSLF-FS 2019:19” tillkom.

Källa: Socialstyrelsen. Egen bearbetning.

I det följande beskrivs hur hanteringen av hälsoundersökningarna praktiskt går till lokalt och vilka frågor som kan väckas i respektive steg. Beskrivningen baseras på vad som framgår av nationella och lokala regler och rutiner för hälsoundersökningar samt på intervjuer med företrädare för de berörda verksamheterna i fallstudielänet. Deras utsagor ställs också i relation till de perspektiv som företräds av representanter för Socialstyrelsens arbete med BBIC (Barns

⁸⁴ Socialstyrelsen (2018).

⁸⁵ Socialstyrelsen (2015).

behov i centrum)⁸⁶ och i förekommande fall till utvecklingsledarna. Beskrivningen ger exempel på hur riktlinjer och vägledningar tolkas lokalt och i olika verksamheter.

4.3 Missförstånd vid begäran om hälsoundersökning

När socialtjänsten i fallstudiekommunen bedömt att en hälsoundersökning ska erbjudas görs en begäran om hälsoundersökning, med hjälp av en mall från BBIC. Av stödet Begäran om hälsoundersökning framgår att regionen är skyldig att erbjuda hälsoundersökning och att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska tillämpas. Barnsjuksköterskor vid barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i fallstudieregionen tar emot begäran om hälsoundersökningar och bokar in en tid för hälsoundersökning av läkare. De lägger också in en notering till läkaren om vem de kan ringa inför hälsoundersökningen så att de kan få information om barnets eller den unges situation.

I gruppintervjun med barnsjuksköterskorna uppger de att de behöver ”en frågeställning” eller ”en remiss” från socialtjänsten. En sådan motsvaras av den Begäran om hälsoundersökning som BBIC lanserade den 30 november 2020. Denna var dock inte införd i socialtjänstens system ett år senare, då intervjun genomfördes. Rutinen hos socialtjänsten var i stället att man ska använda sig av en begäran som finns inom BBIC för LVU-placeringar. Att det saknades en Begäran om hälsoundersökning för frivillig placering enligt SoL lyftes i intervjun fram som ett problem.⁸⁷

Det innehåll som Socialstyrelsen kommunicerar som stöd till socialtjänsten och sjukvården ger vägledning men uppges också ha skapat förvirring om vad det är för undersökning de ska samverka kring. En av utvecklingsledarna lyfter fram att socialsekreterare blandar ihop hälsoundersökningar med inte bara läkarundersökningar enligt LVU respektive hälsoundersökningar för asylsökande, utan också med själva utredningsmaterialet som socialsekreterare tar fram utifrån BBIC.⁸⁸ Vårdgivaren vill i stället veta inom vilket lagrum som undersökningen ska göras.

När socialtjänsten kontaktar vårdgivaren för att begära en hälsoundersökning finns det därför delvis olika förväntningar på den andra parten. Ur en barnsjuksköterskas perspektiv kan det låta som följer när socialsekreterare kontaktar dem:

Vad är det för remiss, frågar socialtjänsten. Ja, det vet ju inte jag vad ni har för remiss, utan vi vet bara hur vårt PM ser ut. Och så kommer det fel remiss till oss. Och det ser olika ut från gång till gång. Är det en hälsoundersökning de frågar om eller är det bara journalkopior de behöver?⁸⁹

⁸⁶ BBIC innehåller en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av myndighetsutövningen för den sociala barn- och ungdomsvården och är anpassat efter rådande regelverk (Socialstyrelsens webbplats).

⁸⁷ Gruppintervju med socialsekreterare i fallstudiekommunen 2021-10-12.

⁸⁸ Utvecklingsledare 16.

⁸⁹ Gruppintervju med barnsjuksköterskor i fallstudieregionen 2021-10-04.

Ur en socialsekreterares perspektiv kan det i stället låta så här:

När man ringer och ska boka in en tid för läkarundersökning så vet inte all sjukvårdspersonal vad för typ av undersökning vi vill ha, om vi säger att vi vill boka in en hälsoundersökning enligt BBIC – det har de ingen aning om vad det är.⁹⁰

Det kan alltså uppstå viss begreppsförvirring, missförstånd om vad det är för riktlinjer som ska tillämpas i situationen samt missförstånd om huruvida det rör sig om en begäran eller endast en konsultation som socialsekreteraren efterfrågar.

Om hälsoundersökningen ska genomföras i ett annat län behöver socialsekreteraren dessutom först ta reda på var hälsoundersökningen ska göras eftersom det är olika vem som utför dem i olika regioner. I praktiken kan socialsekreteraren behöva kontakta länsjukhuset i det län där barnet ska placeras, som i sin tur får ta reda på om det är en vårdcentral eller en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning som socialsekreteraren ska skicka begäran till. När det gäller ungdomar på HVB- eller Sis-hem kan man i stället ta hjälp av personalen där för att ta reda på vart man ska vända sig i respektive region.⁹¹ Det finns också en uppdaterad kontaktlista på SKR:s webbplats⁹², men den skulle behöva spridas mer, enligt handläggare på SKR.⁹³

Länsvisa överenskommelser underlättar endast i de fall det rör sig om barn som ska hälsoundersökas i samma län som de är folkbokförda i. Det är därför värt att notera att citaten ovan präglas av att en barnsjuksköterska har kontakt med socialsekreterare från flera olika län (med olika överenskommelser) och kommuner (med olika rutiner och olika versioner av BBIC). Den bild som socialsekreterare har av vårdgivarna i sin tur, speglar också det faktum att de har kontakt med vårdgivare från flera regioner, vilka har olika överenskommelser. Cirka 20 procent av de undersökningar som registrerades i fallstudie-regionen under 2020 gjordes på barn eller unga som var folkbokförda utanför länet.⁹⁴ För socialtjänsten i fallstudiekommunen uppskattas andelen kontakter med vårdgivare utanför den egna överenskommelsen vara betydligt högre.⁹⁵

4.4 Oklarheter i verksamheterna om hälsoundersökningens innehåll

Den 1 januari 2020 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet i kraft som tydligare specificerar vad hälsoundersökningen ska innehålla. Av den framgår att undersökningen ska omfatta fysisk,

⁹⁰ Gruppintervju med socialsekreterare i fallstudiekommunen 2021-10-12.

⁹¹ Intervju med socialtjänstchefer i fallstudiekommunen, 2021-08-30.

⁹² Se <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/barn-halsa/halsoundersokningarplaceradebarn/kontaktuppgifterforhalsoundersokningarplaceradebarn.19177.html>, hämtad 2022-03-22.

⁹³ E-post från handläggare, SKR, 2022-03-02.

⁹⁴ Uppgifter från fallstudieregionen, 2021-10-07.

⁹⁵ Uppgifter från fallstudiekommunen, 2021-11-22.

psyisk och oral hälsa och att även tecken på förekomst av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning ska uppmärksammas.⁹⁶ Ett meddelandeblad (nr 1/2020) togs också fram som ger information till kommuner och regioner om innebörden av de nya föreskrifterna. Föreskriften innebär ett förtydligande av hälsoundersökningarnas innehåll. Trots förtydligandet framgår det också av intervjuerna med utvecklingsledarna att det förekommer förvirring inom socialtjänsten om vad den nya mer omfattande hälsoundersökningen enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet innebär i förhållande till den mindre omfattande läkarundersökningen enligt 32 § LVU. Den senare ska genomföras innan socialnämnden gör en ansökan om vård enligt LVU.⁹⁷ Flera som intervjuats pratar om s.k. BBIC-undersökningar, både i kommunen, i regionen och bland utvecklingsledarna. Exakt vad man lägger in i begreppet skiljer sig dock åt mellan olika kommuner och regioner, eftersom de kan ha olika versioner av BBIC.

Den mer omfattande hälsoundersökningen ska följa upp tidigare insatser inom hälso- och sjukvården, som t.ex. vaccinationer och syn- och hörseltest, uppmärksamma fysisk och psykisk ohälsa samt identifiera oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem.⁹⁸ Den har alltså ett förebyggande och kompensatoriskt medicinskt syfte. Den ska ges till samtliga barn och unga i samband med placering, alltså till barn som placeras inom ramen för LVU såväl som inom ramen för SoL.

Den mindre omfattande läkarundersökningen som görs inför vård enligt LVU går under benämningen ”skyndsam läkarundersökning” i en region och ”flygande besiktning” i en annan, och den syftar till att identifiera sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som kan ha betydelse för placeringen av barnet eller den unge. En läkarundersökning som görs inför vård enligt LVU har ett smalare syfte och ersätter alltså inte en hälsoundersökning.

Olika regioner har och har haft olika ambitionsnivå i vad som ska ingå i en hälsoundersökning. Vår genomgång av de olika riktlinjerna i länen visar att det är tyngdpunkt på den somatiska hälsan i de hälsoundersökningar som genomförs i landet.

Flera regioner arbetade med att få till stånd mer omfattande hälsoundersökningar redan innan lagändringarna började planeras. I fallstudieregionen har man i cirka 15 år jobbat för att göra en mer omfattande undersökning av barn som vårdas enligt LVU eftersom man varit kritisk till omfattningen och kvaliteten i undersökningen.⁹⁹ Frågor som inte definieras under LVU, menar en barnläkare, är t.ex. hur barnet mår och vad barnet har för behov, om det finns tecken på att barnets hälsobehov har åsidosatts tidigare, om barnet inte är

⁹⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19).

⁹⁷ Det finns även en tredje lagreglerad hälsoundersökning, nämligen den som avses i 7 § lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det har dock inte framkommit i intervjuerna att den blandas ihop med de hälsoundersökningar enligt lagen som kom 2017, så den behandlas inte i denna rapport. Andelen asylsökande som hälsoundersöks är också betydligt fler än för de andra undersökningar enligt SKR:s kartläggning.

⁹⁸ Prop. 2016/17:59 s. 33–35.

⁹⁹ Intervju medicinskt ledningsansvarig läkare i fallstudieregionen, 2021-10-01.

vaccinerat eller har växt dåligt eller hur barnet själv beskriver hur det mår. Han ställer sig till och med frågande till om LVU-undersökningarna borde finnas över huvud taget, sett ur medicinsk synvinkel, eftersom det mycket sällan finns några hinder för placering av hälsomässiga skäl.¹⁰⁰

Den efterfrågade informationen går att få in på annat sätt, menar han, t.ex. genom en snabb konsultation med en skolsköterska eller BVC-sköterska. Utöver att LVU-undersökningarna uppges sakna värde ur medicinskt perspektiv pekar han också på att förekomsten av flera undersökningar leder till risk för förväxling. Vidare menar han att det inte heller är effektivt eller lämpligt för barnet att först göra ett mindre omfattande läkarbesök inför en eventuell placering och sedan göra den mer omfattande i ett senare skede.

Utifrån dessa resonemang har man i fallstudieregionen valt att genomföra en mer omfattande hälsoundersökning, när man ändå träffar barnen. Om det behövs ett skyndsamt läkarbesök som en del i underlaget *inför* beslut om en placering ska hälsoundersökningen alltså kunna ersätta det. Samtidigt är han medveten om att tillvägagångssättet kan ”ha rört till det” och att det därigenom bidragit till att det är svårt att förstå vad som är vad.¹⁰¹

Flera av utvecklingsledarna i landet instämmer i läkarens bild av innehållet i LVU-undersökningen. Bilden bekräftas också i en minnesanteckning i akten inför Socialstyrelsens beslut om nya föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar. Där pekar t.ex. en enhetschef i en kommuns individ- och familjeomsorg på att det i utlåtanden från de hälsoundersökningar som görs i samband med LVU ofta står ”utan anmärkning” och inget annat.¹⁰²

Hälsoundersökningarna är således mer omfattande än läkarundersökningarna enligt LVU men kan också uppfattas vara *för* omfattande. Verksamhetschefen för barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i fallstudieregionen menar att de innebär ett ”orimligt uppdrag” utifrån de förutsättningar som regionen har. Den ansvarige läkaren instämmer och menar att det t.ex. är svårt att få en bild av den psykiska hälsan på de 60 minuter som regionen avsatt för hälsoundersökningar, och särskilt om inte barnet är öppet och berättar. Han uttrycker också frustration i att behöva bedöma ett barns psykiska och orala hälsa utan att ha med en psykolog eller tandläkare. Hälsoundersökningen är därför begränsad till att bedöma barnets funktionsnivå, om barnet kan ta sig till skolan och om barnet sover och äter. Självdestruktivt beteende eller missbruk är exempel på saker som däremot kan vara svåra att fånga utan psykologisk kompetens, menar läkaren.

Regionens hälsoundersökningar, formulerade i egna pm, har en omfattning som enligt läkaren i fallstudieregionen liknar Socialstyrelsens föreskrift. Socialstyrelsens stödmaterial *BBIC Anvisningar för läkarundersökningar*¹⁰³ som kom 2006 har väglett arbetssättet. Materialet är framtaget av en barnhälsovårdsläkare och är sedan reviderat av Socialstyrelsen i samråd med en skol-

¹⁰⁰ Intervju medicinskt ledningsansvarig läkare i fallstudieregionen, 2021-10-01.

¹⁰¹ Intervju med ansvarig läkare i fallstudieregionen, 2021-10-01.

¹⁰² Socialstyrelsen (2018). Dnr 4.1-13129/2018.

