

När barnets rättigheter är hälso- och sjukvårdens skyldighet

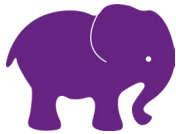
Om Region Skånes arbete med
barn i utsatta livssituationer

2020

Region Skåne
Skane.se
Kunskapscentrum barnhälsovård
Malmö, november 2020

Kunskapscentrum barnhälsovård är en del av Region Skåne och verkar för en god och jämlik hälsa för alla barn i Skåne.

Region Skånes uppdrag för barn i utsatta livssituationer utgörs av:



Barn som anhöriga



Barn som far illa



Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänst

Innehåll

Förord	6
Sammanfattning	7
Inledning	10
Barn som anhöriga (BSA).....	10
Barn som far illa (BSFI).....	11
Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst (HUBS).....	11
Demografi.....	13
BARN SOM ANHÖRIGA	14
Bakgrund	14
Lagstöd.....	14
Kort historik.....	15
Nationell nivå – hur många barn är anhöriga?.....	15
Regional nivå.....	15
Uppdrag Barn som anhöriga vid Kunskapscentrum barnhälsovård.....	16
Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).....	16
Metod och material	17
Resultat Barn som anhöriga	17
Grundkurser barn som anhöriga.....	19
Nyckelbudskap Barn som anhöriga	21
INTERVJU: ”Barnen behöver förstå att vi vuxna hjälper”	22
BARN SOM FAR ILLA	26
Socialtjänstlagen - kort historik	26
Begreppet ”barn som far illa” och anmälningsplikt	27
Våld mot barn ger svåra földeffekter på kort och lång sikt	27
Adverse Childhood Experiences (ACE).....	28
Nationellt perspektiv	29
Hur många barn far illa?.....	29
Aga (kroppslig bestraffning av barn).....	29
Våld utanför hemmet.....	33
Riskfaktorer för våldsutsatthet.....	33
Anmälningar till socialtjänsten har ökat över tid.....	36
Varför kommer inte fler barn till myndigheternas kännedom?	37

Regionalt perspektiv	38
Regionala undersökningar.....	38
Uppdrag Barn som far illa vid Kunskapscentrum barnhälsovård – regional nivå.....	40
Barnskyddsteam (BST) – lokal nivå.....	41
Metod och material	42
Resultat Barn som far illa	42
1. Ambulans.....	42
2. Barnhälsovården (BHV).....	46
3. Hälso- och sjukvården.....	51
4. Tandvård.....	54
Nyckelbudskap Barn som far illa	55
Framgångsfaktorer för Barn som far illa-arbetet	56
Förbättringsområden Barn som far illa	57
Kunskap behövs.....	57
Hälsofrämjande och förebyggande insatser är viktiga.....	57
Upptäck så tidigt som möjligt.....	57
Agera.....	58
Förbättrad dokumentation av anmälningar till socialtjänst.....	58
INTERVJU: Barnperspektiv i en akut vardag	59
HÄLSOUNDERSÖKNING PÅ BEGÄRAN AV SOCIALTJÄNST...62	
Bakgrund	62
Arbetet i Region Skåne.....	63
Metod och material	64
Resultat	64
Läkarundersökning enligt 32 § LVU.....	64
Nyckelbudskap Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst	66
INTERVJU: Besöket som ska ta igen alla uteblivna besök	67
Referenser	70

Förord

Sedan 2013 arbetar Kunskapscentrum barnhälsovård med politiskt beslutade regionala uppdrag som rör barn i utsatta livssituationer: Barn som anhöriga, Barn som far illa och Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten. Arbetet syftar till att öka kunskapen hos medarbetare i hälso- och sjukvården om hur negativa följder för barn i utsatta livssituationer kan förebyggas, hur barn med behov av information, råd, stöd och skydd kan identifieras, om vilket stöd barn har rätt till och hur man som enskild medarbetare har möjlighet och skyldighet att agera.

För Kunskapscentrum barnhälsovård innebär uppdraget bland annat att informera och kommunicera i aktuella frågor via nyhetsbrev, webbsida, genom att skapa nätverk för engagerade och intresserade medarbetare, bland annat de över 1000 kontaktpersoner som finns på enheter i regionen. Andra aktiviteter gäller arrangemang av utbildningar, fortbildningar och konferenser. En viktig del därutöver är samverkan med andra aktörer, både inom och utanför Region Skåne, exempelvis barnklinikerna, vuxenpsykiatri, tandvårdsstyrningen, ambulansverksamheten, Skånes kommuner (tidigare Kommunförbundet Skåne), enskilda kommuner och socialtjänster, de lokala barnskyddsteamerna, Barnafrid, Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen.

För att följa arbetet och kunna utvärdera detsamma är det viktigt att det finns indikatorer rörande förekomst av barn i utsatta livssituationer och insatser för dem. I rapporten presenterar vi data om existerande mått från de olika områdena för de senaste nio åren. Genom intervjuer med några personer som i sin vardag arbetar med uppdragen på olika sätt ges inblick i hur det konkreta arbetet nära barnen och familjerna kan se ut.

Det är första gången som skånska data om barn i utsatta livssituationer behandlas i en gemensam rapport och syftet är att uppgifterna ska kunna belysa nuvarande läge vad gäller hälso- och sjukvårdens insatser för barn i utsatta livssituationer, men också att stimulera till ytterligare utvecklingsarbete. I rapporten presenteras därför förslag till förbättringar som grundas på aktuella data och erfarenheter av arbetet.

Sammanfattningsvis visar rapporten att utvecklingsarbete, samverkan, stöd och fortbildning till medarbetarna i hälso- och sjukvården ger resultat. Hur medarbetare agerar gör skillnad för många barn. Men än är det mycket kvar att göra för de kanske allra mest sårbara barnen i vårt samhälle!

Malmö 2020-11-20

Marie Köhler

Enhetschef/barnhälsoöverläkare/med dr
Kunskapscentrum barnhälsovård
Primärvården, Region Skåne

Rapporten är ett resultat av ett gemensamt arbete av Marie Köhler, enhetschef, barnhälsoöverläkare, med dr, Ylva Thor, distriktssköterska/utvecklare, fil. Mag., Oras Lopez Diaz, socionom/leg. hälso- och sjukvårdskurator/utvecklare, Helena Kornfält Isberg, specialist i allmänmedicin/barnhälsoöverläkare, doktorand, Maria Fridb, specialistläkare i socialmedicin, med dr i samarbete med Emelie Svensson, kommunikatör, samtliga vid Kunskapscentrum barnhälsovård.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis lyfter rapporten Barn i utsatta livssituationer fram följande resultat och förslag till förbättringar i Region Skåne:

Uppdrag Barn som anhöriga (BSA)

- KVÅ-kodsregistreringar för samtal om och med barn som anhöriga har ökat i hälso- och sjukvården sedan 2014, då KVÅ-koderna för barn som anhöriga infördes i Region Skåne.
- Oftast rör KVÅ-kodsregistreringarna för barn som anhöriga samtal med den vuxna patienten **om** anhöriga barns behov. En önskvärd utveckling är att även samtal **med** barn som anhöriga ökar.
- Kartläggningen visar att KVÅ-kodsregistreringar framförallt sker inom vissa delar av hälso- och sjukvården, i nuläget främst inom psykiatri.

Uppdrag Barn som far illa (BSFI)

- Trots att medarbetare inom hälso- och sjukvård samt tandvård omfattas av anmälningsskyldigheten enligt 14 kap.1 § Socialtjänstlagen, görs för få anmälningar i relation till hur många barn som faktiskt far illa.
- Flera verksamheter har en nyckelroll, exempelvis barnhälsovården och tandvården som når i stort sett alla barn, och ungdomsmottagningarna som möter många unga från 13 års ålder.
- Barnskyddsteamerna har en mycket betydelsefull roll i det lokala arbetet med barn som far illa.
- Tillgänglig regional statistik från barnhälsovård, övrig hälso- och sjukvård samt ambulans visar en ökande trend av orosanmälningar gällande barn till socialtjänsten. Det totala antalet registrerade anmälningar ökade nästan sju gånger under tidsperioden 2013 - 2019.
- Psykiatri (vuxen-, beroendevård och BUP) dubblerade sin andel till 33 procent av anmälningarna år 2019. Inom dessa verksamheter finns sedan flera år strukturer och rutiner för arbetet.
- Barnhälsovården som stod för nästan två tredjedelar av anmälningarna år 2013 mer än dubblerade antalet anmälningar över tid, och bidrog i slutet av perioden till en femtedel av anmälningarna.

- Data om KVÅ-kodsregistrerade anmälningar till socialtjänsten (GD008) ger endast information om antalet anmälningar från olika verksamheter om dessa har registrerats.
- Den manuella registreringen av anmälningar till socialtjänsten från barnhälsovården och ambulans innehåller mer information, exempelvis om barnets kön, ålder, samtidig polisanmälan och anmälningsorsak(er). Anmälningsorsaker handlar oftast om bristande föräldraförmåga.