¹⁰³ BBIC Anvisningar för läkarundersökningar är en bilaga kopplad till Riktlinje Hälsoundersökning inför placering eller socialtjänstens utredning och kom 2006.

läkare samt Svenska Barnläkarföreningen. Som framgick av figur 4 togs materialet bort 2015. Länken till materialet finns inte längre på regionens webbplats (men kan ändå hittas via en annan regions webbplats).

Enligt en socialsekreterare i fallstudiekommunen ser man inte alltid att det är ett tillräckligt stort mervärde att göra en hälsoundersökning som bara omfattar den fysiska hälsan och som t.ex. saknar en psykologisk utredning (även om det finns exempel på när hälsoundersökningen lett till upptäckt av tidigare okända medicinska problem som därigenom kunnat hanteras). Nästan alla barn och unga över tio år som placeras skulle ha behov av neuropsykiatriska utredningar och mer omfattande undersökningar skulle öka motivationen att begära hälsoundersökningar, menar han.¹⁰⁴ Två utvecklingsledare i två andra län har också tagit upp att socialsekreterare i deras län uppfattar hälsoundersökningarna – såsom de utförs i länet – som för smala.¹⁰⁵

En läkare i Uppsala som intervjuats utifrån den omfattning på undersökningarna som regionen har håller delvis med om resonemanget att hälsoundersökningarna behöver vara omfattande för att de ska uppfattas ge mervärde. Han ifrågasätter dock att det bara är neuropsykiatriska besvär som man behöver utreda. Barnet kan ha en problematik som grundar sig i trauma, som han menar att även barn- och ungdomspsykiatri är dåliga på att diagnostisera.

Bristen på tillgång till barn- och ungdomspsykiatri var något som nämndes redan i direktivet till utredningen som låg till grund för lagändringarna. I direktivet framhölls bl.a. att det saknas kunskap om hur hälso- och sjukvårdsfrågor ska hanteras, vilket leder till att unga på de särskilda ungdomshemmen har svårt att få adekvat hjälp, särskilt från barn- och ungdomspsykiatri.¹⁰⁶ Regeringen ansåg att bestämmelsen om hälsoundersökning var en viktig del för att säkerställa att placerade barn får en god vård inom ramen för samhällets ansvar.

4.5 När är en undersökning obehövlig?

I socialtjänstlagen framgår att socialnämndens skyldighet att underrätta regionen om att ett barn eller en ung person ska erbjudas en hälsoundersökning är villkorad. Om hälsoundersökningen bedöms vara ”obehövlig” faller nämndens skyldighet bort.¹⁰⁷

I förarbetena till lagen framgår exempel på när en hälsoundersökning kan bedömas som obehövlig. Ett är när barnet eller den unge genomgått en hälsoundersökning det senaste året. Ett annat exempel är om barnets eller den unges placering förväntas bli mycket kortvarig. Ett tredje exempel är när barnet eller den unge redan erbjudits en hälsoundersökning med stöd av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Den hälsoundersökning som

¹⁰⁴ Besök på socialkontoret i fallstudiekommunen, 2021-12-13–2021-12-14.

¹⁰⁵ Utvecklingsledare 8 och 15.

¹⁰⁶ Dir. 2012:79 s. 6.

¹⁰⁷ 11 kap. 3 a § SoL.

barnet eller den unga har genomgått i sådant fall behöver motsvara den hälsoundersökning som avses generellt för placerade barn och unga.¹⁰⁸

Den lokala rutinen i fallstudielänet fastställdes efter att lagen trätt i kraft, men innan Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd trätt i kraft. Av rutinen framgår det att om socialsekreteraren bedömer att det finns brister eller oro kring barnets hälsa, *kan* det bli aktuellt att en hälsoundersökning ska genomföras. Det framgår vidare att om socialsekreteraren bedömer att det inte finns någon oro behöver ingen hälsoundersökning göras, utan man kan i stället utgå från konsultationsdokumentet.

Rutinen som gällde vid intervjutillfället i oktober 2021 medförde alltså att alla barn och unga inte behöver en hälsoundersökning om det redan finns god kunskap om barnets hälsa, exempelvis om en skolsköterska inom elevhälsan som känner ett barn har gjort ett grundligt hälsosamtal i sjuan kan det vara så att en hälsoundersökning inte behövs. I de hälsosamtalen, menade läkaren i fallstudieregionen, tittar man på psykosociala symptom, huvudvärk och magvärk, skolnärvaro, skolprestationer och barnets egna utsagor om hur han eller hon mår. Om det hälsosamtalet var välgjort och nyligen genomfört och inte ger upphov till oro kunde man alltså bedöma att en hälsoundersökning inte behövdes.

Alla elever i grundskolan, grundsärskolan och specialsolan ska enligt skollagen erbjudas minst tre hälsobesök och i gymnasieskolan minst ett hälsobesök. I dessa ingår att bedöma elevens allmänna hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inläring. Målet är att tidigt upptäcka elever i behov av stöd eller insatser i något avseende.¹⁰⁹

Den mindre strikta tillämpningen av regelverket som fallstudielänet använder är en rest av det gamla arbetssättet som fanns innan föreskriften kom på plats. Det innebär att socialsekreterarnas egna bedömningar av barns behov påverkar när en hälsoundersökning ska göras. Socialsekreterare kan t.ex. göra bedömningen att hälsoundersökningar inte ger det underlag som behövs för att ge barnet tillgång till barn- och ungdomspsykiatri och därmed anse att den är obehövlig. De kan också göra bedömningen att en hälsoundersökning inte kommer att ge mer kunskap om barnets hälsa än den som redan finns, t.ex. genom de ordinarie BVC-kontrollerna och tandvård, eller elevhälsans hälsosamtal.

Flera utvecklingsledare är kritiska till att socialsekreterarna gör egna bedömningar av när man har tillräcklig kunskap om barnets hälsa.¹¹⁰ Det är t.ex. svårt att avgöra om barnets problem beror på arv eller miljö och familjeförhållanden, och det är något som behöver diskuteras mellan professionerna för att få en gemensam förståelse över verksamhetsgränserna, menar en utvecklingsledare.¹¹¹

¹⁰⁸ Prop. 2016/17:59 s. 33–35 och 51.

¹⁰⁹ Socialstyrelsen och Skolverket (2016) s. 127.

¹¹⁰ Exempelvis utvecklingsledare 6, 14 och 19.

¹¹¹ Utvecklingsledare 19.

Förståelsen byggs också upp genom samtal med barnet. I en intervju med en ung person som varit familjehemsplacerad under flera år lyfte hon fram att det tagit för lång tid för henne att få en psykiatrisk diagnos. Det är först på senare år, med hennes nuvarande socialsekreterare, som hon upplever att BUP och socialtjänsten försökt lära känna henne och att de tidigare bara ”letade fel”.¹¹² Förståelse för barnets eller den ungas perspektiv behövs alltså också, utöver ovan nämnda förståelse över verksamhetsgränserna.

4.6 Vårdgivaren inhämtar underlag

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om hälsoundersökningar som trädde i kraft den 1 januari 2020 ska vårdgivaren först hämta in underlag från förlossningsvården, elevhälsan, barnhälsovården, tandvården, barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet och barn- och ungdomsmedicinsk verksamhet. Vårdgivaren ska också hämta in underlag från socialnämndens personakt om barnets eller den unges fysiska, psykiska och orala hälsa. Detta underlag ska ge en bild av barnets eller den unges hälsohistoria, tidigare behandlingar och eventuell ohälsa. Syftet är att vårdgivaren ska få en så heltäckande bild som möjligt av vilka behov barnet eller den unge kan ha och hur pass omfattande hälsoundersökningen behöver vara.¹¹³

Det har funnits mycket diskussioner bland utvecklingsledarna och i fallstudielänet om vem det är som ska begära in de underlag som behövs inför en hälsoundersökning, och särskilt vid utomlänsplaceringar.¹¹⁴ Det enda socialtjänsten behöver ta fram, som barnsjuksköterskorna i fallstudieregionen har uppfattat det, är det underlag som regionen själva inte kan ta fram, dvs. journalanteckningar från BVC och elevhälsan. Barnsjuksköterskorna behöver också veta om journalen ska vara låst, och att socialtjänsten förmedlar tiden för besöket till de som ska vara med.

För socialsekreterarna som intervjuats var bilden dock en annan, nämligen att det är olika dokument som vårdgivaren vill ska skickas in. Såväl socialsekreterare som utvecklingsledare har nämnt situationer där socialtjänsten i kontakt med vårdgivaren om vem som ska inhämta underlag eller annat frågar ”Hur vill ni ha det?” och får svaret ”Vad behöver ni?”. Socialsekreterarna har kontakt med vårdgivare inte bara i den egna regionen utan med andra som i sin tur har andra överenskommelser och rutiner. Dessa rutiner kan vara utformade efter Socialstyrelsens föreskrift men kan också vara äldre än så. Socialsekreterarnas bild av vilken dokumentation vårdgivaren behöver speglar inte bara den egna regionen utan vårdgivare i hela landet.

Vilken information som vårdgivaren ska hämta in från socialtjänstens personakt väcker många frågor. Av förarbetena till föreskriften framgår att för-

¹¹² Intervju med ung person som varit boende i flera olika familjehem, 2021-12-14.

¹¹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19).

¹¹⁴ Intervju med socialtjänstchefer i fallstudiekommunen 2021-08-30, samt återkommande tema i intervjuer med utvecklingsledarna.

kunskapen om barnets häsohistoria och annan bakgrund är viktig för att kunna anpassa och utföra undersökningen på ett bra sätt i det enskilda fallet. Det framgår dock inte vilken aktör som ska samla in underlaget.¹¹⁵

I fallstudielänets överenskomna rutiner för hälsoundersökningar finns länkar till de tre konsultationsdokumenten i BBIC som nämndes ovan. Konsultationsdokumenten, framgår det av rutinerna, ger stöd i vad socialsekreteraren kan ta upp inom ramen för en konsultation med BVC, elevhälsan eller tandvården. Konsultationsstödet innehåller frågor om barnets fysiska och psykiska hälsa som socialsekreteraren kan ställa till den personal som har god kontakt med barnet. Frågorna kan med fördel användas som stöd vid en intervju. Frågorna rör exempelvis tidigare hälso- och sjukvård och vaccinationer, barnets känslor och beteende samt föräldrarnas förmåga. Den som konsulteras ska vidare, utifrån sin kännedom om barnet, också göra en sammanfattande bedömning av om barnet är i behov av stöd från socialtjänsten eller någon annan verksamhet.

4.7 Samtycke när vårdgivaren genomför hälsoundersökning

När underlagen är inhämtade ska, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, en läkare eller sjuksköterska genomföra hälsoundersökningen utifrån de inhämtade underlagen och samtal med barnet. Det som kan uppstå i detta skede är att det kan vara svårt att motivera barnet eller den unge att medverka, att barnet eller den unge inte kommer på utsatt tid och att socialsekreteraren då måste boka om tiden. Många ungdomar vill inte bli hälsoundersökta, menar socialsekreterare i fallstudiekommunen, särskilt om de själva inte upplever att de har ohälsa.

Det har uppstått många frågetecken kring vad som gäller för inhämtande av samtycke till hälsoundersökningar från vårdnadshavare. Socialsekreterare i fallstudiekommunen lyfter fram att de upplever oklarheter gällande inhämtande av samtycke från vårdnadshavare (och den unge om han eller hon fyllt 15 år) om insatser som är beslutade. Det är t.ex. oklart vilka blanketter som vårdnadshavare ska fylla i för att medge samtycke, vad som ska göras om man inte får tag i vårdnadshavarna och hur samtycke går till när det handlar om tvångsvård. För hälso- och sjukvården är frågan om samtycke inget problem, menar barnsjuksköterskorna i fallstudieregionen, eftersom ”samtycke” anses finnas när en person kommer på en undersökning. Det krävs inget formellt samtycke. Det är framför allt att få till ett samtycke från vårdnadshavare som socialtjänsten upplever som ett problem. En utvecklingsledare i ett annat län menar att socialsekreterare med denna bild verkar blanda ihop beslutade insatser inom socialtjänsten (insatser som kan genomföras i öppenvård och frivilliga placeringar) med vem som ska inhämta samtycke till inhämtande av uppgifter och till hälsoundersökning. Att initiera en hälsoundersökning är inte en

¹¹⁵ Socialstyrelsen (2019a).