Uppdrag Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst (HUBS)

- Antalet genomförda hälsoundersökningar av samhällsplacerade barn har ökat successivt de senaste åren.
- Det finns ett behov av att utföra betydligt fler hälsoundersökningar än de som genomförs nu.
- Majoriteten av hälsoundersökningarna genomförs av barnläkare.
- Det saknas information om hur många hälsoundersökningar som görs av tandvården.
- Väntetider och kvalitet avseende hälsoundersökningarna behöver följas upp.
- Arbete med utbildning av personal inom socialtjänst och hälsovård sker regelbundet.

Gemensamt för alla tre områden

- Barn har lagstadgad rätt att bli uppmärksammade och få ta del av hälso- och sjukvårdens åtgärder som anhöriga, om de far illa och i samband med placering.
- Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och familjer är viktiga delar av hälso- och sjukvårdens arbete. Tidiga insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten ger långsiktiga positiva effekter, både hälsomässigt och samhällsekonomiskt.
- Tidig upptäckt av barn som far illa och anmälan till socialtjänsten kan göra stor skillnad för ett enskilt barn, både på kort och lång sikt.

- Samverkan på regional nivå mellan hälso- och sjukvården och kommunerna är av yttersta betydelse för att kunna skapa hållbara strukturer för arbetet. På lokal nivå är samverkan mellan verksamheterna och socialtjänsten avgörande för barn och familjer.
- Fortbildning av medarbetare är en viktig faktor i arbetet för barn i utsatta livssituationer. Kunskapscentrum barnhälsovård erbjuder regelbundet utbildning/fortbildning till medarbetare/verksamheter rörande innehållet i uppdragen Barn som anhöriga, Barn som far illa och Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst.
- Kontaktpersoner kan fungera som stöd och kunskapsspridare på enheterna. Nuvarande 1000 kontaktpersoner kan bli fler!
- Gemensamma regionala riktlinjer är viktiga som stöd för arbetet i hela Skåne. Under 2020 tar Kunskapscentrum barnhälsovård fram reviderade regionala handlingsprogram för Barn som anhöriga och Barn som far illa. Likaså tas ett nytt vårdprogram fram för arbetet med Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten.
- Strukturer som bland annat innebär tydliga rutiner för arbetet med barn i utsatta livssituationer är grundläggande. Dessa behöver stärkas inom fler verksamheter inom den skånska hälso- och sjukvården så att fler barn får ta del av sin lagstadgade rätt till information, råd och stöd (BSA), uppmärksammas om det far illa (BSFI) samt får en hälsoundersökning i samband med placering i samhällsvård (HUBS).
- Journalsystem och patientadministrativa system som underlättar registrering av åtgärder för BSA, BSFI och HUBS är nödvändiga. I nuläget behöver dessa utvecklas och förbättras. Likaså behöver KVÅ-kodsregistreringen förbättras.
- Ett nytt gemensamt system för anmälningar till socialtjänsten behöver tas fram för att möjliggöra spårning och uppföljning.
- Att uppmärksamma och dokumentera barns livsvillkor synliggör barns livssituation och förbättrar möjligheterna att agera för utsatta barn.
- Att arbeta proaktivt med barnrättsfrågor inom vårdverksamheter för vuxna förbättrar barns möjligheter att få stöd och vid behov skydd.

Inledning

Föreliggande rapport är framtagen utifrån de tre regionala uppdragen rörande barn i utsatta livssituationer *Barn som anhöriga*, *Barn som far illa* och *Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänst*. Rapporten tar avstamp i uppdragens arbete med syfte att belysa den skånska hälso- och sjukvårdens insatser för barn i utsatta livssituationer. Genom att redovisa tillgängliga data för snart tio års arbete identifieras framgångsfaktorer samt möjligheter till utveckling och förbättring.

Uppdragen *Barn som anhöriga*, *Barn som far illa* och *Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänst* är samtliga politiskt beslutade i Region Skåne i början av 2010-talet. Uppdragen överlappar varandra (se Bild 1). Organisatoriskt drivs de av Kunskapscentrum barnhälsovård. Alla tre uppdragen vilar på en barnrättslig grund och hälso- och sjukvårdens ansvar är lagstadgat för samtliga.

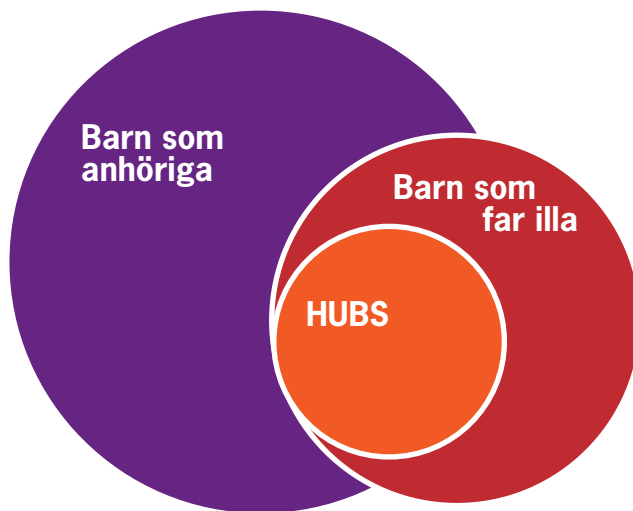


Bild 1. Illustration av hur de tre uppdragen *Barn som anhöriga* (BSA), *Barn som far illa* (BSFI) och *Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst* (HUBS) överlappar varandra.

Barn som anhöriga (BSA)

Uppdraget *Barn som anhöriga* berör den allra största gruppen barn, nämligen de som under uppväxten lever med föräldrar/vårdnadshavare med olika definierade former av ohälsa/missbruk eller barn som mister en förälder. Registerstudier har visat att ungefär en tredjedel av barn som växer upp någon gång under sin barn- och ungdomstid – eller hela uppväxten - har föräldrar som vårdats som patienter i olika delar av hälso- och sjukvården (Järkestig Berggren, Magnusson och Hanson, 2015). Ur hälso- och sjuk-

vårdens perspektiv är det en stor del av patienterna som har barn eller lever med barn. Det finns en skyldighet för vården att uppmärksamma dessa barn och ta reda på om de är i behov av stöd, råd eller information med anledning av föräldrarnas ohälsa. Bland barnen finns dessutom barn som far illa eller som vårdgivare misstänker far illa. Precis som i övriga sammanhang gäller då anmälningskyldigheten till socialtjänsten.

Barn som far illa (BSFI)

Uppdraget barn som far illa utgår från vårdgivarens skyldighet att till socialtjänsten anmäla när ett barn far illa eller misstänks fara illa. Det kan handla om fysisk eller psykisk misshandel, sexuella övergrepp eller försummelse. Det är sedan länge känt att barn som far illa riskerar att skadas både på kort och på lång sikt och att utsattheten har många negativa konsekvenser, både hälsomässigt (Campbell, Walker och Egede, 2016; Felitti et al., 1998; Felitti, 2019a; Gilbert et al., 2009; Janson, Jernbro och Långberg, 2011; Jernbro och Janson 2016) och samhällsekonomiskt (Bellis et al., 2019; Felitti, 2019b). Hur många barn som far illa är osäkert men uppskattningsvis är det i Sverige flera procent av alla barn (Jernbro och Janson 2016; Lundén, 2010; Socialstyrelsen, 2014a; Socialstyrelsen, 2019). Trots anmälningsplikt för professioner som arbetar med barn och inom vården är anmälningsfrekvensen generellt låg (Socialstyrelsen, 2019). Uppdraget syftar bland annat till att öka kunskaperna om vad det innebär att fara illa, hur barn i fara kan identifieras och hur en anmälan görs. Kunskap om förebyggande insatser och att stimulera samverkan med socialtjänsten är också viktiga delar.

Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst (HUBS)

En del av de barn och unga som far illa och som uppmärksammats blir efter utredning inom socialtjänsten (och därpå följande beslut) omhändertagna och placerade i samhällsvård. Dessa barn och unga som placeras antingen i familjehem eller i hem för vård och boende (HVB) har som grupp betraktat sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn. När barn och unga ska placeras utanför det egna hemmet behöver därför deras hälsa uppmärksammas. För att barn som ska placeras ska få den hälsoundersökning de har rätt till krävs samverkan mellan inblandade aktörer, och uppdraget drivs därför i nära samarbete mellan Kunskapscentrum barnhälsovård, Skånes kommuner (tidigare Kommunförbundet), socialtjänsterna i kommunerna och aktuella vårdaktörer. Trots att antalet undersökningar ökar för varje år är det alltför många berörda barn och unga som inte får ta del av en hälsoundersökning. Målet för arbetet är att skapa strukturer så att alla barn och unga som berörs ska hälsoundersökas. För att uppfylla målet krävs bland annat särskilt utbildad personal, både inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, samt tydliga kontaktvägar och planerade mottagningar.

Arbetet med de tre uppdragen om barn i utsatta livssituationer innebär bland annat att driva ett utvecklingsarbete, att vara ett stöd till verksamheterna genom kompetenshöjande aktiviteter och att följa upp hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens insatser i frågorna.