”beslutad insats” från socialtjänstens sida. Dessutom, menar utvecklingsledaren, finns det inget formkrav på samtycke vare sig inom socialtjänsten eller hos vårdgivare – ett samtycke kan vara antingen skriftligt eller muntligt (muntligt kan dokumenteras i journal). Andra gånger samtycker vårdnadshavaren, barnet eller den unge inte till behövlig vård, vilket kan leda till en ansökan om tvångsvård enligt LVU. Utvecklingsledaren menar däremot att det är oklart vad man kan, får och bör göra i samband med att ett barn t.ex. är placerat på hemlig ort och vårdgivare inte alls ska kontakta vårdnadshavare för samtycke till inhämtande av uppgifter eller samtycke till undersökning.¹¹⁶

4.8 Vårdgivaren gör ett utlåtande till socialtjänsten

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar ska vårdgivaren, utifrån den genomförda hälsoundersökningen, göra en bedömning av barnets fysiska, psykiska och orala hälsotillstånd, samt bedöma om det finns tecken på funktionsnedsättningar. Bedömningen ska också omfatta barnets vårdbehov. Den ska vidare dokumenteras i ett utlåtande som socialnämnden ska få ta del av, om det inte finns hinder enligt bestämmelser om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659). Hur utlåtandet utformas beskrivs inte närmare i föreskriften, men av BBIC framgår att det bör utformas på ett sätt så att socialtjänsten, som saknar odontologisk och medicinsk kompetens, kan förstå och få en bild av barnets eller den unges hälsotillstånd, eventuella funktionsnedsättningar och vårdbehov.¹¹⁷

Av fallstudielänets rutin för hälsoundersökning, som beslutades under våren 2020, framgår det att man kan använda ett BBIC-stöd som heter Utlåtande till socialtjänsten från hälso- och sjukvård om man anser att man behöver ett skriftligt svar på frågorna som ställs vid konsultationen eller resultatet av en hälsoundersökning. Detta BBIC-stöd togs bort i samband med att föreskrifter och allmänna råd beslutades 2019. Läkaren i fallstudielänet har inte använt sig av detta utlåtande som stöd till läkarundersökningen, utan ett BBIC-dokument som fanns mellan 2006 och 2015 och hette ”Anvisningar för läkarundersökningar”. Läkaren i fallstudieregionen menar att det gav en bra vägledning i vad som skulle ingå i en undersökning. Det fanns vid intervjun planer på att göra ett dokument utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, och även det äldre materialet.¹¹⁸

Läkarna behöver vägledning i vad de ska ta upp i hälsoundersökningarna för att det ska passa in i socialtjänstens handläggning och uppföljning. I brist på sådan vägledning har de behövt fråga socialsekreterarna om vad det är de vill ha ut av hälsoundersökningen, vilket i sin tur har varit svårt för socialsekreterarna att svara på och därmed skapat den förvirring som redovisats tidigare i kapitlet.

¹¹⁶ Utvecklingsledare 11.

¹¹⁷ Dokumentationsstöd BBIC 3.4, s. 49.

¹¹⁸ Intervju med ansvarig läkare i fallstudieregionen, 2021-10-01.

4.9 Sammanfattande iakttagelser

Sammanfattningsvis uppstår det flera oklarheter när hälsoundersökningar ska genomföras i samverkan mellan socialtjänsten och vårdgivaren. Figur 5 sammanfattar de exempel på oklarheter som framkommit i fallstudien och som beskrivits ovan.

Några av dessa beror på att nationella och lokala regler och rutiner inte är samstämmiga. Andra kan bero på att det saknas insyn i varandras verksamhet hos socialsekreterare och de personalkategorier inom hälso- och sjukvården som ska samverka för att barnet eller den unge ska få en hälsoundersökning och därefter vård, möter barnet eller den unga, förmedlar underlag, bokar tider, och planerar och genomför hälsoundersökningar

Figur 5 Exempel på oklarheter som uppstått i samband med genomförande av hälsoundersökningar

Inhämtande av uppgifter från vården	Hur och vem hanterar sekretess? Vem ska hämta in underlag? Vilket underlag behövs? Är uppgifter inhämtade inom ramen för socialtjänstens utredning samma som vårdgivaren vill ha inför genomförande av hälsoundersökning?
Bedömning av uppgifter från vården	När är en hälsoundersökning ”obehövlig”?
Begäran om hälsoundersökning	Vem i regionen ska kontaktas vid placeringar i andra län? Vad ska ingå i hälsoundersökningen? Vem inhämtar samtycke?
Utlåtande	Vad ska ingå? Hur ska det utformas? Enligt föreskriften? BBIC? Journalanteckning?

Källa: Egen sammanställning.

5 Långsam och skev implementering av lagen

Riksdagens beslut om lagändringarna kom den 1 mars 2017 och lagändringarna trädde i kraft den 15 april 2017. Utgångspunkten för Regeringskansliet är att det ska vara minst fyra veckor mellan publiceringsdag och ikraftträdande. I det fall t.ex. myndigheterna behöver vidta större förberedelsearbete kan tiden behöva vara väsentligt längre än fyra veckor. I detta fall ansågs det angeläget att lagen trädde i kraft så snart som möjligt.¹¹⁹

Den 16 mars 2017 utfärdade regeringen förordningen (2017:212) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. I denna förordning gavs Socialstyrelsen ett bemyndigande att meddela ytterligare föreskrifter om hälsoundersökningar enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Först den 27 augusti 2019 beslutade Socialstyrelsen om föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Dessa föreskrifter kom ut från trycket den 26 september 2019 och trädde i kraft den 1 januari 2020, dvs. drygt 2 år och 7 månader efter att lagändringarna hade trätt i kraft. I sammanhanget kan även nämnas att Socialstyrelsens konsekvensutredning¹²⁰ som låg till grund för föreskrifterna färdigställdes i maj 2019 och skickades ut på remiss i juni samma år – inför Socialstyrelsens beslut om föreskrifterna i augusti. Det dokumentationsstöd som Socialstyrelsen därefter tog fram inom ramen för BBIC med anledning av den nya föreskriften publicerades den 30 november 2020, dvs. elva månader efter att föreskriften hade trätt i kraft.

Nedan beskrivs några av de iakttagelser och observationer som gjorts inom ramen för intervjuer m.m. som gäller svårigheter i implementeringen av lagändringarna som beskrivits i utvärderingens tidigare kapitel.

5.1 Långsam implementering

Det råder konsensus bland utvecklingsledarna och handläggarna på SKR att det inte var tydligt när lagen kom vad som förväntades av regionerna och kommunerna om vad som var respektive huvudmans ansvar.¹²¹ Föreskrifterna från Socialstyrelsen har förtydligat ansvaret men det tog lång tid innan det blev tydligt, och det är fortfarande inte tydligt överallt.

Utvecklingsledaren i ett län där primärvården ansvarar för hälsoundersökningarna säger att det har varit ”våldigt, väldigt segt” att få ut informationen till hälso- och sjukvården, och att regionens och kommunens ansvar blev

¹¹⁹ E-post från Socialdepartementet, 2022-03-08, se även prop. 2016/17:59 s. 48.

¹²⁰ Dnr 4.1.640/2019.

¹²¹ Detta togs upp i merparten av intervjuerna samt i intervju med två handläggare på SKR, 2022-02-21.

tydligt först under våren 2021. Då blev det tydligt att det enda ansvar som socialtjänsten har är att initiera en hälsoundersökning i samband med placering och att ”resten” är hälso- och sjukvårdens ansvar, dvs. att inhämta samtycke från vårdnadshavare, rekvirera samtliga journaler, genomföra hälsoundersökningen och skicka utlåtande. Tidigare tolkades det som att dessa uppgifter låg på socialtjänsten.¹²² En annan utvecklingsledare instämmer i att det gått långsamt, och att det dröjde till våren 2021 innan man förstod skillnaden mellan den mer omfattande hälsoundersökningen och den mindre omfattande läkarundersökning som görs enligt LVU.¹²³

Alla socialförvaltningar har inte den senaste versionen av BBIC. Det finns, enligt Socialstyrelsens BBIC-samordnare, sju leverantörer och nio system som används i kommunerna och det tar tid för alla kommuner att uppdatera till den senaste versionen. It-leverantörer gör inte uppdateringar per automatik, utan kommunerna måste själva ta initiativ. Det innebär att gamla dokument ”spökar” för socialtjänsten.¹²⁴ Det finns olika versioner av BBIC-stödet i olika kommuner, och gamla texter som inte längre gäller finns utspridda i landet. Söker man på nätet går det lätt att hitta gamla versioner av stödet. Det märks på de frågor som kommer in till Socialstyrelsen, menar en BBIC-samordnare på Socialstyrelsen.¹²⁵ Det finns en medvetenhet om detta i länen. I Västra Götalands län har man t.ex. hanterat problemet med att ladda upp gällande rutiner för begäran om hälsoundersökning på den läns gemensamma samverkansportalen, för de av deras 49 kommuner som inte har en aktuell version.¹²⁶ SKR har ett beställarnätverk som arbetar med detta. BBIC-samordnarna menar att det förbättrar kommunikationen men att det ändå finns skillnader.¹²⁷

Förekomsten av olika versioner innebär att det förekommer motstridiga uppgifter för socialsekreterarna om vem som har ansvar för att ta in uppgifter från olika vårdgivare inför en hälsoundersökning. I fallstudielänet används t.ex. begreppet BBIC-undersökning både hos regionen och i kommunen, och syftar på det stöd som fanns innan föreskriften fanns. Att socialsekreterare använder ett stöd som inte är uppdaterat innebär alltså en risk för att den nya lagen och den nya föreskriften förblir okänd. Socialstyrelsen är medveten om denna problematik och betonar att BBIC är ett stöd för att underlätta och ge struktur åt arbetet. Att kommunerna uppger att de jobbar *utifrån* BBIC och inte att de jobbar *med stöd och hjälp* av BBIC illustrerar problematiken, menar BBIC-samordnaren på Socialstyrelsen. Hon poängterar att det är regelverket, handböcker och vägledningar som styr, inte BBIC.

Under 2021 har SKR genomfört tolv länsdialoger där innebörden i Socialstyrelsens föreskrifter kommunicerats. En utvecklingsledare menar att det var först då ”polletten trillade ner” och att det krävdes hjälp av en jurist på Socialstyrelsen att tolka vad föreskriften innebär för respektive huvudmans ansvar i

¹²² Utvecklingsledare 3.

¹²³ Utvecklingsledare 11.

¹²⁴ Intervju med Socialstyrelsens BBIC-samordnare, 2021-11-30.

¹²⁵ Intervju med Socialstyrelsens BBIC-samordnare, 2021-11-30.

¹²⁶ Intervju med utvecklingsledare i Västra Götalands län.

¹²⁷ Intervju med Socialstyrelsens BBIC-samordnare, 2021-11-30.

dessa olika moment. Det stödet borde ha kommit inför att det kommer en ny lag, menade hon.¹²⁸ Flera utvecklingsledare ger en likande bild och nämner också SKR:s länsdialoger som centrala för att förstå implikationerna av föreskriften.¹²⁹ Två representanter för SKR delar också denna bild. En av dem poängterar att förändringar behöver göras med försiktighet, eftersom ”varje gång man gör om något tar det tre år innan det får skruv i verksamheterna”.¹³⁰

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningarna togs fram av en arbetsgrupp inom myndigheten bestående av två jurister, en med kunskap om socialtjänstjuridik och en med kunskap om hälso- och sjukvårdsjuridik, en utredare med kunskap om barn- och ungdomsfrågor inom socialtjänsten, en tandläkare och en barnläkare. Arbetsgruppen byggde, enligt projektledaren, föreskriftsarbetet på det som hade kommit fram i gruppens besök och möten med kommuner, regioner och andra aktörer, litteratur samt den konsekvensutredning som gjordes inom ramen för arbetet.

Föreskriften är en s.k. verkställighetsföreskrift, dvs. den avser tillämpningsföreskrifter av rent administrativ karaktär, som i och för sig kompletterar en lag i materiellt hänseende men inte tillför något väsentligt nytt åliggande på socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Enligt uppgift från projektledaren för föreskriftsarbetet har tiden mellan det att lagändringen trätt i kraft till att föreskriften funnits på plats inte avvikit från arbetet med många andra föreskrifter.¹³¹ I en kommentar till ett utkast till denna rapport lyfter Socialstyrelsen fram att föreskriftsarbetet gick väldigt snabbt när det påbörjades, och att det var prioriterat när det pågick. Men, menar Socialstyrelsen vidare, föreskriftsarbeten måste ta tid om de ska ha en god kvalitet. Exempelvis ska underlag samlas in, analyseras, bedömas och förankras, och beslut ska fattas och remisser ska hanteras.¹³²

I en handbok i författningsskrivning upprättad i Statsrådsberedningen anges att en myndighets författning i de flesta fall bör komma ut i så nära anslutning till den överordnade författningen som möjligt.¹³³ Vidare framgår av handboken att myndigheten redan före riksdags- eller regeringsbeslut kan förbereda sitt författningsarbete genom att följa behandlingen av det utredningsbetänkande och den proposition som kommer att ligga till grund för lagen och hålla kontakt med den handläggare i departementet som svarar för beredningen av ärendet.¹³⁴

Det framgår inte av någon diarieförd handling hos Socialdepartementet om och i så fall hur denna fråga har kommunicerats med Socialstyrelsen. Medarbetare från tiden för framtagandet av propositionen (2016/17:59) arbetar inte längre kvar vid enheten, och Socialstyrelsen företrädde av en expert i den utredning som låg till grund för lagstiftningen (SOU 2015:71). Regeringen kan

¹²⁸ Utvecklingsledare 3.

¹²⁹ Exempelvis utvecklingsledare 6, 9 och 14.

¹³⁰ Intervju med handläggare, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022-02-21.

¹³¹ Telefonsamtal med jurist på Socialstyrelsen, 2021-11-09.

¹³² E-post från Socialstyrelsen, 2022-03-09.

¹³³ Ds 1998:43 s. 35.

¹³⁴ Ds 1998:43 s. 35.

lämna ett myndighetsuppdrag om att ta fram föreskrifter, vilket dock är ovanligt.¹³⁵ Tiden det tar att ta fram verkställighetsföreskrifter beror på flera saker, enligt Socialstyrelsen, t.ex. vad frågan gäller, vilka kontakter myndigheter behöver ha med berörda aktörer och vilket kunskapsunderlag de har på området när arbetet sätter igång.¹³⁶

Konstitutionsutskottet har tidigare uttalat att uppsikten över myndigheters normgivning i första hand får anses ankomma på regeringen¹³⁷ och att det därför är viktigt att regeringen fortlöpande följer myndigheternas normgivning och tar de initiativ som framstår som motiverade.¹³⁸

I sammanhanget kan även nämnas att det i samsjuklighetsutredningens delbetänkande (som rör ett jämförbart område med komplex samverkan) föreslås att det ska gå mer än två år mellan riksdagsbeslut om förslagen och bestämmelsernas ikraftträdande. Utredaren menar att det är tid som behövs för att kunna planera förändringen och vidta nödvändiga utvecklingsinsatser.¹³⁹

5.2 Skev implementering

En föreställning som återkommer i intervjuerna är att bestämmelserna inte tillräckligt tydligt pekar på regionernas ansvar. Flera utvecklingsledare anser att ett för stort ansvar lagts på socialtjänsten att implementera en lag som pekar på en skyldighet som hälso- och sjukvården har, att det ”landar på kommunerna på något sätt”.¹⁴⁰ En utvecklingsledare uttrycker det som att ”det föll på oss att informera regionen om att det var deras föreskrift”.¹⁴¹ Det är bakvänt, menar de, att det fallit på socialsekreterare att informera regioner om deras egen föreskrift och om att det är en skyldighet att erbjuda en hälsoundersökning. Det är vidare problematiskt att, i förekomna fall, bli ifrågasatt och åtsagd att det inte finns tider för den begärda undersökningen.¹⁴²

Information om den nya lagen kommer ofta från utvecklingsledarna, varav en menar att det är en brist att regionerna inte ”haft samma input”.¹⁴³ En anledning till att regionen hamnat efter, menar en annan utvecklingsledare, är att regionen saknar de ”kringfunktioner” som behövs för att informera om den nya lagen.¹⁴⁴ En annan anledning kan vara att det framgår tydligare i SoL än vad det gör i HSL vilket ansvar man har för att hälsoundersökningarna genomförs.¹⁴⁵ Lagen matchar inte regionens sätt att arbeta, säger en utvecklingsledare.¹⁴⁶

¹³⁵ E-post från Socialdepartementet, 2022-03-08.

¹³⁶ E-post från Socialstyrelsen, 2022-03-09.

¹³⁷ Bet. 1980/81:KU25 s. 14.

¹³⁸ Bet. 2011/12:KU10 s. 55.

¹³⁹ SOU 2021:93 s. 603 f.

¹⁴⁰ Utvecklingsledare 9.

¹⁴¹ Utvecklingsledare 2.

¹⁴² Utvecklingsledare 3.

¹⁴³ Utvecklingsledare 7.

¹⁴⁴ Utvecklingsledare 9.

¹⁴⁵ Utvecklingsledare 9.

¹⁴⁶ Utvecklingsledare 16.

Regionerna har sedan start också varit med i mindre utsträckning i implementeringsarbetet, även om de är det i högre utsträckning sedan Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd trädde i kraft den 1 januari 2020.¹⁴⁷ Sveriges Kommuner och Regioner har haft en central roll i att samordna implementeringen via sitt nätverk av utvecklingsledare inom den sociala barn- och ungdomsvården. SKR gjorde ett strategiskt val när lagen kom och fokuserade initialt på socialtjänsten för att implementera ändringarna. Bedömningen, enligt en handläggare på SKR, var att kommunerna inte initierar hälsoundersökningar i tillräckligt hög utsträckning. Det har funnits kritik mot att SKR fokuserat på socialtjänsten i implementeringen och handläggaren tillstår att det delvis var en felbedömning att fokusera på socialtjänsten.

Regionernas ansvar för placerade barns hälsa blev tydligare i och med att föreskriften kom. I de länsdialoger som SKR höll under 2021 var regionrepresentanter med i större utsträckning. Frågorna som tas upp med regionerna i dag är samma som SKR tog upp med socialtjänsten tidigare, exempelvis vem som ska göra vad, vad det innebär att regionerna ska inhämta samtycke och när samtycke behövs respektive inte.¹⁴⁸ Frågor om hur regionernas större ansvar ska hanteras i regionerna har också kommit upp. I ett län har det exempelvis inneburit att regionen inlett ett internt arbete för att kunna möta föreskriftens intentioner och de utökade arbetsuppgifter som den innebär för regionen. Utifrån nuvarande förutsättningar finns inte möjlighet och utrymme att klara uppdraget, menar utvecklingsledaren.¹⁴⁹

Socialstyrelsen arbetar annorlunda för att nå ut med ny lagstiftning eller föreskrifter i regionerna än i kommunerna. Föreskrifter till hälso- och sjukvården sprids genom Socialstyrelsens meddelandeblad. Därefter förväntas regionerna sprida den till de som berörs, menar Socialstyrelsens BBIC-samordnare. Socialstyrelsens meddelandeblad med föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av placerade barn och unga skickades ut i januari 2020 till alla kommunstyrelser, socialtjänstens individ- och familjeomsorg samt samtliga regioner.¹⁵⁰ BBIC-samordnarna på Socialstyrelsen är medvetna om att föreskriften inte är spridd. En läkare på en primärvård kanske får en sån här hälsoundersökning under hela sitt yrkesliv, menar samordnaren. Frågan om hälsoundersökningar är på så vis en mindre fråga för hälso- och sjukvården, menar de. Det blir en diskrepans eftersom man, enligt en av BBIC-samordnarna inom Socialstyrelsen, inom socialtjänsten lever i föreställningen att alla tänker på placerade barn.¹⁵¹

Hur lagen och föreskriften kommunicerats i regionerna som helhet går inte att bedöma utifrån det underlag som rapporten bygger på. I fallstudielänet, däremot, har föreskriften kommunicerats till regionen via länets utvecklingsledare. Enligt verksamhetschefen för barn- och ungdomsmottagningarna finns

¹⁴⁷ Intervju med handläggare, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022-02-21.

¹⁴⁸ Intervju med handläggare, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022-02-21.

¹⁴⁹ Utvecklingsledare 15.

¹⁵⁰ Se <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-1-6546.pdf>, hämtad 2022-02-24.

¹⁵¹ Intervju med Socialstyrelsens BBIC-samordnare, 2021-11-30.

det information om dem på regionens intranät och i regionens processer. Frågan uppges också ha lyfts på läkarmöten och arbetsplatsträffar.¹⁵²

I sammanhanget kan nämnas att frågan om Socialstyrelsens respektive SKR:s roll i implementeringsfrågor togs upp i en rapport¹⁵³ från Riksrevisionen 2017. Riksrevisionen bedömde att Socialstyrelsen gjort en väl restriktiv tolkning av sitt uppdrag som rådgivare till kommuner och (dåvarande) landsting. Detta innebär att Socialstyrelsen fick en undanskymd roll i arbetet med att stödja huvudmännen i implementeringsfrågor. Riksrevisionens mening var att regeringen i första hand borde använda Socialstyrelsen för att förverkliga sin politik.

5.3 Andra möjliga källor till implementeringsproblem

Såväl den bakomliggande utredningen som regeringen föreslog att skyldigheten att erbjuda en hälsoundersökning skulle regleras i en egen lag. Av remissvaren till utredningen framgick att i vart fall två av regionerna hade invändningar i den delen. Stockholms läns landsting uppfattade inte att det var tydligt att det verkligen behövdes en ny lag och Västmanlands läns landsting ansåg att de aktuella lagbestämmelserna om en ny hälsoundersökning borde arbetas in i LVU respektive SoL i stället för i en egen lag. Som framgick ovan landade regeringen i en annan bedömning än de nämnda landstingen. Den ansåg att det inte fanns någon annan lämplig lag där regionens skyldighet för målgruppen kunde regleras. Att införa bestämmelser som rör regionens skyldigheter i SoL eller LVU ansåg inte regeringen var lämpligt. Inte heller ansåg regeringen att det var lämpligt att föra in bestämmelsen i en målinriktad ramlag som HSL, bl.a. eftersom det handlar om en begränsad grupp av människor.¹⁵⁴

I rapporten från SBU (se kapitel 1.2) som färdigställdes i juni 2018 ifrågasattes om lagens krav var tillräckliga för att stärka barns rätt till hälsa. Dels för att det inte finns krav på att hälsoundersökningen ska utföras av en läkare, dels för att det inte finns krav på att barnets tandstatus ska kontrolleras, och slutligen för att initiativet till hälsoundersökningen fortfarande ska komma från socialnämnden, eftersom det är den myndighet som har det övergripande ansvaret för barnet.

Enligt den professor i offentlig rätt tillika docent i socialrätt som medverkade i SBU:s rapport är avsaknaden av en reglering i HSL en bidragande anledning till att bestämmelserna om de nya hälsoundersökningarna fått ett svagt genomslag. I en intervju utvecklar hon resonemanget och säger att det skulle kunna framgå tydligare i HSL (och även tandvårdslagen) att det finns krav på hälsoundersökning för placerade barn. I dessa lagar saknas nu sådana hänvisningar. Hon anser att sådana hänvisningar till den nya lagen skulle tydliggöra

¹⁵² Intervju med verksamhetschef för barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i fallstudieregionen, 2021-09-06.

¹⁵³ Se RiR 2017:3 (som behandlades av socialutskottet i bet. 2017/18:SoU4).

¹⁵⁴ Prop. 2016/17:59 s. 34.

att det är regionens skyldighet. Som jämförelse pekar hon på 5 kap. 8 § HSL där det finns en hänvisning till SoL i fråga om bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd.

Det finns enligt professorn i offentlig rätt även andra omständigheter som bidrar till att kopplingen till hälso- och sjukvården blir svag. I SBU-rapporten, i vilken hon medverkade, konstaterades vad gäller de här utvärderade lagändringarna bl.a. ”att det i begreppet hälsoundersökning inte finns krav på en undersökning av läkare. Regionen har alltså inte det primära ansvaret i detta första led. Lagens nuvarande utformning ger därmed knappast någon garanti för att en genomgående medicinsk undersökning kommer att verkställas för alla barn och unga som placeras”.¹⁵⁵ Trots det sistnämnda uttalandet bör här betonas att rapportens slutsatser begränsades till att bl.a. konstatera att de nya lagändringarna behövde följas upp och utvärderas samt att det kunde finnas skäl för en förstärkt lagreglering och en stärkt tillämpning av lagen.¹⁵⁶ I sammanhanget kan även noteras – vilket inte gjordes i SBU-rapporten – att det ingick i de av riksdagen beslutade lagbestämmelserna ett bemyndigande till regeringen och den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om hälsoundersökningarna, bl.a. bestämmelser om kompetens hos personalen som genomför dessa undersökningar.

Under arbetet med att ta fram föreskrifterna gjorde Socialstyrelsen bedömningen att det varken var lämpligt eller nödvändigt att i detalj reglera vilken kompetens som krävs för att utföra hälsoundersökningarna. Regelverket ställer främst krav på hur arbetet ska utföras, menade myndigheten, inte på vem som utför det. I sammanhanget lyftes också fram att vårdgivaren och verksamhetschefen ansvarar för att vården bedrivs patientsäkert, att arbetet utförs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt att hälso- och sjukvårdspersonal i många fall har legitimation.¹⁵⁷

En tandläkare som intervjuats i ett av länen lyfter, liksom SBU-rapporten ovan, fram att inga ändringar eller tillägg gjorts i tandvårdslagen i samband med den nya lagen och de nya bestämmelserna.¹⁵⁸ Socialsekreteraren kontaktar oftast tandvården och vårdgivaren separat (med några undantag, t.ex. i Örebro län har man i större utsträckning inkluderat tandvården och kallar det för hälso- och tandhälsoundersökning). Det är dock ingen som nämnt att det är svårt att få tillgång till tandvården, så som ofta tas upp när det gäller barn- och ungdomspsykiatri. Att tandundersökning inte ingått i hälsoundersökningen behöver inte alltid betyda att tandvården inte har undersökt barnet. Men det är svårt att följa upp. I ett län har socialtjänsten vid flera av placeringarna bokat tider hos folk tandvården utan att det har skett via underrättelser.¹⁵⁹ En annan viktig skillnad – och potentiell källa till implementeringssvårigheter – mellan

¹⁵⁵ SBU (2018) s. 12.

¹⁵⁶ SBU (2018) s. 7.

¹⁵⁷ Sammanställning av remissvar på förslag om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:xx). Dnr 4.1-13129/2018.

¹⁵⁸ Intervju med strateg och övertandläkare, Folk tandvården Västra Götaland, 2022-01-28.

¹⁵⁹ E-post från utvecklingsledare 4.

tandvården och hälso- och sjukvården är att det inte finns ett riksavtal för tandvård, som det finns för hälso- och sjukvården. I dag finns det alltså inte lagstöd för att utkräva betalningsansvar för annat än akut tandvård vid utomlänstandvård. Barn som placeras i en annan region än där de är folkbokförda har inte per automatik samma rätt till tandvård i den region de befinner sig i.¹⁶⁰

Slutligen kan här kort konstateras att regionerna var – såvitt har kunnat utläsas från propositionen – förhållandevis mindre positiva till lagförslaget om den nya hälsoundersökningen.¹⁶¹ Till skillnad från regionerna tillstyrkte samtliga statliga myndigheter, kommuner och intresseorganisationer som yttrat sig förslaget. Även om flertalet av regionerna också tillstyrkte hade många av dem synpunkter, varav flera rörde implementeringen eller andra praktiska aspekter.¹⁶² Exempelvis lyftes frågor om ett förtydligande av hälsoundersökningens innehåll eller om att behovet av en ny organisation för undersökningarna borde undersökas. Ett landsting villkorade sitt instämmande i förslaget om de nya hälsoundersökningarna med bl.a. att dessa skulle genomföras av en sjuksköterska inom BVC eller elevhälsan.