De tre uppdragen vilar på barnrättslig grund och resultatet av uppföljningen är på så sätt ett mått på hur Region Skånes verksamheter klarar att säkerställa barnens rättigheter.

Barnkonventionen blev lag i Sverige den första januari 2020. Lagen öppnar för möjligheter att åtgärda och komma till rätta med brister som fortfarande hindrar barn att få sina rättigheter tillgodosedda. FN:s barnkonvention adresserar i flertalet artiklar att barnet har rätt till delaktighet, omvårdnad och skydd, se exempel på detta i Faktaruta 1.

Faktaruta 1.

Barnkonventionen - exempel på artiklar som adresserar barnets rätt till delaktighet, omvårdnad och skydd:

Artikel 3 Rätt till att barnets bästa ska komma i främsta rummet

Artikel 6 Rätt till liv, överlevnad och utveckling

Artikel 12 Rätt till delaktighet, att få komma till tals och få synpunkter beaktade i frågor som berör barnet

Artikel 19 Rätt till skydd mot våld, övergrepp och vanvård

Artikel 24 Rätt till hälso- och sjukvård

Artikel 26 Rätt till social trygghet

Artikel 28 Rätt till utbildning

Artikel 31 Rätt till lek, vila och fritid

I Region Skånes *Policy för barnets rättigheter*, som antogs av Regionfullmäktige i juni 2020 förtydligas detta:

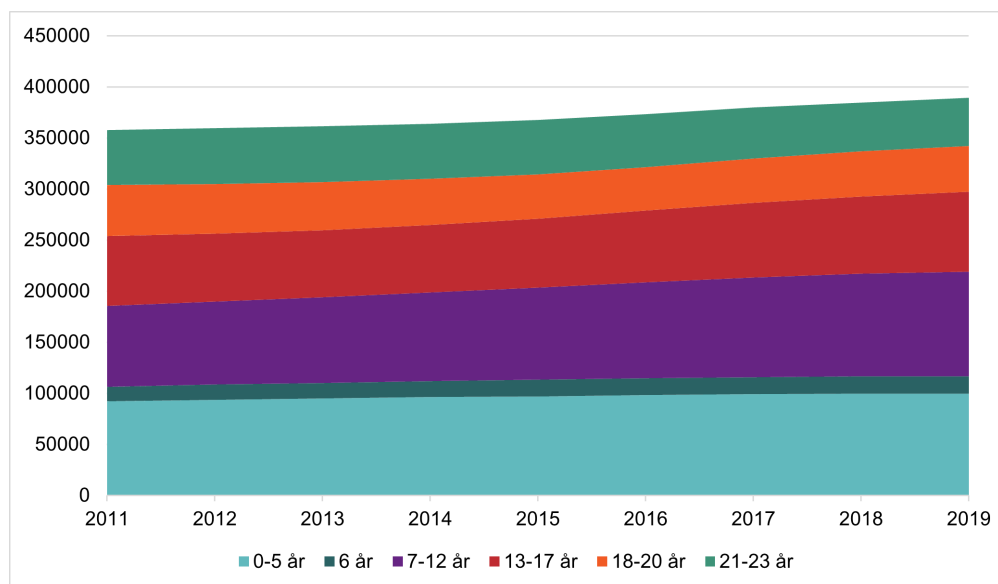
Syftet med denna policy är att ange inriktningen för arbetet med att leva upp till barnkonventionen. Den ska tydliggöra Region Skånes ansvar för att attityder mot det enskilda barnet respektive mot barn i grupp samt arbetsmetoder har sin grund i barnkonventionen och att beslutsfattande sker i enlighet med barnets bästa.

I föreliggande rapport presenteras för första gången resultat gemensamt från de tre uppdragens uppföljning av hälso- och sjukvårdens arbete rörande barn i utsatta livssituationer, vilket ger en bild av hur det mest utsatta barnens rättigheter tillgodoses. Det finns en positiv utvecklingstrend, men för alla tre uppdragen gäller att mycket kan bli bättre!

Arbetet med att uppmärksamma barn som anhöriga handlar till stor del om barnets rätt till delaktighet, men även om barnets rätt till skydd vid behov, medan arbetet för barn som far illa gäller barnets rätt till skydd. Barnets rätt till bästa möjliga hälsa tillförsäkras genom arbetet med hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten.

Demografi

Antalet insatser från vården behöver sättas i relation till befolkningens storlek som ökat över tid (se Figur 1). Under tidsperioden 2013 - 2019 ökade antalet barn 0 - 18 år i Skåne med över 35 500 individer, en ökning med 12 procent. Mest ökade antalet barn 7 - 12 år (22 procent) och därefter ungdomar 13 - 17 år (20 procent). Antalet 0 - 6-åringar ökade med 6 procent. Antalet unga vuxna 18 - 23 år minskade däremot med 10 procent.



Figur 1. Antal barn och unga vuxna i Skåne 2011 - 2019

Antal personer 0 - 23 år folkbokförda i Region Skåne årligen 2011 - 2019, fördelat på åldersgrupperna 0 - 5 år, 6 år, 7 - 12 år, 13 - 17 år, 18 - 20 år samt 21 - 23 år.

Källa: SCB, statistikdatabasen.

BARN SOM ANHÖRIGA

Bakgrund

I ett barns utsatthet som anhörig till en sjuk förälder riskerar skydds- och omsorgsperspektivet bli det mest framträdande, vilket leder till åtgärder som enbart fokuserar på stöd, hjälp och skydd – men i arbetet med barn som anhöriga måste även barnets rätt till information betonas. Med det menas att barnet ska betraktas som en aktör i familjen med egna förmågor och med rättighet att vara delaktig i det som sker. Båda perspektiven ingår i arbetet med barn som anhöriga.

I flera studier vittnar vuxna som var barn som anhöriga under sin uppväxt om bristen på information om föräldrarnas sjukdom, och hur de sällan fick stöd i att förstå vad som pågick, vilket gjorde att det som hände i familjen upplevdes som obegripligt (Järkestig Berggren, Magnusson och Hanson, 2015). Barn som är anhöriga till patienter i vården beskriver ofta att de vuxna inte pratar med dem om det som händer när föräldern är sjuk, eller att det som de delges är överslätande information som inte underlättar begripligheten. Barn beskriver ofta att bristen på information gör att de känner sig ensamma, oroliga och försöker förstå situationen på egen hand. Många gånger känner de skuld över att föräldern är sjuk, och inte sällan tar de ett orimligt stort ansvar när de vuxna i familjen drabbas av sjukdom, inte bara för sig själva utan även för sina föräldrar och syskon. Att det finns verksamheter i samhället som kan hjälpa familjen är helt okänt bland barnen, och många gånger okänt även för de vuxna i familjen (Oja, Edbom, Nager, Månsson och Ekblad, 2018). Att vara barn som anhörig kan leda till ohälsa, svårigheter att klara sin skola och att de själva drabbas av andra negativa konsekvenser både i barndomen och på sikt (Köhler, 2017; Socialstyrelsen, 2020c). Studier visar att interventioner i hälso- och sjukvården för att stödja barn som är anhöriga har positiva effekter på barnet när det gäller ökade kunskaper, öppen kommunikation med föräldern och barnets förmåga att hantera situationen (Oja, Edbom, Nager, Månsson och Ekblad, 2020).

Lagstöd

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap. 7 §) har sedan år 2010 genom följande lagtext gett hälso- och sjukvårdspersonalen i uppdrag att uppmärksamma barn som är anhöriga:

Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. *har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*
2. *har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
3. *har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Kort historik

Arbetet med att uppmärksamma barn som är anhöriga började i USA inom missbruksvården i mitten av 1980-talet. Fokus på barn som anhöriga har sedan dess spridit sig till resten av världen och andra delar inom hälso- och sjukvården, varefter forskning har visat att barn som är anhöriga påverkas av fler former av ohälsa i familjen än det som kan härledas från ett missbruk. FN:s konvention om barnets rättigheter ger barnen rätt att vara delaktiga i det som berör dem, och barn som anhöriga har dessutom ofta visat sig vara i behov av stöd.

I Sverige tydliggjordes vikten av att uppmärksamma barn som anhöriga år 2010 då hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter formulerades i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen (Järkestig Berggren, Magnusson och Hanson, 2015). Vid den tiden förändrades lagstiftningen så att den skulle stämma överens med FN:s konvention om barnets rättigheter (Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2011). Begreppet Barn som anhörig lyfter fram barnets samhällsställning och rättsliga status i de fall barnets föräldrar, eller andra vuxna som barnet varaktigt bor med, drabbas av svår fysisk eller psykisk sjukdom, har beroendesjukdom, skadas svårt eller avlider (Järkestig Berggren, Magnusson och Hanson, 2015).

Nationell nivå – hur många barn är anhöriga?

Kartläggningar över hur många patienter i hälso- och sjukvården som har barn i åldrarna 0 – 18 år visar att många barn i Sverige berörs av föräldrars ohälsoproblem och dödsfall. Det innebär att hälso- och sjukvårdens arbete med att beakta barn som anhörigas behov av information, råd och stöd för att förebygga ohälsa hos barnet, samt att uppmärksamma barnets eventuella skyddsbehov, inte endast är viktigt för det enskilda barnet utan dessutom är ett viktigt folkhälsoarbete (Järkestig Berggren, Magnusson och Hanson, 2015). Forskning visar att någonstans mellan 25 - 30 procent av de patienter som vårdas inom vuxenpsykiatri har barn i åldrarna 0 – 18 år. Nya studier inom vuxenpsykiatri i Sverige visar att, utöver att förebygga ohälsa hos barn vars föräldrar har psykiatrisk sjukdom, ledde arbetet med att uppmärksamma barn som anhöriga även till att barn som redan hade drabbats av egen ohälsa kunde fångas upp och ges behandling (Axberg et al., 2020).

Regional nivå

I Region Skåne var vuxenpsykiatri först ut med att uppmärksamma patienters barn i åldrarna 0 – 18 år genom att skapa förvaltningsövergripande strukturer för att uppmärksamma och ge barn som anhöriga stöd. Varje enhet inom vuxenpsykiatri har 1 - 2 barnombud vars uppgift är att i enheter där vuxna patienter behandlas bevaka att barn som anhöriga uppmärksammas. Barnombuden ska även vara stöd åt kollegor i detta arbete, och i en del verksamheter är det barnombudet som erbjuder patienterna samtal om och med deras barn. I rollen som barnombud ligger även att hålla sig uppdaterad på området. Varje verksamhetsområde inom vuxenpsykiatri har barnombudsamordnare, vars uppgift bland annat är att vara drivande i verksamhetens arbete som rör barn som anhöriga, att introducera nya barnombud, ansvara för utbildningar och att vara stöd till barnombuden i det praktiska arbetet genom att vara tillgänglig för konsultationer.

Uppdrag Barn som anhöriga vid Kunskapscentrum barnhälsovård

År 2014 fick Kunskapscentrum barnhälsovård efter beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden det regionala utvecklingsuppdraget rörande barn som anhöriga. De första åren bedrevs arbetet i projektform som en del i en nationell psykiatrisatsning, med mål att ta fram ett regionalt handlingsprogram i Skåne samt skriftlig information till både föräldrar och barn. Detta skulle hälso- och sjukvårdens personal, men även personal inom kommunala verksamheter, kunna använda i arbetet med att uppmärksamma och ge stöd till barn som är anhöriga. Handlingsprogrammet och informationsmaterialet presenterades i december 2014 vid en spridningskonferens för personal, tjänstepersoner och politiker i Region Skåne samtidigt som en webbsida och regelbundna nyhetsbrev lanserades. Samma år startades samverkan med Stiftelsen Allmänna Barnhuset kring utbildningar i samtalsmodellen BRA – Barnets rätt som anhörig.

Utvecklingsarbetet fortsatte med implementering i hälso- och sjukvårdens patientadministrativa system av de KVÅ-koder som registreras vid samtal om och med barn som anhöriga. År 2017 startade grundkurser för hälso- och sjukvårdspersonal om barn som anhöriga i samarbete med barnombudsamordnarna inom vuxenpsykiatri.

Utvecklingsarbetet barn som anhöriga är från och med 2017 ett permanent uppdrag för Kunskapscentrum barnhälsovård och har sedan dess fortsatt med uppföljning av hälso- och sjukvårdens KVÅ-kodsregistreringar, råd och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal, metodutveckling, kunskapsspridning och utbildningsinsatser för olika målgrupper i flera verksamheter. Som exempel kan nämnas: primärvård, akutsjukvård, intensivvård, ambulans, kuratorsgrupper, psykiatri, tandvård, palliativ vård - ASIH, läkarprogrammet och infektionskliniker. Föreläsningar har även hållits för kommunala verksamheter. Nationell och regional samverkan i barn som anhörig-frågor är också en del av uppdraget. Som exempel på regional samverkan på senare tid kan samverkan med de offentligt drivna vårdcentralerna nämnas.

År 2019 infördes i förfrågningsunderlaget för vårdcentraler att arbete med barn som anhöriga ingår i vårdcentralernas uppdrag. Detta ledde till att en lokal handlingsplan för arbetet upprättades av primärvårdens ledning. Av samma anledning bjöd flera vårdcentraler in Kunskapscentrum barnhälsovård att föreläsa om barn som anhöriga, och i slutet av 2019 sändes ett digitalt AKO-webbinarium om barn som anhöriga.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister (Socialstyrelsen 2014a).

De KVÅ-koder som är aktuella vid åtgärder för barn som anhöriga är:

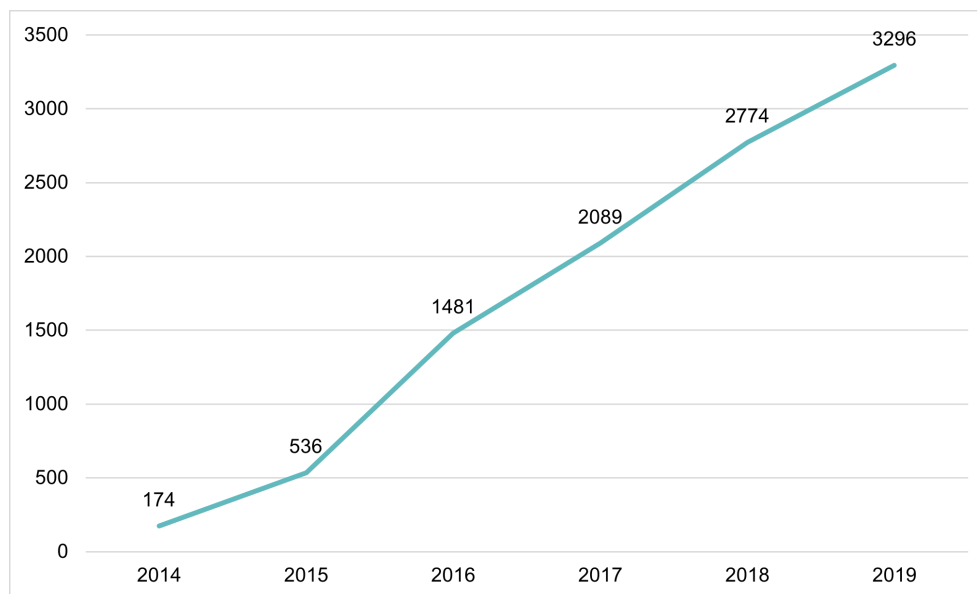
- **DU055** Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd.
- **DU056** Samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov.
- **DU057** Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov.

Metod och material

I avsnittet om Barn som anhöriga bygger resultaten på data från koncernkontoret avseende KVÅ-kodsregistreringar. När det gäller antal som har deltagit i grundkurser bygger data på deltagarlistor. En intervju beskriver hur arbetet med barn som anhöriga kan gå till.

Resultat Barn som anhöriga

Antalet registrerade KVÅ-koder avseende barn som anhörig har ökat varje år i Region Skånes hälso- och sjukvård sedan kodernas införande år 2014. Det första året registrerades i Region Skåne sammanlagt 174 åtgärder och år 2019 gjordes 3296 registreringar av samtliga tre KVÅ-koder; DU055, DU056 och DU057 (Figur 2).

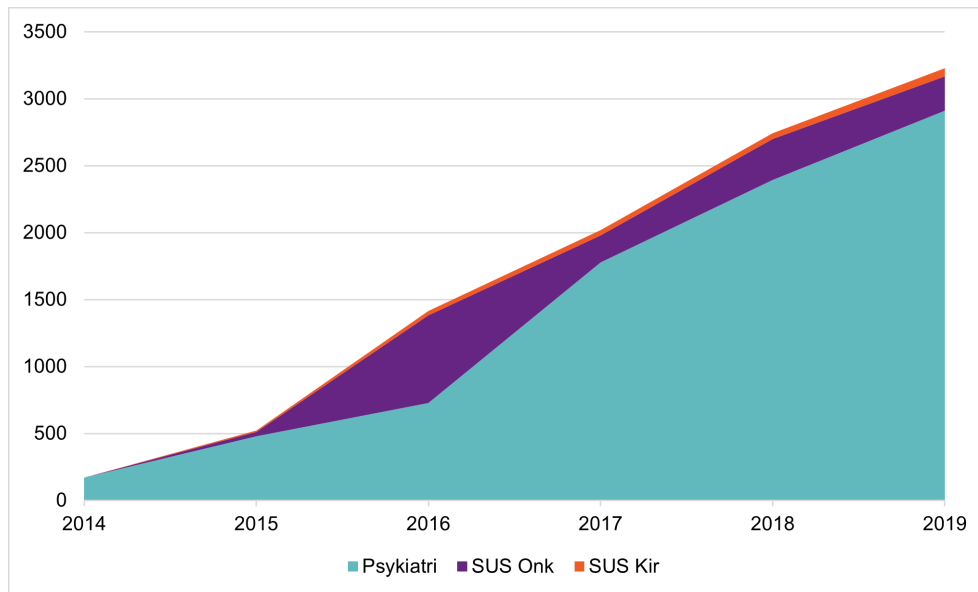


Figur 2. Totalt antal registrerade KVÅ-koder för barn som anhöriga i hälso- och sjukvården, Region Skåne 2014 - 2019.