¹⁶⁰ Intervju med strateg och övertandläkare, Folk tandvården Västra Götaland, 2022-01-28.

¹⁶¹ Prop. 2016/17:59.

¹⁶² Prop. 2016/17:59 s. 28–29.

6 Överenskommelser är en bra början

Syftet med att införa en skyldighet att ingå överenskommelser mellan kommuner och regioner för placerade barn var enligt förarbetsuttalanden att stärka samverkan mellan regioner och kommuner och därigenom bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för placerade barn och unga, samt öka förutsättningarna för tidiga och samordnade insatser. Överenskommelserna ska vidare bidra till att klargöra formerna för hur barnens behov av integrerade insatser ska tillgodoses och klargöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

6.1 Överenskommelsernas innehåll

Länen skiljer sig åt på flera sätt, bl.a. i storlek, kompetens, arbetsrutiner och organisation. Att uttala sig på något meningsfullt sätt om överenskommelserna i samtliga län kräver en djupare förståelse för hur samverkan fungerar mellan olika aktörer inom respektive län. Det har inte varit möjligt inom ramen för denna utvärdering. Några mer övergripande beskrivningar av de länsövergripande överenskommelserna kan dock göras.

Överenskommelserna omfattar mellan tre och trettio sidor. Några län har breda överenskommelser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för placerade barn och unga samt överenskomna rutiner för genomförandet av hälsoundersökningar. Några län har valt att slå ihop flera överenskommelser till en mer omfattande. Dalarna har exempelvis sedan den 1 januari 2022 en överenskommelse som ersätter fem tidigare överenskommelser.¹⁶³ I Västmanland pågår ett arbete med att ta fram en hopslagen samverkansöverenskommelse om barn och unga som inkluderar samverkan om missbruk, psykisk funktionsnedsättning och/eller sammansatt social och psykiatrisk problematik och placerade barn.

Överenskommelserna kan också hänvisa till andra samverkansinstrument. I exempelvis Sörmland och Jönköping anges att om barnet eller den unge får insatser av både kommunen och regionen bör en samordnad individuell plan (SIP) erbjudas.

I samtliga överenskommelser ingår representanter för socialtjänsten och primärvården respektive barn- och ungdomsmottagningar eller barnkliniker (beroende på vem som utför hälsoundersökningarna i länet). I cirka hälften av överenskommelserna ingår tandvården och elevhälsan. Barn- och ungdoms-

¹⁶³ Länsövergripande överenskommelse om barn och unga, 0 t.o.m. 17 år med psykisk ohälsa och/eller psykisk funktionsnedsättning (giltig fr.o.m. 2017-01-01 t.o.m. 2019-12-31), Länsövergripande överenskommelse om ungdomsmottagningar (giltig fr.o.m. 2016-11-01 t.o.m. 2019-10-31), Regional samverkansrutin vid familjehemsplacering, för socialtjänst, BVC, förskola och skola (giltig fr.o.m. 2013-12-17 tills revidering är gjord), Länsövergripande överenskommelse om läkarundersökning för barn som placeras med stöd av SoL/LVU (giltig fr.o.m. 2016-01-01 tills revidering är gjord utifrån nya BBIC) samt Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning (giltig fr.o.m. 2019-02-08 till 2020-01-31).

psykiatrin förekommer i färre än hälften. Habiliteringen och ungdomsmottagningar har varit med i ett fåtal överenskommelser. I sex län har samråd skett med representanter för brukarföreningar, och i tre av länen har särskilda ungdomshem inom t.ex. Statens institutionsstyrelse (Sis) medverkat.

Fyra län har överenskommelser som tillkom innan lagändringarna 2017. Även de senare överenskommelserna innehåller hänvisningar och länkar till ”Utlåtande BBIC” som inte längre är aktuella. Samtliga överenskommelser återger vad respektive part har för ansvar enligt respektive lag. Ansvarsfördelningen i praktiska detaljer såsom vem som ska inhämta underlag och vem som inhämtar samtycke bygger på den bild av ansvaret som fanns innan Socialstyrelsen bistod med hur föreskriften ska tolkas. Ansvaret i överenskommelserna ligger fortfarande till stor del på socialtjänsten.¹⁶⁴

Av överenskommelserna framgår dock inte hur väl förankrade de är hos respektive verksamhet, och det skiljer sig sannolikt åt mellan länen. I fallstudielänet är det dock framför allt utvecklingsledaren, socialtjänsten och barnsjukvården som varit drivande i överenskommelsearbetet. Folkvandvården i fallstudieregionen har varit med i framtagandet av överenskommelsen, men verksamhetschefer i regionen har ändå låg kännedom om den. Endast i enstaka fall per år genomförs undersökningar som är initierade av socialtjänsten.¹⁶⁵

6.2 Sis-hem och brukare i skymundan

I förarbetena lyfte regeringen fram att det i arbetet med överenskommelserna är angeläget att samarbetet mellan Sis och hälso- och sjukvården uppmärksammas, och att det kan vara ”lämpligt att överenskommelserna även omfattar samverkan med SiS särskilda ungdomshem samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen kan ske”.¹⁶⁶ Många kommuner över hela landet köper in psykiatrisk och annan vård med egna medel, om tillgång till sådan vård ej ges av regionen. En viss del av institutionsvården utgör redan i dag sådan hälso- och sjukvård som är regionernas ansvar men som kommunerna i många fall har betalat för. I samsjuklighetsutredningen, som presenterades i november 2021, skattades att mellan 10 och 30 procent av vården på kommunala HVB-hem utgörs av hälso- och sjukvård.¹⁶⁷ Regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser gäller dock inte för sådana hem som bedrivs av Statens institutionsstyrelse, framgår det av samsjuklighetsutredningen. Skälet, menar utredaren, är att förändringar av ansvarsförhållanden inom den verksamheten kan få konsekvenser för rättssäkerhet och samhällsskydd och därför bör utredas i särskild ordning. I sitt remissvar inför lagändringarna som följs upp i denna rapport menar också Sis att ansvarsfördelningen mellan Sis och regionerna, inte minst

¹⁶⁴ Intervju med handläggare, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022-02-21.

¹⁶⁵ E-post från verksamhetschef för allmäntandvården i fallstudieregionen, 2021-10-06.

¹⁶⁶ Prop. 2016/17:59 s. 27.

¹⁶⁷ SOU 2021:93 s. 583.

när det gäller förhållandet mellan Sis och barn- och ungdomspsykiatri (bup), behöver tydliggöras ytterligare.¹⁶⁸

I intervjuerna med utvecklingsledare och i fallstudien återkommer frågan om kostnadsansvaret när kommuner framför allt köper medicinska insatser i samband med HVB-placeringar.

Denna bakgrund till trots visar vår genomgång av länets överenskommelser att samverkan med Sis eller HVB-hem endast förekommit i tre av länen. Samtidigt kan noteras att det saknas Sis-institutioner i nio av länen. I Västmanland har Sis ingått i en referensgrupp, och i Stockholm har Sis getts möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelsen. I Västra Götaland har man fört dialog med Sis och ett bolag ägt av kommunalförbunden som bl.a. erbjuder insatser i HVB-hem (Gryning Vård) i samband med framtagandet av överenskommelsen. Sis och Gryning Vård uppges också ha varit remissinstanser och varit delaktiga i implementeringsarbetet. I Västra Götaland pågår ett utökat samarbete mellan Sis och bup i ett projekt som heter Integrerad vård. Överenskommelsen, hälsoundersökningarna och samordnad individuell plan (SIP) har fått ett större fokus i och med projektet, menar utvecklingsledaren.

Att samverkan med Sis inte skett betyder dock inte nödvändigtvis att de unga inte blivit hälsoundersökta, menar den medicinskt ledningsansvarige läkaren i regionen, utan Sis kan ha använt sig av egna vägar och konsultläkare.¹⁶⁹

Även organisationer som företräder barn och unga eller deras närstående bör – om det är möjligt – ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Det framgår av såväl 5 kap. 1 d § SoL som 16 kap. 3 § andra stycket HSL. Av förarbetena framgår att syftet med detta lagkrav var att överenskommelserna skulle utformas utifrån intressen hos dem som har behov av tjänsterna och inte bara innehålla bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk art. Det är därför viktigt att regionerna och kommunerna anstränger sig för att få till stånd en fungerande kontakt med brukarorganisationer. Bestämmelsen innebär dock inget krav på att organisationerna ska godkänna avtalens innehåll. Vidare betonas att samrådet bör ske när det är möjligt, och av förarbetena framgick exempel på fall när så inte var fallet (t.ex. att företrädare för aktuella organisationer saknas i vissa regioner och kommuner eller att organisationernas representation är så svag att fungerande samarbetsformer inte kan upprättas).¹⁷⁰

Brukarmedverkan har förekommit i ungefär en tredjedel av länen. I Stockholm har t.ex. brukarorganisationer varit remissinstanser i framtagandet av överenskommelsen. Organisationen Storsthlm har också träffat brukarorganisationen Knas hemma, och tagit del av deras erfarenheter av hälso-, sjuk- och tandvård i samband med placering.¹⁷¹ Ett annat exempel är Dalarna, där det av överenskommelsen framgår att bups brukarråd inkluderats i referensgruppen.

¹⁶⁸ Remissmanställning för SOU 2015:71.

¹⁶⁹ Intervju med ansvarig läkare i fallstudieregionen, 2021-10-01.

¹⁷⁰ Se prop. 2008/09:193 s. 16.

¹⁷¹ E-post från utvecklingsledare, 2020-12-16.

Där framgår också att ett stormöte med ungdomsutvecklare från sex olika kommuner i länet genomförts i syfte att inhämta synpunkter om samverkan.

I Västra Götaland har en representant från paraplyorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHIG) varit adjungerad till samtliga möten när överenskommelsen togs fram, enligt utvecklingsledaren. I en intervju med representanten för NSPHIG lyfter hon fram vikten av att hälso- och sjukvården tar sig tid och gör ett ordentligt grundarbete med barnet eller den unge och att man också gör det i tid, innan barnets situation förvärras. I länet har det varit svårast att få tillgång till läkare. Hon lyfter också fram vikten av att göra arbetet mer individanpassat och inte ”tala över huvudet på barnet”.¹⁷² Resultatet av NSPHIG:s medverkan i överenskommelsearbetet har dock inte påverkat överenskommelsen i sig, men den har lett till andra resultat. Bland annat har man i länet blivit bättre på att snabbare få hjälp på plats, menar hon, och nämner t.ex. mobila team och akutteam.¹⁷³

Syftet med brukarmedverkan är inte endast att individer och grupper ska ges möjlighet att medverka utan också att de i någon omfattning ska kunna påverka insatser och verksamheter.¹⁷⁴ Brukarmedverkan, inflytande och brukarmakt är dock, enligt t.ex. SKR, något som är tidskrävande och svårt att omsätta i praktiskt handlande.¹⁷⁵ Att tre av de sex länen som uppger att de har någon form av brukarsamverkan också är landets tre största kan möjligen visa på att det kan krävas kringresurser för att ha möjlighet att bedriva det utvecklingsarbete som brukarmedverkan innebär.

6.3 Olika bilder av målgruppen hindrar samverkan

Överenskommelserna är tänkta att stärka förutsättningarna för förbättrad samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, framgår det av regeringens proposition, samt att bidra till att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, säkerställa att placerade barns och ungas behov av vård och behandlingsinsatser blir tillgodosedda samt öka förutsättningarna för tidiga och samordnade insatser.¹⁷⁶ I propositionen står det vidare att överenskommelserna bör ”utgå från berörda barns och ungas behov och syfta till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser”.¹⁷⁷

Ett hinder för samverkan som framkommit i denna utvärdering är att det finns skillnader hos de olika ingående parterna i hur man ser på målgruppens behov. Skillnaderna i synsätt hänger till viss del ihop med olikheterna i

¹⁷² Intervju med brukarrepresentant i Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHIG), 2022-03-17.

¹⁷³ Intervju med brukarrepresentant i Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPHIG), 2022-03-17.

¹⁷⁴ Socialstyrelsen (2013).

¹⁷⁵ SKR (2020b). Se även Svendsen (2016).

¹⁷⁶ Se prop. 2016/17:59 s. 39.

¹⁷⁷ Prop. 2016/17:59 s. 26.

verksamheternas lagstadgade uppdrag, där primärvårdens uppdrag är att ge första linjens vård, barn- och ungdomspsykiatrin arbetar med barnets psykiska ohälsa, barn- och ungdomsmedicin med barnets hela hälsa och socialtjänsten med barnets hela sociala situation. Elevhälsan, slutligen, ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande.

I samverkan uppstår ibland diskussioner om var gränserna för dessa uppdrag går. Inga läkare inom primärvården har intervjuats i denna rapport, men Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) har visat i sin tillsyn att primärvården ofta inte ser barn och ungdomar med psykisk ohälsa som sitt ansvarsområde utan att det är en fråga för elevhälsan eller barn- och ungdomspsykiatrin.

Barn- och ungdomspsykiatrin är en specialistverksamhet som ska ta hand om de allra mest sjuka barnen och ungdomarna och ser sig därför inte heller som den verksamhet som ska ta hand om barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.¹⁷⁸ Patienter prioriteras efter sitt medicinska tillstånd enligt hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning där den som har det största behovet ska ges företräde.¹⁷⁹ Detta framgår också av fallstudieregionens rutin för prioriteringar i öppenvården. Den medicinskt ledningsansvarige på barn- och ungdomspsykiatrin i fallstudieregionen menar att en placering i sig nödvändigtvis inte är ett akut behandlingskrävande medicinskt tillstånd. Misstänkta akut behandlingskrävande tillstånd, t.ex. psykos eller svår depression, prioriteras oavsett om det rör placerade barn eller unga eller inte, menar hon. Om läkaren i en hälsoundersökning eller annat ser något som indikerar t.ex. neuropsykiatriska funktionshinder, språkstörningar eller begåvningssvårigheter som behöver utredas på ett mer extensivt sätt skickas en remiss till bup, men det behöver inte vara något akut behandlingskrävande tillstånd.

Utifrån risk för missvisande utredningsresultat kan det vara olämpligt att genomföra en barnpsykiatrisk utredning i det socialt akuta tillstånd som ett barn som ska placeras, eller nyligen har placerats, befinner sig i. Barnpsykiatriska utredningar ska i den situationen endast genomföras om det finns ett akut medicinskt behov som behöver säkerställas eller förstås. Det är dock inte så enkelt att placerade barn alltid har det svåraste och mest behandlingskrävande medicinska eller psykiatriska tillståndet, menar den medicinskt ledningsansvarige på barn- och ungdomspsykiatrin i fallstudieregionen. Ett barn som blivit placerat och har det tryggt och stabilt i ett familjehem kan ha en bättre social situation än barn som är placeringsnära och lever i en mer utsatt social situation med t.ex. våld, menar hon.

Inom socialtjänsten har man en annan bild av barnets situation. ”Våra svårast sjuka, om vi skulle omsätta det, är ju de som är i samhällsvård”, som en enhetschef i fallstudiekommunen uttryckte det. Enhetschefen menar att man borde ha en gemensam definition mellan ansvarsmyndigheterna kring placerade barn, att de också är en högprioriterad målgrupp, eftersom samhällsvård

¹⁷⁸ Intervju med chefsöverläkare för bup, fallstudieregionen, 2021-09-14.

¹⁷⁹ 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

är en riskfaktor och för att de placerade barnen är ”svårast samhälleligt sjuka”.¹⁸⁰

Bups arbete har inte ändrats så mycket med anledning av lagändringarna. I fallstudieregionens överenskommelse som rör hälsoundersökningar nämns bup i samband med hur hälsoundersökningen ska dokumenteras. Där framgår att om en psykolog medverkat ska den ansvara för att underlag från dennes undersökning når socialsekreteraren. Det har inte framgått att psykologer är inblandade i hälsoundersökningarna. Däremot har bup fått in fler konsultationssamtal än tidigare inför placering och insatser under en utredning, när det gäller barn som bup känner till.¹⁸¹

Flera inom socialtjänsten och utvecklingsledare inom området barn och unga har frågat sig om dessa barn borde ha förtur eller liknande eftersom de kan få vänta länge på bedömning eller vård.¹⁸² Många barn hamnar i kläm i väntan på att bli utredda, menar socialtjänstcheferna i fallstudiekommunen, eftersom det finns för få psykologer på bup. Flera som intervjuats lyfter fram denna brist, och att barn får vänta länge på framför allt neuropsykiatriska utredningar framhåller en utvecklingsledare som ”inhumant”.¹⁸³

Remisser till bup kan komma från barnläkaren som gjort en hälsoundersökning, men kan också komma från socialtjänsten som skickar remiss utifrån information de fått från skolan eller familjen eller egenremisser från föräldrar och familjehem. Om det gäller neuropsykiatri eller autism går det fortare att få tid hos bup om de tidigare fått indikationer från skolan om att det finns svårigheter. Då är problemen mer belagda när remissen kommer in.¹⁸⁴

När eleven finns i skolan tvingas elevhälsan hantera elevens ohälsa utan att vare sig ha ansvar eller resurser för detta.¹⁸⁵ Elevhälsans uppdrag är främst att vara förebyggande och hälsofrämjande, enligt skollagen. I Vägledning för elevhälsan beskrivs att elevhälsoarbetet innebär en omfattande samverkan med samhällsfunktioner utanför skolan som på olika sätt har med elever och deras familjer att göra.¹⁸⁶

Utvecklingsledaren i fallstudieregionen är medveten om ovan redovisade olikheter i sätt att se på målgruppen, och förstår att det är svårt för personalgrupper inom hälso- och sjukvården att på eget bevåg besluta att frångå sjukvårdens prioriteringsordning.

¹⁸⁰ Gruppintervju med chefer inom socialtjänsten i fallstudiekommunen, 2021-08-30.

¹⁸¹ Intervju med chefsöverläkare för bup, fallstudieregionen, 2021-09-14.

¹⁸² Anteckning från Socialstyrelsens akt om föreskriftsarbetet (möte med spridningsgruppen på SKL, 8 maj 2018).

¹⁸³ Utvecklingsledare 8.

¹⁸⁴ Intervju med chefsöverläkare för bup, fallstudieregionen, 2021-09-14.

¹⁸⁵ Inspektionen för vård och omsorg (2013).

¹⁸⁶ Socialstyrelsen (2016) s. 74 f.

6.4 Kontinuerligt arbete med överenskommelser

I dag har samtliga län tagit fram en överenskommelse.¹⁸⁷ Flertalet län hade någon form av överenskommelse som omfattade placerade barn innan de nya bestämmelserna kom till. Några av dessa var överenskommelser kring psykisk ohälsa, men där placerade barn kunde sägas ingå. Flera berörde specifikt hälsoundersökningar eller läkarundersökningar inför placering, exempelvis Halland, Dalarna och Örebro.¹⁸⁸

Det finns ingen entydig bild av vilken funktion överenskommelserna har eller hur verksamma de är och har varit. Några utvecklingsledare lyfter fram att arbetet med att ta fram överenskommelserna gick och går långsamt, men att det finns ett värde i sig i att det tar tid eftersom det är komplicerade frågor. Att det drar ut på tiden är då inget problem utan behövs för att ”få in det i ryggmärgen”. Själva processen med att ta fram överenskommelserna är lika viktigt som överenskommelserna i sig.¹⁸⁹ Andra uttrycker dock frustration över att det går långsamt. En utvecklingsledare med denna uppfattning tror inte att breda överenskommelser om placerade barns hälsa är en effektiv metod och beskriver överenskommelserna som ”ganska beiga” och att de bara tar upp ”minsta möjliga gemensamma nämnare”.¹⁹⁰

Även i remissvaren på lagförslaget finns både positiva och negativa argument för lagstadgade överenskommelser. I svaren från tre regioner (Västra Götaland, Värmland och Halland) var man odelat positiva till förslaget och motiverar det med behovet av samarbete kring placerade barn, och utifrån att man anser att det skulle stärka samverkan och det tvärprofessionella arbetet.

I några regioners och kommuners svar lyftes dock kritiska synpunkter fram. I Region Skånes svar avstyrktes förslaget utifrån argumentet att staten borde

”angripa grundproblemet som utredningen också pekar på, nämligen den i sammanhanget oklara gränsdragningen mellan kommunernas och landstingens [*regionernas, vår anm.*] ansvar. Nya överenskommelser löser inte detta problem och underlättar inte heller för huvudmännens verksamhet. Det är tidskrävande att ta fram, förankra och följa upp den här typen av överenskommelser. Sektorn har i dag knappast resurser att implementera och följa upp ytterligare överenskommelser vid sidan om de som redan existerar.”

I svaret från Lindesbergs kommun motsätter man sig förslaget att ytterligare överenskommelser ska upprättas utifrån en liknande argumentation. De svarande håller dock inte med om att ansvarsförhållandena är otydliga. Problemet, menade de, var snarare att hälso- och sjukvården inte tar det ansvar som ingår i deras uppgift, trots många överenskommelser och samarbetsavtal som gjorts under många år. Socialtjänsten får i dag också ta ett ekonomiskt ansvar, då tjänster inom hälso- och sjukvården köps för dessa barn och unga. Att ha förhoppningen att nya överenskommelser och samarbetsavtal ska kunna lösa

¹⁸⁷ I Stockholms län, som varit sist ut med en överenskommelse, är den numera beslutad av samtliga ingående kommuner och gäller fr.o.m. den 1 april 2022.

¹⁸⁸ Egen genomgång av överenskommelser.

¹⁸⁹ Utvecklingsledare 17.

¹⁹⁰ Utvecklingsledare 16.

denna, för dessa barn och unga, livsavgörande fråga, menade de är ”naïvt”. För att lösa problemen med att hälso- och sjukvården inte tar sitt ansvar krävs enligt deras uppfattning en lagstiftning om sanktionsavgifter inom hälso- och sjukvården.

Tre regioner (Blekinge, Jönköping och Östergötland) lyfte i sina remissvar också fram att överenskommelser tar tid och resurser i anspråk. Region Gävleborg efterfrågade också att det utarbetas en viss övergripande styrning, t.ex. från SKR, så att överenskommelserna i stort innehåller samma gränssnitt så att barn som flyttar inte riskerar hamna i ”mellanrum”. Uppsala kommun ansåg att inriktningen bör vara utveckling av fungerande former för konkret tvärprofessionell samverkan i dagligt arbete.

Svårigheterna med att få till samverkan lyfts också fram i intervjuerna med utvecklingsledare. En menar t.ex. att samverkan kräver kontinuitet men försvåras av personalomsättning och av ”ständiga omorganisationer”. Det blir svårt, menar hon vidare, att upprätthålla rutiner, kontakter och pågående utvecklingsarbete både i den strukturella samverkan i samverkansorganisationer och runt individen som behöver samordnad vård. ”Liknande upptäckt gör vi när vi utvecklar användandet av SIP i verksamheterna”, menar hon.¹⁹¹

Det fokus som har varit på överenskommelser har ändå lett till förändring och att man ”fått upp ögonen” för placerade barns hälsa, uppger utvecklingsledare.¹⁹² Åtminstone på chefsnivå, där överenskommelserna exempelvis används för kostnadsförbindelser i samband med placering.¹⁹³ De används dels som stöd i socialtjänstens kontakter med hälso- och sjukvården i de fall då vårdgivarna inte känner till skyldigheten att erbjuda en hälsoundersökning, dels för att veta vad som bestämts om vem som ska inhämta eller förmedla något specifikt underlag. I Värmland uppges överenskommelsen framför allt ha använts som stöd i kontakter med bup, och i Gävleborg för att övertyga läkare om att en hälsoundersökning ska göras.

I fallstudielänet är de som intervjuats överens om att den största ändringen och genomslaget har skett i regionens arbete. Det var i och med överenskommelsen som det blev tydligt att det blev regionerna som skulle äga hälsoundersökningsfrågan, menar socialcheferna. Det märks i de handlingar som tas upp i socialnämndens individutskott där man följer upp barns vård och överväganden, menar en av socialcheferna. Hon tycker också att utskottets överväganden blivit tydligare avseende uppföljningen av barnets hälsobehov, särskilt vad avser motiveringarna i de fall man bedömt att man *inte* har behov av att följa upp barnets eller den unges hälsa. Den medicinskt ledningsansvarige läkaren instämmer också i att de jobbar mer med frågorna nu.

¹⁹¹ Utvecklingsledare 18.

¹⁹² Exempelvis utvecklingsledare 7.

¹⁹³ Utvecklingsledare 3.

6.5 Svårt med länsöverenskommelser eftersom barn ofta byter län

En återkommande oro bland utvecklingsledarna är att överenskommelserna inte gäller de många barn som flyttar till andra län. De kontakter med sjukvården som socialsekreterare har är inte begränsade till den region som kommunen har en överenskommelse med. Då saknas upparbetade kontakter kring dessa barn och unga eftersom samverkan styrs av andra läns överenskommelser. Det innebär att vårdgivare i en region får ta emot samtal från socialtjänsten i kommuner utanför länet, och socialtjänsten i en kommun behöver ha kontakt med fler regioner än den de själva tillhör, vilket skapar oklarheter och förvirring som tar tid att reda ut för alla inblandade.

Det saknas uppgifter om hur stor andel av barnen som är utomlänsplacerade och det skiljer sig sannolikt åt mellan olika kommuner, t.ex. beroende på om det finns många platser på Sis- eller HVB-hem i kommunen. I fallstudiekommunen uppskattar man att cirka 50 procent av familjehemsplaceringarna och cirka 70 procent av HVB-placeringarna sker utanför länet.¹⁹⁴ Av de hälsoundersökningar och LVU-undersökningar som fallstudieregionen registrerat för 2019–2020 var däremot endast cirka 20–25 procent genomförda på barn som var folkbokförda utanför länet. Den relativt stora skillnaden på kommunens uppskattning av utomlänsplaceringar och regionens uppgifter skulle kunna förklaras av att socialtjänsten i högre utsträckning avstår från att göra hälsoundersökningar på barn som placeras utanför länet jämfört med barn som placeras inom länet, eftersom det tar extra tid att se till att barnet eller den unge får en hälsoundersökning i ett annat län, där kommunen inte har upparbetade kontakter.