Samtliga tre KVÅ-koder för barn som anhöriga ingår.

Resultaten visar att arbetet med att registrera åtgärder har ökat sedan införandet år 2014, men att registreringar inte görs i alla verksamheter där vuxna vårdas. Därmed inte sagt att arbete för barn som anhöriga inte pågår i andra verksamheter än de som registrerar, men vilka verksamheter utöver dessa som har ett pågående arbete eller hur stor del patienter och barn som berörs av deras arbete går inte att utläsa i den statistik som samlas in.

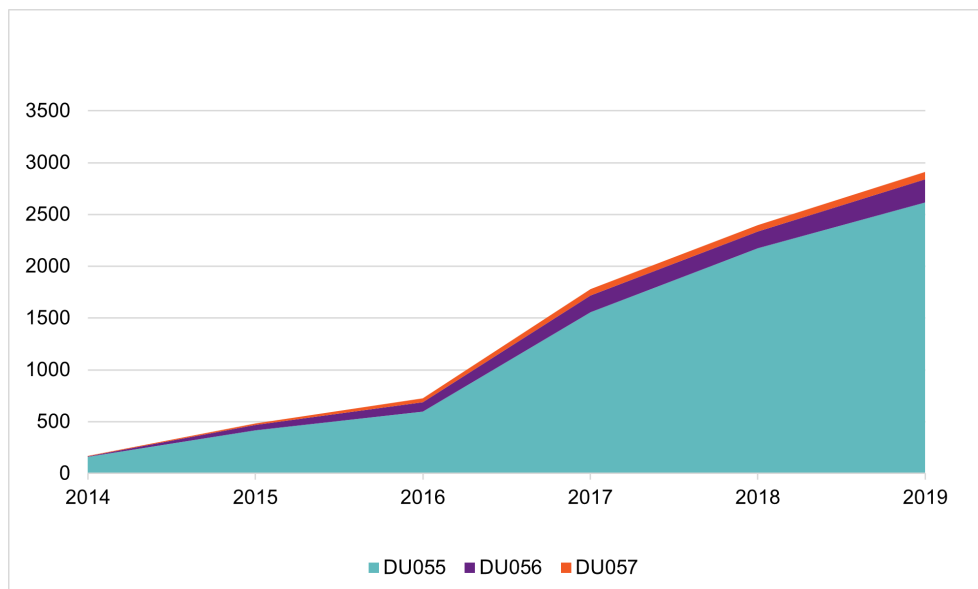
Resultatet av data som samlats in visar att samtal om och med barn som anhöriga registreras framförallt inom några delar av hälso- och sjukvården, och särskilt framträdande är psykiatrin vars registreringar dominerar i Region Skåne (Figur 3). Psykiatrin inkluderar här all verksamhet som ingår i eller som drivs på uppdrag av Region Skåne. De som kommer på andra- och tredjeplats i registreringar av KVÅ-kodsåtgärder för barn som anhöriga åren 2014 – 2019 är Skånes universitetssjukhus onkolog- och kirurgkliniker.



Figur 3. Antal registrerade KVÅ-koder för barn som anhöriga från psykiatri (hela Skåne), Onkologkliniken SUS och Kirurgkliniken SUS år 2014 – 2019.

Samtliga tre KVÅ-koder för barn som anhöriga ingår.

Inom psykiatri är det registrering av samtal med patienter om barn som anhöriga som sker i högst grad, därefter kommer samtal med både patienten och barn, medan minst antal registreringar gäller samtal med enbart barn (Figur 4). Mönstret att KVÅ-kodsåtgärden DU055 (samtal med patienten) är den kod som registreras mest av de tre KVÅ-koder som rör barn som anhöriga inom psykiatriverksamheterna har hållit i sig sedan 2014, men registreringar för KVÅ-kodsåtgärd DU056 (samtal med både patienten och barn) har procentuellt sett ökat mest de senaste fem åren.



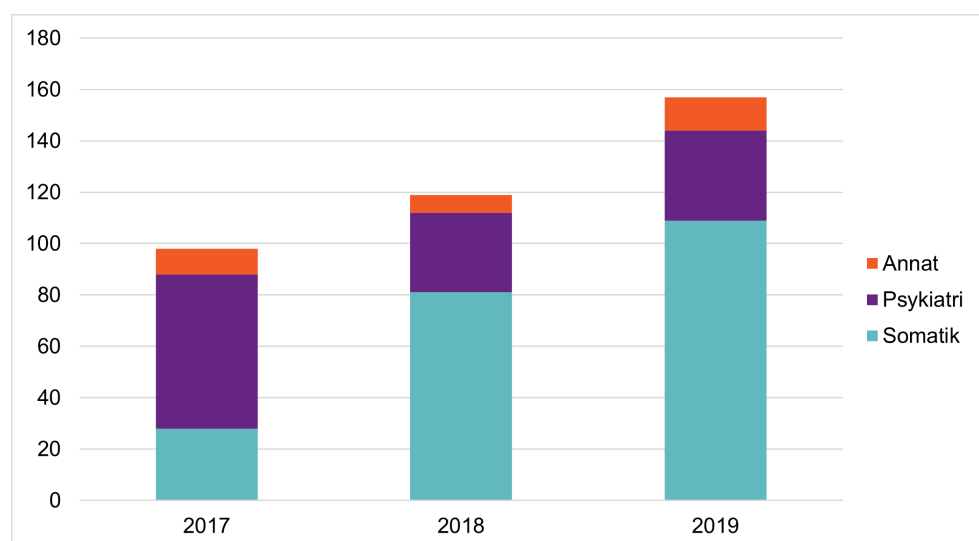
Figur 4. KVÅ-kodsregistreringar inom psykiatri per åtgärd 2014 – 2019.

DU055 = samtal med vuxen om barn, DU056 = samtal med vuxen och barn, DU057 = samtal med enbart barn.

Vuxenpsykiatriverksamheterna är i framkant på flera sätt när det gäller att uppmärksamma och stödja barn som är anhöriga och utgör ett gott exempel i Region Skåne på hur barn som anhörig-arbetet kan struktureras. Vuxenpsykiatrin har förvaltningsövergripande beslut på att det vid varje arbetsplats ska finnas ett eller flera barnombud med ansvar att vara stöd till kollegor i arbetet med att uppmärksamma patienternas barn. Det patientadministrativa systemet VåPs/PASiS har anpassats med "tvingande" fält att fylla i om patienten har barn i ålder 0 - 18 år. Arbetet med barn som anhöriga inom psykiatriverksamheterna följs dessutom upp i verksamheterna internt, genom att följa upp antalet KVA-kodsregistreringar. Inom psykiatrin finns även funktionen med barnombudsamordnare som har ansvar för att samordna barnombudens arbete och driva utvecklingsarbete lokalt. Barnombudsamordnarna har ett eget nätverk som stöttar varandra i det arbetet, och de har dessutom generöst bidragit till kunskaps-spridning till andra delar av hälso- och sjukvården genom att delta i utbildningsinsatser och på andra sätt dela med sig av sina erfarenheter av det praktiska arbetet med att uppmärksamma och ge stöd till barn som är anhöriga.

Grundkurser barn som anhöriga

Grundkurs barn som anhöriga är en tre timmar lång utbildning som hålls flera gånger per termin. Antalet personer som har genomgått grundkursen barn som anhöriga i Kunskapscentrum barnhälsovårds regi har ökat de senaste åren, se Figur 5. Genomförandet av grundkursen har sedan starten skett i nära samarbete med barnombudsamordnarna inom vuxenpsykiatrin. Det första halvåret riktade sig utbildningen enbart till barnombud i vuxenpsykiatris verksamheter, men från hösten 2017 har grundkursen välkomnat deltagare från alla delar av hälso- och sjukvården, likaså tandvården. De sista två åren har deltagare från somatiska verksamheter varit fler än deltagare från vuxenpsykiatrin, vilket kan bero på en mättnad av barnombud i behov av utbildning. Ett tiotal deltagare per år har kommit från verksamheter utanför Region Skåne. Oftast har det rört sig om medarbetare från kommunala verksamheter såsom förskola, skola och elevhälsa. Sedan starten och fram till december 2019 har totalt 376 personer gått grundkursen barn som anhöriga.



Figur 5. Antal deltagare i grundkursen Barn som anhöriga åren 2017 – 2019, fördelat på de verksamheter deltagarna kommit ifrån (somatisk vård, psykiatrisk vård, annat).