Problemet med konsekvenserna av att länen har olika överenskommelser är väl känt. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har försökt att underlätta genom en sammanställning på sin webbplats av vilken enhet man ska kontakta i respektive region. Information om att en sådan sammanställning finns verkar dock inte ha nått ut till fallstudieregionen, i vart fall utifrån intervjuerna som genomfördes under hösten 2021.

6.6 Ivo utövar inte tillsyn över lagen

Ytterligare en anledning till att lagstifta om överenskommelser som nämndes i förarbetena var att en skyldighet i lag också innebär att Ivo i sin tillsyn kan kontrollera att sådana överenskommelser faktiskt ingås mellan en kommun och en region.¹⁹⁵ Någon sådan tillsyn har dock inte genomförts av Ivo och enligt myndigheten fanns det i november 2021 inga planer på kommande tillsyn.¹⁹⁶ Regeringen gav ett regeringsuppdrag till Ivo i november 2020 om förstärkt tillsyn av socialtjänstens handläggning av ärenden som berör barn och

¹⁹⁴ E-post, enhetschef inom socialtjänsten i fallstudiekommunen, 2021-11-22.

¹⁹⁵ Prop. 2016/17:59 s. 26.

¹⁹⁶ E-post från Inspektionen för vård och omsorg, generaldirektörens stab, 2021-11-29.

unga och som ska slutredovisas den 12 mars 2023.¹⁹⁷ Uppdraget omfattar inte hälso- och sjukvård.

¹⁹⁷ Se Regeringskansliet (2020).

7 Utvärderings- och forskningsgruppens iakttagelser

Viktigt att lagstiftningen efterlevs

Ur det offentligas samlade perspektiv är det problematiskt att barn som är i samhällets vård har sämre hälsa än andra barn. Tidiga insatser för denna grupp är inte bara viktiga ur sociala eller medicinska perspektiv utan också ur barnrättsliga, etiska, samhällsekonomiska och kriminalpolitiska perspektiv. Erbjudanden om mer omfattande hälsoundersökningar och lagkrav på kommuner och regioner att samverka kring placerade barns och ungas hälsa är därför betydelsefulla.

Utvärderingen har klarlagt flera skäl (se nedan) till att reformen har mött utmaningar och bl.a. fördröjts. Sett till lagstiftarens ambitioner är det allvarligt att lagändringarna inte efterlevs i större och bättre utsträckning, särskilt vad gäller svårigheterna med att få till stånd hälsoundersökningarna. Oaktat detta sistnämnda är det viktigt att lagstiftningen efterlevs. Lagändringarna syftar till att skapa ökade förutsättningar för placerade barn och unga att få den hälso- och sjukvård inklusive tandvård de behöver och har rätt till. I det fortsatta arbetet är det även betydelsefullt att överenskommelserna inte bara innehåller bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk art utan utformas utifrån placerade barns och ungas intressen.

Fördröjt genomförande av nya lagen om hälsoundersökningar

De lagändringar som har utvärderats i den här rapporten trädde i kraft i april 2017. Trots att regeringen redan i mars samma år utfärdade förordningen som bemyndigade Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om den nya lagen om hälsoundersökningar dröjde ikraftträdandet av föreskriften till januari 2020. Socialstyrelsens ändringar i handläggnings- och dokumentationsstrukturen (BBIC) med anledning av den nya föreskriften kom i november 2020, dvs. först drygt tre och ett halvt år efter lagens ikraftträdande.

Regioners och kommuners arbete med dessa nya mer omfattande hälsoundersökningar påverkades negativt av frånvaron av verkställighetsföreskrifter. Det har bidragit till oklarheter i ansvarsfördelning på verksamhetsnivå och skapat onödig förvirring. Detta är allvarligt eftersom en myndighets författning i de flesta fall bör komma ut i så nära anslutning till den överordnade författningen som möjligt. Därutöver framgår av den nya lagens förarbeten att det fanns ytterligare behov om föreskrifter, t.ex. kring kompetensen hos personalen som genomför hälsoundersökningarna. Några sådana föreskrifter har dock ännu inte meddelats. I sammanhanget kan här erinras att konstitutions-

utskottet har pekat på vikten av att regeringen bl.a. fortlöpande följer sina myndigheters normgivning (se avsnitt 5.1 ovan).

Brister i statistik

Brister i och frånvaro av uppföljning och statistik över de här utvärderade hälsoundersökningarna gör att det är svårt att veta hur många undersökningar som genomförts. En gemensam kod för inrapportering av hälsoundersökningarna till Socialstyrelsens hälsodataregister fanns på plats först den 1 januari 2022, dvs. fyra år och åtta månader efter att lagen trädde i kraft. En sådan brist är allvarlig av flera skäl, men inte minst eftersom den försvårar uppföljningen av regionala och kommunala myndigheters efterlevnad av lagen. Det som inte mäts och följs upp i en verksamhet är lättare att prioritera ned.

Brister i handläggnings- och dokumentationssystem

Alla socialförvaltningar har inte den senaste versionen av Socialstyrelsens handläggnings- och dokumentationssystem (BBIC). Det finns flera leverantörer och olika system i kommunerna, vilket fördröjer uppdateringar. Ett problem med stödet och arbetssättet BBIC är dock att många kommuner uppger att de jobbar *utifrån* BBIC och inte *med stöd och hjälp* av systemet. Kunskapen om regelverket är ibland låg, vilket innebär en risk för att socialsekreterare förlitar sig i för hög utsträckning på BBIC. Kunskapsstöd behöver också uppdateras. Utvärderingen har pekat på flera exempel på oklarheter som uppstått bl.a. till följd av detta.

Utvärderingen illustrerar vidare utmaningen med att det finns en stor mängd föreskrifter och rutiner som en socialsekreterare behöver hantera inom den sociala barn- och ungdomsvården. I sådana verksamheter kan för många och för detaljerade mål eller styr signaler ge en svagare – inte starkare – styrning vilket pekar på vikten av att kunskapsstöd som utformas är aktuella och förmår förenkla handläggningen.

Bristen på barnpsykologer hindrar mer omfattande hälsoundersökningar

Olika regioner gör olika saker inom ramen för hälsoundersökningarna. I några län genomförs undersökningarna inom primärvården, i andra i specialistvården, och ytterligare andra i primär- eller specialistvård beroende på barnets eller den unges ålder. Olika regioner har olika ambitionsnivåer. En region har en ambitionsnivå i linje med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, medan andra inte har haft möjlighet att utveckla sitt arbete exempelvis på grund av brist på barnläkare, barnpsykologer eller brist på andra resurser. Om utlåtandet som lämnas från vårdgivaren efter undersökningen inte tillför socialtjänsten mer än vad som redan framkommit i konsultation med barnhälso-

vården eller elevhälsan kan det bli så att socialtjänsten inte motiveras att genomföra undersökningen.

SKR och utvecklingsledare står för en stor del av implementeringen

Arbetet i länen med att få till stånd överenskommelserna och informera om lagkravet på hälsoundersökningar har drivits med hjälp av utvecklingsledare i länen. Majoriteten av dessa har en bakgrund inom socialtjänsten och är en del av SKR:s nätverk för social barn- och ungdomsvård. Det finns en viss sårbarhet med denna ordning. Flera av utvecklingsledarnas arbete har finansierats genom tidigare statliga satsningar på barn och unga eller psykisk hälsa. Det är alltså ingen självklarhet att de är kvar och kan fortsätta arbeta med implementeringen i respektive län. Av de utvecklingsledare som intervjuats i denna uppföljning har hälften bytts ut sedan i januari 2021. Detta skapar en sårbarhet för kontinuiteten i regioners och kommuners fortsatta utvecklingsarbete. I sammanhanget kan även erinras att en granskning från Riksrevisionen pekat på problem med att SKR – i stället för Socialstyrelsen – fått ta en central roll i arbetet med att stödja huvudmännen i implementeringsfrågor (se avsnitt 5.2).

Socialtjänsten har fått ett tungt ansvar för att informera hälso- och sjukvården

Utvärderingen visar på att enskilda socialsekreterare, SKR:s handläggare och nätverk för den sociala barn- och ungdomsvården samt Socialstyrelsens arbete med BBIC varit centrala för att informera hälso- och sjukvården om de mer omfattande hälsoundersökningarna. Liknande strukturer för att bedriva förändringsarbete inom hälso- och sjukvårdens olika sektorer saknas. Detta bidrar sannolikt till svårigheterna att få till stånd de mer omfattande hälsoundersökningarna för barn och unga i samhällsvård.

Överenskommelser finns men är inte alltid kända och brukarinflytandet saknas

Alla län har tagit fram överenskommelser om placerade barn och unga. Lagstiftarens intention med överenskommelserna var att förbättra samverkan mellan flera aktörer. Brukarinflytandet (dvs. möjligheten för organisationer som företräder barn och unga eller deras närstående att lämna synpunkter på överenskommelsernas innehåll) som nämns i lagen är dock lågt, vilket är särskilt allvarligt då lagstiftaren uttryckligen pekat på värdet av denna samverkan. Givet de stuprör som finns skulle brukarinflytandet kunna bidra till att målgruppsanpassa verksamheterna bättre.

Arbetet med att ta fram överenskommelserna har satt ljuset på samverkan kring placerade barns hälsa och bidragit till att samverkan har kommit till

stånd, framför allt på högre nivå. Däremot kvarstår samverkansproblem mellan de olika professioner som möter barn och unga. Överenskommelserna verkar inte heller vara kända eller särskilt styrande för de som arbetar närmast barnen och de unga. Många av de som intervjuats inom ramen för utvärderingen har även uttryckt tvivel om överenskommelser som samverkansstrategi, t.ex. innebär det faktum att barn ofta flyttar från länet en hämmande aspekt. Några utvecklingsledare lyfter fram att överenskommelserna inte är tillräckligt styrande för att lösa samverkansproblemen. Liknande resonemang har förts i samband med uppföljning av liknande överenskommelser för andra målgrupper. Dock verkar arbetssättet BBIC ha en styrande effekt.

Samverkan – och fortsatt utbildning – behövs bland praktikerna

Samverkan sker främst på en övergripande strategisk nivå, mellan chefer för olika verksamheter och utvecklingsledare. Det praktiska arbetet är dock delegerat till professionerna som har direkt kontakt med barnet eller den unga personen. Det saknas forum för möten mellan socialsekreterare och läkare eller sjuksköterskor som utför undersökningarna. Utvärderingen pekar på vikten av att fortsätta arbeta för att förbättra kontaktytorna mellan organisationerna. Huvudmännen skulle eventuellt kunna överväga att t.ex. skapa gemensamma tvärprofessionella team mellan socialsekreterare, arbetsledare, sjuksköterskor och läkare för att öka förståelsen för varandras begreppsvarld, arbetsområden och kommunikation, för att i högre grad möjliggöra en reell samverkan och bättre personkännedom mellan yrkesgrupper. I sammanhanget kan här erinras om Samsjuklighetsutredningens bedömning i november 2021 att de här aktuella överenskommelserna tycks ha utvecklats i en positiv riktning men att dessa inte i tillräcklig utsträckning löser de samverkansproblem som kan uppstå kring enskilda individer.

En annan viktig iakttagelse i utvärderingen är att det alltså bland flera utförare råder bristande kunskap om lagändringarna och att det görs olika lokala tolkningar av dessa. Fortsatt information och utbildning för berörda professioner är således viktigt.

Arbetet med hälsoundersökningarna går för långsamt framåt

Andelen barn och unga som blivit hälsoundersökta verkar öka, om än långsamt. Fortfarande hälsoundersöks en väsentligt mindre andel barn och unga placerade med stöd av SoL jämfört med LVU-placerade barn och unga. Ett annat problem är att den psykiska och orala hälsan undersöks i väsentligt mindre utsträckning än den somatiska. Gruppen ser allvarligt på att arbetet med breda hälsoundersökningar av placerade barn och unga inte kommit längre trots att de nya lagkraven funnits på plats i över fem år.

Det finns dock ett stort engagemang på kommunal, regional såväl som nationell nivå. Kunskapen om de lagstadgade mer omfattande hälsoundersökningarna har ökat och arbetet med att ta fram nya eller revidera gamla överenskommelser pågår. Även om det har dröjt så har samtliga län i dag överenskommelser på plats. Socialstyrelsen arbetar under våren 2022 t.ex. med en förstudie om hälsokort (standardiserad hälsoinformation) samt med att ta fram stödmaterial till socialtjänst och hälso- och sjukvård kring samverkan om hälsa. Därutöver uppdateras Socialstyrelsens material om samverkan för barn i behov av insatser från flera aktörer. Myndigheten undersöker just nu även hur man kan presentera statistik kring placerade barns skolgång och hälsa. Men, arbetet med att ge placerade barn och unga den hälso- och sjukvård de har rätt till har gått för långsamt framåt.

Är bristerna del av en större problematik?

Avslutningsvis konstaterar gruppen att flera brister har präglat genomförandet av en angelägen reform för utsatta barn och unga. Gruppen vill i detta sammanhang nämna reglerna för samordnad individuell plan (SIP) som socialutskottet tidigare utvärderat (2017/18:RFR5). Utvärderingen visade bl.a. att för gruppen äldre var SIP fortfarande relativt okänd i verksamheterna. I rapporten belystes vissa hinder för implementeringen av lagstiftningen, varav flera har likheter med det som framkommer i den nu aktuella utvärderingen. Det gäller exempelvis bristande kunskap om lagstiftningen och brist på relevanta personalresurser, otydlig ansvarsfördelning som försvårar samverkan mellan berörda aktörer, begränsad brukarmedverkan och förvirring som kan uppstå då det finns för många planer. Enligt gruppen skulle det kunna övervägas om det finns ett behov av en större översyn när det gäller frågor om implementering av lagstiftning under liknande omständigheter. Det är givetvis angeläget att den lagstiftning som riksdagen beslutat om också tillämpas. Även om frågan om huruvida – och i så fall hur – en sådan översyn ska genomföras lämpligen bör övervägas i ett annat större sammanhang vill gruppen här aktualisera den.

Intervjuer, möten och telefonsamtal

Myndigheter och experter	Datum	Funktion
Sveriges Kommuner och Regioner	2021-06-15	Data och analys
Sveriges Kommuner och Regioner	2022-02-21	Handläggare, barn och unga
Sveriges Kommuner och Regioner	2022-02-21	Handläggare, barn och unga
Socialstyrelsen	2022-01-24	Patientregistret
Socialstyrelsen	Aug/sept	Jurist, föreskriftsarbetet
Socialstyrelsen	2021-11-29	
Socialstyrelsen	2021-11-30	BBIC-samordnare
SBU	2021-12-20	Utredare
Statskontoret	2021-12-16	Utredare
Barnläkare, Uppsala	2022-01-19	
Tandläkare, Västra Götaland	2022-01-28	
Forskare	2021-12-20	Professor i offentlig rätt
Nationell samverkan för psykisk hälsa Göteborg	2022-03-17	Brukarrepresentant
Utvecklingsledare i regionerna		
Örebro	2021-11-22	
Jämtland Härjedalen	2021-11-26	
Gävleborg	2021-11-26	
Jönköping	2021-11-29	
Sörmland	2021-12-02	
Västmanland	2021-12-02	
Kalmar	2021-12-02	
Norrbottnen	2021-12-03	
Gotland	2021-12-06	
Dalarna	2021-12-07	
Västerbotten	2021-12-07	
Skåne	2021-12-08	
Värmland	2021-12-10	
Blekinge	2021-12-20	
Uppsala	2021-12-21	
Kronoberg	2022-01-03	
Västernorrland	2022-01-11	
Halland	2022-01-19	
Stockholm	2022-01-21	
Västra Götaland	2022-01-24	
Östergötland	2022-01-26	

Fallstudien

Socialförvaltningen, fallstudiekommunen	2021-10-12	Fyra socialsekreterare
Socialförvaltningen, fallstudiekommunen	2021-08-30	Tre chefer och gruppleddare
Socialförvaltningen, fallstudiekommunen	2021-12-13	Studiebesök två dagar
Två placerade ungdomar	2021-12-14	
Elevhälsan	2021-11-15	Verksamhetschef
Primärvården	1–5 oktober	Verksamhetschef och två klinikchefer (e-post)
Barn- och ungdomsenheten, fallstudie- regionen	2021-10-01	Medicinskt ledningsansvarig läkare
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning	2021-10-04	Tre barnsjuksköterskor
Barn- och ungdomsenheten, fallstudie- regionen	2021-09-06	Verksamhetschef
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken	2021-09-14	Chefsöverläkare
Tandvården	2021-09-15	Klinikchef och verksamhets- chef
Samverkansorgan för region och kommun	2021-06-29	FoU-ledare
Samverkansorgan för region och kommun	2021-06-17	Beredningsansvarig för överenskommelse
Fallstudieregionen	2021-10-06	Statistik om hälsoundersök- ningar
Fallstudieregionen, staben hälso- och sjuk- vård	2021-12-08	Processstöd, utredare

Referenser

Riksdagstryck

Betänkande 1980/81:KU25 *med anledning av statsrådets tjänsteutövning och regeringsärendenas handläggning.*

Betänkande 2005/06:KU21 *Riksdagen i en ny tid.*

Betänkande 2011/12:KU10 *Granskning av statsrådets tjänsteutövning och regeringsärendenas handläggning.*

Betänkande 2016/17:SoU11 *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

Framställning 2005/06:RS3 *Riksdagen i en ny tid.*

Proposition 2008/09:193 *Vissa psykiatrirfrågor m.m.*

Proposition 2009/10:80 *En reformerad grundlag.*

Proposition 2012/13:10 *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*

Proposition 2012/13:175 *Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.*

Proposition 2016/17:59 *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

Riksdagsskrivelse 2016/17:156.

Forskning, myndighetsrapporter m.m.

Alexius, Susanna (2021). *Att leda komplexa uppdrag.* Idealistas förlag.

Arbetsmiljöverket (2018). *Socialsekreterares arbetsmiljö.*

Axelsson, Runo och Axelsson, Susanna Bihari (red.) (2013). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd.* Studentlitteratur.

Bringselius, Louise (red.) (2018). *Styra och leda med tillit. Forskning och praktik.* Forskningsantologi från SOU 2018:38.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber.

Czarniawska, Barbara och Sévon, Guje (red.) (1996). *Translating organizational change.* Berlin: Walter de Gruyter.

Dir. 2012:79 *Översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, m.m.*

Ds 1998:43 *Myndigheternas föreskrifter – Handbok i författningsskrivning.*

Inspektionen för vård och omsorg, *Remissyttrande över Socialstyrelsens förslag till vägledning för elevhälsan*, 2013.

Inspektionen för vård och omsorg, *Sociala barn- och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården*, S2019/01922/FS.

Johansson, Roine (2002). *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen – en skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling*. Studentlitteratur.

Kazemi, Baharan och From, Sofi (2021). *Placerade barn och ungas tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård i Stockholms län*. Rapport av FoU Nordväst i Stockholms län. Rapport 2021:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården*. Rapport 2017:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Social kompetens: Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten*.

Rapport från riksdagen 2017/18:RFR5 *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*. Socialutskottet (2018).

Regeringskansliet (2014). *Godkännande av en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2014*, S2013/8804/FST.

Regeringskansliet (2017). *Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid*. Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården.

Regeringskansliet (2020). *Uppdrag om förstärkt tillsyn av socialtjänstens handläggning av ärenden som rör barn och unga*, S2020/08835.

Riksrevisionen (2017). *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RiR 2017:3.

SBU (2018). *Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård – en systematisk litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter*. SBU utvärderar. Rapport 289/2018.

SBU (2020). *Stöd till unga som ska flytta från placering i social dygnsvård. En systematisk översikt*. SBU-rapport nr 316.

Socialstyrelsen (2015). *Från enskilt ärende till nationell statistik*.

Socialstyrelsen och Skolverket (2016). *Vägledning för elevhälsan*.

Socialstyrelsen (2018). *Grundbok i BBIC – Barns behov i centrum*.

Socialstyrelsen (2019a). *Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*. Dnr 4.1.640/2019.

Socialstyrelsen (2019b). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*.

Socialstyrelsen (2019c). *Sammanställning av remissvar avseende förslag om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:xx)*. Dnr 4.1-13129/2018.

Socialstyrelsen (2021a). *Guide till handböcker och annat stöd för den sociala barn- och ungdomsvården*.

Socialstyrelsen (2021b). *Redovisning av stimulanssatsningen för stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården 2016–2020*. S2016/04469/FST, 2021-05-25.

Socialstyrelsen (2021c). *Insatser för att stärka läkarspecialiteten socialmedicin. Utredning om det kan vara ändamålsenligt att genomföra ändringar i specialitetsindelningen och målbeskrivningarna för socialmedicin*.

Socialstyrelsen (2022) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Lägesrapport 2022.

SOU 2015:71 *Barns och ungas rätt till tvångsvård. Förslag till ny LVU*.

SOU 2021:93 *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

Stranz, Hugo, Bergmark, Åke och Lundström, Tommy (2019). *På olika villkor? Extern samverkan inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg*. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2019:2.

Svensson, Arne och Lenefors, Lina (2016). *Utvärdering av satsningen på regionala utvecklingsledare inom den sociala barn- och ungdomsvården*, den 1 juli 2016.

Svensson, Kerstin och Svensson, Lennart G (2021). ”Styrning och autonomi i samspel”, i Bringselius, Louise (red.) (2021), *Tillit och omdöme. Perspektiv på tillitsbaserad styrning*. Studentlitteratur.

Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Läkarundersökning inför placering av barn och unga*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Hälsoundersökningar för placerade barn – Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn*.

Tarschys, Daniel (2006). ”Mål utan mening? Om orderstyrning i landet där allt är prioriterat”, i Lemne, Marja (red.), *Förvaltningens byggstenar – rapport från ett seminarium*. Statskontoret.

Vinnerljung, Bo och Hjern, Anders (2018). *Health care in Europe for children in societal out-of-home care*. Rapport till EU-kommissionen från MOCHA – Models of Child Health Appraised. London: MOCHA/Imperial College.

Webbplatser

www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/. Hämtad den 4 februari 2022.

<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/verksamhetsutvecklingochledarskap/yrkesresan.32120.html>. Hämtad den 9 mars 2022.

<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/barnshalsa/halsoundersokningarplaceradebarn/kontaktuppgifterforhalsoundersokningarplaceradebarn.19177.html>. Hämtad den 22 mars 2022.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-1-6546.pdf>. Hämtad den 24 februari 2022.

2019/20:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 24 september 2019
2019/20:RFR2	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Seminarium om livslångt lärande
2019/20:RFR3	KULTURUTSKOTTET Att redovisa resultat
2019/20:RFR4	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Regeringens resultatredovisning för UO15 och UO16 – utbildningsutskottets uppföljningar 2012–2018
2019/20:RFR5	FINANSUTSKOTTET Hur påverkas den finansiella stabiliteten av cyberhot, fintech och klimatförändringar? En översikt av forskning, aktörer och initiativ
2019/20:RFR6	NÄRINGSUTSKOTTET Uppföljning av beslutet att bilda Sveriges export- och investeringsråd
2019/20:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet den 29 januari 2020. Fintech och cyberhot – Hur påverkas den finansiella stabiliteten?
2019/20:RFR8	ARBETSMARKNADSPOLITISKA UTSKOTTET, KULTURUTSKOTTET, SOCIALFÖRSÄKRINGSPOLITISKA UTSKOTTET, SOCIALUTSKOTTET, UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Offentlig utfrågning på temat psykisk hälsa i ett Agenda 2030-perspektiv
2019/20:RFR9	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Öppen utfrågning inför den forskningspolitiska propositionen
2019/20:RFR10	TRAFIKUTSKOTTET Mobilitet på landsbygder – forskningsöversikt och nulägesbeskrivning
2019/20:RFR:11	KONSTITUTIONSPOLITISKA UTSKOTTET Forskarhearing om den representativa demokratis utmaningar i polariseringens tid
2019/20:RFR:12	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga utfrågning om överskuldssättning
2019/20:RFR:13	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken 10 mars 2020

2020/21:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2020
2020/21:RFR2	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Uppföljning av tillämpningen av gymnasireglerna
2020/21:RFR3	NÄRINGSUTSKOTTET Sveaskogs samhällsuppdrag om markförsäljning – en uppföljning
2020/21:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Artificiell intelligens – Möjligheter och utmaningar för Sverige och svenska företag
2020/21:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Punktlighet för persontrafik på järnväg – en uppföljning
2020/21:RFR6	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Digitalt seminarium om uppföljningen av tillämpningen av gymnasireglerna den 26 november 2020
2020/21:RFR7	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Lantbrukets sårbarhet – en uppföljning
2020/21:RFR8	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Risker i kölvattnet efter covid19-pandemin
2020/21:RFR9	SOCIALUTSKOTTET Digital offentlig utfrågning med anledning av Coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorgen under pandemin
2020/21:RFR10	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 16 mars 2021
2020/21:RFR11	CIVILUTSKOTTET Uppföljning av lagen om kollektivtrafikresenärers rättigheter – hur har lagen fungerat för resenärerna?
2020/21:RFR12	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om järnvägens punktlighet
2020/21:RFR13	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens rapport Redogörelse för penningpolitiken 2020
2020/21:RFR14	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om rapporten Lantbrukets sårbarhet – en uppföljning
2020/21:RFR15	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2021
2020/21:RFR16	SOCIALUTSKOTTET Digital offentlig utfrågning om sjukdomen ME/CFS och infektionsutlöst trötthetssyndrom
2020/21:RFR17	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Nyheter i sociala medier – en forskningsöversikt av användning och effekter ur ett medborgarperspektiv

2021/22:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 19 oktober 2021
2021/22:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om precisionsmedicin
2021/22:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Sårbarheter och motståndskraft i ekonomin i ljuset av ökande skulder hos hushåll och kommersiella fastighetsföretag
2021/22:RFR4	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av Riksbankens penningpolitik 2015–2020
2021/22:RFR5	FINANSUTSKOTTET Evaluation of the Riksbank’s Monetary Policy 2015–2020
2021/22:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 3 mars 2022
2021/22:RFR7	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Uppföljning av nyanländas etablering –arbetsmarknadsstatus med särskilt fokus på kvinnorna
2021/22:RFR8	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Uppföljning och utvärdering av tillämpningen av utskottsinitiativ
2021/22:RFR9	KULTURUTSKOTTET Uppföljning av delar av den svenska friluftslivspolitiken
2021/22:RFR10	NÄRINGSUTSKOTTET Innovationskritiska metaller och mineral – en forskningsöversikt