Arbetet med barn som anhöriga har fått ett bra fäste i de flesta av Region Skånes vuxenpsykiatriverksamheter. Det har därför varit självklart att samverka med vuxenpsykiatrins barnombudsamordnare kring de grundkurser i barn som anhöriga som Kunskapscentrum barnhälsovård bjuder in till. Grundkurserna barn som anhöriga har erbjudit tillfällen för deltagarna att öka sina kunskaper om barn som är anhöriga och samtidigt ta del av vuxenpsykiatrins erfarenheter av att uppmärksamma och samtala om och med barnen. Grundkurserna kan ha bidragit till att fler verksamheter börjat arbeta med att uppmärksamma barn som anhöriga, och möjligen har fler samtal om och med barn som anhöriga skett i hälso- och sjukvården än vad som registrerats under åren 2014 - 2019.

Utifrån uppgiften att följa upp arbetet med barn som anhöriga, inte minst som en indikator för hur hälso- och sjukvården beaktar barnets rätt till delaktighet, behöver samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter i Region Skåne, och verksamheter som bedriver vård på uppdrag av Region Skåne, registrera KVA-kodsåtgärder som rör barn som anhöriga. Ett förbättringsområde vore att patientadministrativa system i all hälso- och sjukvård hade tvingande funktioner att registrera om patienten har barn i åldern 0 - 18 år, och att varje vårdverksamhet där vuxna patienter vårdas skapade rutiner för att uppmärksamma och ha samtal om och med barn som är anhöriga. Varje tillfälle där hälso- och sjukvården beaktar ett anhörigt barns behov av information, råd och stöd är en möjlighet att främja barnets delaktighet, utveckling och hälsa samt att förhindra eller lindra barnets ohälsa. Likaså ger dessa tillfällen en ökad chans att uppmärksamma eventuella risker som kan skada barnets hälsa och utveckling. I de fallen ska medarbetaren genast lämna en anmälan till socialtjänsten.

Avslutningsvis kan sägas att arbetet med att uppmärksamma och göra barn som anhöriga delaktiga i det som berör dem, är en rättighet barnet har och som måste fortsätta att utvecklas och stödjas i Region Skånes samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter där barn är anhöriga.

Nyckelbudskap

Barn som anhöriga

- Data visar att KVÅ-kodsregistreringar för samtal om och med barn som anhöriga i Region Skånes hälso- och sjukvård har ökat.
- Resultatet visar att KVÅ-kodsregistreringar framförallt sker inom vissa delar av hälso- och sjukvården, främst inom psykiatri.
- Oftast rör KVÅ-kodsregistreringar åtgärder gällande barn som anhöriga i vuxenpsykiatri samtals med vuxna patienter om deras barns behov.
- Eftersom samtal om och med barn som anhöriga inte KVÅ-kodsregistreras i samtliga Region Skånes hälso- och sjukvårdsverksamheter där vuxna patienter vårdas, är det svårt att få en uppfattning om i vilken grad barn som är anhöriga uppmärksammas i Region Skåne för att få tillgång till information, råd och stöd.
- Antal medarbetare som har gått grundkursen om barn som anhöriga i Kunskapscentrum barnhälsovårds regi har ökat för varje år.

”Barnen behöver förstå att vi vuxna hjälper”

Vet du varför du är här? Din mamma har sagt att hon tror att du är lite orolig för henne. Kan det vara så att det är därför du inte vill gå till skolan?

Mm.

Jag tänkte att vi kan vi gå bort till din mammas doktor så att du får hälsa på henne. När din mamma är ledsen då kan hon komma hit till oss och få hjälp, och så kommer hon att må bättre snart. Din mamma vill att du ska gå till skolan, och så tar vi hand om mamma.

(Exempel återberättat av Marie-Louise Kvist)

Marie-Louise Kvist är kurator på en specialistpsykiatrisk mottagning för vuxna i Ystad. Hon är ett av mottagningens två barnombud och har varit en drivande kraft i barn som anhöriga-frågor i Skåne under många år.

– Jag har jobbat i psykiatrin sedan 1998 och ställde redan tidigt frågor om barn och anhöriga. Då fanns ingen tradition alls av att tänka bortom den vuxna patienten. Jag slet hårt de första tio åren för att få gehör. Som socionom är det så grundläggande att tänka på vad det finns för faktorer runt en person som kan vara stärkande eller försvåra, berättar Marie-Louise Kvist.

År 2010 infördes en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som tydliggör att hälso- och sjukvården har ett ansvar att uppmärksamma barn som anhöriga och bedriva ett systematiskt arbete för att tillgodose de här barnens behov och rättigheter.

– När lagen kom stegade jag in till chefen och sa att det här måste vi jobba med.

Alla på mottagningen har ett ansvar att uppmärksamma anhöriga barn

Alla yrkeskategorier på mottagningen har ett uppmärksammandeansvar – men inte alla har ett genomförandeansvar. Den som träffar en ny patient frågar om hen har barn och vilket år de är födda. Alla patienter med minderåriga barn erbjuds ett barnorienterat samtal med kurator. Om patienten tackar ja läggs en bevakning i systemet till kuratorn som bokar in ett samtal. Tillsammans med samtalskallelsen får patienten information om vad ett barnorienterat samtal är för något.

– Som kurator träffar jag först den vuxne för ett enskilt samtal för att bland annat prata om risk- och skyddsfaktorer. Jag kan sedan träffa familjen tillsammans med barnen om behovet finns, det ser väldigt olika ut.

Rutinerna har funnits sedan 2012 och idag är det ett självklart synsätt på mottagningen att tänka in barn- och familjeperspektivet. En avsikt med att skapa tydliga rutiner är också att avdramatisera frågan. Erbjudandet om barnorienterat samtal presenteras som en självklarhet, vilket Marie-Louise Kvist tror är en stor anledning till att så få tackar nej.

Barnperspektivet måste vara en del av arbetsbeskrivningen

En del av arbetet för barn som anhöriga i Region Skånes vuxenpsykiatri är att det ska finnas barnombud som driver frågan ute i verksamheterna. Hur barnombuden jobbar och hur rollen utformas ser olika ut runt om i Skåne. På specialistpsykiatriska mottagningen i Ystad är det en del av kuratorns arbetsbeskrivning att vara barnombud och att uppmärksamma de anhöriga barnen. Kuratorn är van att möta familjer och att stötta de anhöriga barnen är en självklar del av det psykosociala arbetet. Idag är de två kuratorer, tillika barnombud, på mottagningen – Marie-Louise Kvist och hennes kollega Veronica Persson.

– Socionomen är i grunden skolad att se till de psykosociala faktorerna, där relation, familj och föräldraskap är en del av dem. När socionomer verkar som kuratorer i sjukvården är det därför naturligt att det också är de som är ansvariga för de här frågorna på mottagningen. De som också tar fram arbetssätt och riktlinjer. Förutsättningarna för barnen att komma till tals blir mindre om vi lägger det ansvaret på någon som samtidigt har helt andra arbetsuppgifter, förklarar Marie-Louise Kvist.



Marie-Louise Kvist (till vänster) och Veronica Persson (till höger).

Lagstiftningen vänder sig specifikt till verksamheter som möter patienter med missbruk, psykisk ohälsa och allvarlig sjukdom vilket gör den särskilt relevant inom psykiatri. Det har därför varit angeläget att hitta ett systematiskt sätt att arbeta med barn som anhöriga på mottagningen.

– Hundra procent av barnen som har föräldrar hos oss är anhöriga till en person med allvarlig psykisk ohälsa. Det är vår uppgift att nå ut till så många som möjligt av dem. För att kunna göra det måste det vara en del av verksamhetsrutinerna – på samma sätt som till exempel olika former av provtagningar eller screeningrutiner kring mående.

Vilken är den vanligaste reaktionen från patienter när deras barn uppmärksammas av er?

– Jag märker ofta att det lugnar. Föräldern har ofta tänkt på hur det egna måendet kan påverka barnet. Många är lättade och uttrycker tacksamhet. Det är väldigt sällan vi hör något negativt. Det fåtal som är negativa tackar ofta nej, då ber vi behandlaren att fråga igen lite senare.

Som förälder måste du förstå att du har ett barn med behov trots att du inte orkar. Då kan vi behöva prata om hur vi kan tillgodose ditt barns vardag trots att du inte mår bra. Många föräldrar utbildar vi i hur de kan prata med sina barn. Vi kan till exempel låna ut böcker som de kan läsa med sina barn. Ibland kan vi hjälpas åt att anpassa informationen tillsammans utifrån vad barnet behöver höra.

Vilken är den vanligaste reaktionen från barnen som du möter?

– Det är väldigt olika. En stor del av det som är stärkande för barnen är att föräldern förstår sin diagnos och att hen måste ta hand om sitt mående – och vetskapen om att föräldern får hjälp och stöd med det från oss. Det är ett indirekt sätt att stötta barnen. Barnen behöver förstå att vi vuxna hjälper.

Barnet kan också behöva komma själv, vi anpassar oss efter vad barnet vill eller behöver i situationen. Ibland kommer bara syskonen tillsammans. Vissa äldre barn har jag regelbundna avstämningar med. Det kan vara jätteskönt för föräldern med den tryggheten. Det är inte ovanligt att det är barnet som först identifierar att den vuxna håller på att insjukna, till exempel i ett bipolärt skov.

Bara att barnet får komma hit till mottagningen kan hjälpa till att avdramatisera förälderns behandling. Vi visar runt på mottagningen och hälsar på doktorerna och övrig personal så att barnet får ett namn och ansikte på dem föräldrarna träffar ”för att må bättre”. Och så berättar vi för barnen att de kan komma till oss om de någon gång känner sig oroliga för mamma eller pappa. Det är svårt med bara prat, för barn behöver det vara konkret. Därför är det så viktigt att de också kan komma hit. Det behöver inte vara jättekomplicerat.

Vad skulle du vilja ge för tips till en verksamhet som ännu inte har rutiner för att uppmärksamma barnen som är anhöriga?

– Implementera ett förhållningssätt och ett arbete som är hållbart och inte vilar på enstaka ”eldsjälar”. Lägg ansvaret för barn som anhöriga på ett fåtal individer och låt kuratorerna ha den rollen. Bygg in någon form av screeningrutin för att kartlägga behov av råd, stöd och information till barnen som är anhöriga. Hundraprocent av barnen till våra patienter är barn som anhöriga – men det betyder inte att det är barn som far illa. Däremot kan de behöva stöd för att inte fara illa på sikt, på grund av sin förälders mående. Socionomer har kompetens att ge den typen av stöd.

Ta hjälp av statistiken och de KVÅ-koder som finns, och utvärdera arbetet utifrån det. Det handlar om att nå ut till så många barn och föräldrar som möjligt. Vi har en lagstadgad skyldighet att göra detta.

Vi ser att vår metod har varit framgångsrik för att nå ut till barn och föräldrar och vi vill gärna dela med oss av det vi lärt oss på vägen. Barnen har genom barnkonventionen en rätt att komma till tals, men de är beroende av oss vuxna för att få komma till tals, säger Marie-Louise Kvist.

BARN SOM FAR ILLA

Området ”barn som far illa” är stort och svårt att avgränsa på ett enkelt sätt. En del barn som far illa är även anhöriga till föräldrar med sviktande föräldraförmåga, och vissa barn behöver placeras utanför hemmet. Men många barn som far illa kommer aldrig till myndigheternas kännedom. Mörkertalet är stort, trots att anmälningsplikten vid oro för barn som far illa eller riskerar att fara illa är lagstadgad för flera grupper som möter barn i sitt arbete, exempelvis alla som arbetar inom hälso- och sjukvården och tandvården. Inledningsvis beskrivs i detta avsnitt socialtjänstlagen, begreppet ”barn som far illa” samt forskningsbaserad evidens för några av de allvarliga följder barn som far illa riskerar på kort och lång sikt.

Socialtjänstlagen - kort historik

Nuvarande socialtjänstlag (2001:453) trädde i kraft den 1 januari 2002. Denna bygger till stora delar på 1980 års socialtjänstlag (1980:620), vilken i sin tur ersatte fyra tidigare vårdlagar – lagen om socialhjälp (1956:2), lagen om nykterhetsvård (1954:579), barnavårdslagen (1960:97) och lagen om barnomsorg (1976:381). Den gemensamma lagen för sociala frågor 1980 var tänkt att underlätta en helhetssyn på människans behov och förutsättningar, samt ha en mer stödjande och hjälpande inriktning istället för kontrollerande (Nordström och Thunved 2005, se Janson, Jernbro och Långberg, 2011; SOU 2020:47) med insatser baserade på frivillighet (SOU 2020:47). Ansvaret för att tillgodose barns behov är vårdnadshavarnas (oftast föräldrarnas), men socialnämnden i varje kommun ansvarar för att barn ska få växa upp under trygga och goda förhållanden och har det yttersta ansvaret för barns välfärd när vårdnadshavarna sviktar (Janson, Jernbro och Långberg, 2011). Vid en anmälan om att ett barn far illa är socialtjänsten skyldig att omgående bedöma barnets skyddsbehov, inom två veckor ta ställning till om utredning ska inledas eller inte, samt se till att barnet får det stöd och skydd det behöver (SOU 2020:47).

Eftersom en anmälan kan vara livräddande skärptes socialtjänstlagen år 2013 till anmälningsplikt redan vid *misstanke* om att ett barn far illa (Socialstyrelsen, 2019). Dessförinnan krävdes *kännedom* om ”något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd” (Socialstyrelsen, 2014a). I samband med detta tillkom också en möjlighet att få återkoppling om anmälan lett till en utredning eller inte (Socialstyrelsen, 2014a). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) ska vårdpersonal som möter vuxna som utsatts för våld i nära relation fråga om det finns minderåriga barn i hushållet, och i så fall genast anmäla detta till socialtjänsten. (Socialstyrelsen 2014a; Socialstyrelsen 2019).

Socialtjänstlagen är tänkt att vara en målinriktad ramlag med skyldigheter för kommunen och rättigheter för den enskilde. Genom åren har lagen ändrats flera gånger och blivit mer detaljstyrd. För att göra lagen lättare att förstå och tillämpa har ett förslag om en ny socialtjänstlag (som är tänkt att ersätta den nuvarande från den 1 januari 2023) lämnats till regeringen den 26 augusti 2020 (SOU 2020:47). Några av ändringsförslagen är: ytterligare förstärkning av barnrättsperspektivet, införande av ett socialtjänstdataregister (för att kunna samla in nationell statistik på ett liknande sätt som i hälso- och sjukvården), samt att vissa insatser (som föräldrastöd) ska kunna ges utan föregående behovsprövning för ökad tillgänglighet (SOU 2020:47).

Begreppet ”barn som far illa” och anmälningsplikt

En anmälan till socialtjänsten bottenar i oro för att ett barn far illa eller riskerar fara illa. Begreppet ”barn som far illa” är avsiktligt mycket brett. Det utgår från WHO:s definition av ”child maltreatment” vilket inkluderar alla former av övergrepp, försummelse eller utnyttjande av barn som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling (Socialstyrelsen, 2014a). Exempel kan vara barn som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp eller kränkningar, har stora problem i förhållande till sin familj, blir vittne till våld eller lever i en miljö där våld och hot om våld förekommer. Det kan också handla om barn och unga som far illa på grund av sitt eget beteende, exempelvis på grund av missbruk, kriminalitet eller annat självdestruktivt beteende. (Socialstyrelsen, 2014a; Socialstyrelsen, 2014b).

Enligt socialtjänstlagen (SoL 2001:453, kap. 14 1§) är alla inom vissa myndigheter och verksamheter som i sin yrkesroll kommer i kontakt med barn, direkt eller indirekt, skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten när de får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Anmälningsplikten gäller anställda inom polis, kriminalvård, rättspsykiatri, säkerhetspolisen, förskola/-skola, hälso- och sjukvård samt tandvård (Socialstyrelsen, 2014b). Anmälningsskyldigheten gäller även om man vet att en tidigare anmälan gjorts av någon annan, och det är viktigt att anmäla på nytt om oron för barnet skulle kvarstå (Socialstyrelsen, 2014b). Anställda inom övriga verksamheter, liksom privatpersoner, uppmanas att anmäla oro för barn som far illa, men är inte skyldiga att göra det enligt lag. (Socialstyrelsen 2014b). I dagligt tal kallas en anmälan till socialtjänsten för ”orosanmälan” eftersom det är oron för barnet man anmäler. Det är sedan socialtjänstens uppgift att omgående bedöma om barnet behöver omedelbart skydd samt att inom 14 dagar ta ställning till om en utredning ska inledas eller inte. (Socialstyrelsen 2014b).

Våld mot barn ger svåra följd effekter på kort och lång sikt

Begreppet våld förknippas ofta med fysiskt våld och fysiska skador. Det finns dock andra former av övergrepp mot barn som kan vara minst lika skadliga för barnet, såsom försummelse, psykiskt våld, sexuella övergrepp och att bevittna våld inom familjen (Gilbert, et al., 2009; Unicef, 2018). Det är väl känt att barn som utsätts för våld löper ökad risk för beteendemässiga, fysiska och psykiska hälsoproblem, både i närtid (som fysiska och psykiska besvär, sämre skolprestationer, skador) (Janson, Jernbro och Långberg, 2011) och på lång sikt (Gilbert, et al., 2009). Dessutom är risken större att dessa barn i sin tur utsätter både andra och sig själva för våld. De oftare inblandade i mobbning,

både som offer och förövare, och risken är betydligt större för självskadebeteende och självmordsförsök (Gilbert et al., 2009; Janson, Jernbro och Långberg, 2011; Jernbro och Janson 2016). Barn som utsätts för en form av våld utsätts ofta för flera, särskilt när det handlar om allvarligt våld, upprepat våld eller försummelse (Gilbert et al., 2009; Jernbro och Janson 2016). Risken för allvarliga konsekvenser ökar kraftigt vid ökad exponering (Campbell, Walker och Egede, 2016; Jernbro och Janson 2016; Jernbro och Landberg, 2020).

Adverse Childhood Experiences (ACE)

Samband mellan utsatthet i barndomen och konsekvenser längre fram i vuxenlivet är vetenskapligt väl belagda. Den första banbrytande ACE-studien (Adverse Childhood Experiences) 1998 har inspirerat till ett stort antal liknande studier runtom i världen (Felitti et al., 1998; Felitti, 2019a). För att ta reda på hur vanligt det är med svåra upplevelser i barndomen fick drygt 17 000 personer ur den amerikanska normalbefolkningen svara på en enkät om negativa händelser i barndomen (ACE), utöver en enkät om levnadsvanor och riskfaktorer, inför en sedvanlig hälsoundersökning. Enkätsvaren kopplades sedan samman med medicinska data från olika register. Antal ACE användes som mått på utsatthet i barndomen. Som ACE räknades utsatthet för fysisk misshandel, psykisk misshandel, sexuella övergrepp, om det i familjen förekommit missbruk, psykisk sjukdom, våld eller fängelsedom, fysisk försummelse, psykisk försummelse och om föräldrarna separerat (totalt 10 ACE) (Petrucelli, Davis och Berman, 2019).

Förekomsten av ACE var överraskande hög i den allmänna befolkningen (mer än hälften hade upplevt en ACE, en fjärdedel två samt mer än var tjugonde person minst fyra ACE). Sambandet mellan antalet ACE och ohälsa var mycket tydligt och blev starkare ju fler händelser man upplevt (dos-respons samband). Bland dem som angett att de i barndomen utsatts för minst fyra ACE (jämfört med inga) ökade risken kraftigt för både psykisk och fysisk sjukdom i vuxen ålder. Riskökningen var lägst för svår fetma, diabetes och cancer (mindre än 2 gånger) och blev gradvis starkare för rökning, dålig självskattad hälsa, hepatit/gulsot, sexuellt riskbeteende, ischemisk hjärtsjukdom, stroke, kronisk bronkit/emfysem och depression senaste året (2 - 5 gånger). Starkast samband sågs för alkoholism (7 gånger), injektionsmissbruk (10 gånger) och suicidförsök (12 gånger) (Felitti et al., 1998). Barn som utsatts för 6 eller fler ACE levde 20 år kortare än förväntat (Brown et al., 2009).

Samband har bekräftats för fler utfall i vuxen ålder som posttraumatisk stress, ekonomiska svårigheter, våldsbeteende och kriminalitet (Campbell, Walker och Egede, 2016; Gilbert et al., 2009). Författarna till en meta-analys av 37 ACE-studier (poolade resultat för mer än 250 000 deltagare) betonade det problematiska med att de allra starkaste sambanden finns med faktorer som i sig innebär en akut risk för nästa generation att fara illa, det vill säga våld, psykisk sjukdom och drogberoende (Hughes et al., 2017). (Barnen i nästa generation kommer då både att själva fara illa och vara barn som är anhöriga.)

Hur medför utsatthet i barndomen sjukdom i vuxen ålder?

Utsatthet för kronisk stress påverkar hälsan över tid genom flera mekanismer. Flera ohälsosamma levnadsvanor (som rökning, alkohol, droger, tröstätning och sexuell

riskbeteende) kan användas som kortsiktig stresshantering med skadliga effekter över tid (Felitti et al., 1998; Sowder, Knight och Fishalow, 2018). Biofysiologiskt innebär en kronisk aktivering av stresshormonsystemet en rad skadliga effekter, såsom åderförfattning, stelare kärl och högre blodtryck, sämre blodsockerreglering, inflammatoriska reaktioner och ökad benägenhet till blodproppsbildning (Agorastos et al., 2019; Sowder, Knight och Fishalow, 2018). En tredje mekanism hänger ihop med att tidig och kumulativ misshandel är skadlig för hjärnans utveckling (Gilbert et al., 2009). Under uppväxten behöver barnet bland annat lära sig att hantera normalt förekommande stress under skydd av en god anknytningsrelation för att hjärnan ska utvecklas normalt. När barn utsätts för toxisk stress (svår, repetitiv, långvarig stress utan återhämtning/tillräckligt stöd) byggs strukturer i hjärnan de facto om, med stora konsekvenser för resten av livet (Franke, 2014).

Mycket att vinna om man kan förebygga att barn far illa och komma in tidigt vid behov!

Hälsoekonomiska beräkningar visar att det finns enormt stora vinster att hämta vid en minskning av svåra barndomsupplevelser (ACE) i befolkningen, både för samhället i stort och som besparingar för vården, utöver de rent mänskliga vinsterna i form av minskat lidande (Bellis et al., 2019; Felitti, 2019b).

Nationellt perspektiv

Hur många barn far illa?

Det är svårt att uppskatta hur många barn som far illa i Sverige av flera orsaker. Dels innebär ämnets känsliga natur och barns beroendeställning en omfattande underrapportering med ett okänt stort mörkertal. Officiell statistik av antal polisanmälningar eller anmälningar till socialtjänsten ger inte en rättvisande bild (Jernbro och Janson, 2016). Dels är begreppet ”barn som far illa” svårt att avgränsa och därmed svårt att mäta. Hur vanligt något är beror på hur detta definieras (vad ingår, vad ingår inte), tidsramen (senaste året, någonsin), vem som tillfrågas (befolkningen i allmänhet eller specifika grupper) samt hur frågorna ställs (anonyma enkäter ger generellt högre prevalens än intervjuer, detaljerade delfrågor ger högre prevalens än en enkel ja/nej fråga). I forskning, praktiskt arbete, allmänna råd och lagtexter har man istället för ”barn som far illa” använt olika parallellbegrepp och underbegrepp som omsorgssvikt, barnmisshandel, sexuella övergrepp och vanvård (Lundén, 2010; Socialstyrelsen, 2014a).

Aga (kroppslig bestraffning av barn)

Kort historik

Fram till andra hälften av 1900-talet ansåg svenska föräldrar att kroppslig bestraffning (aga) var en naturlig och närmast nödvändig del av barnuppfostran. I princip alla barn agades någon gång under uppväxten, mest frekvent i förskoleåldern (Janson, Jernbro och Långberg, 2011; Jernbro och Janson, 2016) (se även Faktaruta 2). Senare forskning visar att kroppslig bestraffning inte har några långsiktiga positiva effekter, även

om det kan hindra barn från vissa beteenden i ett akut skede. Tvärtom kan kroppslig bestraffning orsaka störningar i barnets utveckling med psykisk ohälsa och aggressivt beteende. Det finns även en risk att mildare former av fysisk bestraffning eskalerar till allvarigare former av våld (Jernbro och Janson, 2016; Grogan-Kaylor, Ma och Bermann, 2018).

Faktaruta 2 Solnastudien

En longitudinell studie med start från 1954 rekryterade var fjärde blivande mamma på Solna mödravårdscentral utanför Stockholm och följde 112 barn från födseln. Föräldrarna intervjuades med jämna mellanrum tills barnen var 16 år. Resultaten visade att 30 procent av föräldrarna slog sina barn dagligen när barnen var mellan 1 - 2 år och att 60 procent av flickorna och 70 procent av pojkarna blev slagna varje vecka upp till femårsåldern. Därefter avtog frekvensen, i synnerhet efter 10 års ålder, men omkring 70 procent av barnen hade ändå fått minst "ett rejält kok stryk" när de var mellan 6 och 14 år. Nästan alla mammor (95 %) hade slagit sitt barn någon gång under uppväxten medan papporna slagit sina barn i mindre utsträckning, i synnerhet flickorna. Samtliga barn i studien blev slagna någon gång under uppväxten.

Källa: Janson, Jernbro och Långberg, 2011; SOU 2001:18.

Från slutet av 1950-talet började svår fysisk barnmisshandel uppmärksammas i sporadiska rapporter och fallbeskrivningar i Sverige, men det tog tid innan begreppet barnmisshandel accepterades. År 1966 beslöt Riksdagen att Medicinalstyrelsen (föregångare till Socialstyrelsen) skulle utreda förekomsten av sjukhusvårdade barnmisshandelsfall samt föreslå tänkbara förebyggande åtgärder (Janson, Jernbro och Långberg, 2011).

Medicinalstyrelsen studerade alla sjukhusvårdade barnmisshandelsfall under den föregående 10-årsperioden 1957 – 1966 (119 barn), med uppseendeväckande resultat (Janson, Jernbro och Långberg, 2011; SOU 2001:18). Två tredjedelar av barnen var yngre än tre år och nästan en tredjedel var spädbarn. De yngsta barnen utsattes för den grövsta misshandeln och några dog. Omkring hälften av barnen kom från familjer med social misär, alkoholmissbruk och/eller svår psykisk sjukdom, hälften av dessa barn var även vanvårdade. Att vanvård och barnmisshandel förekom vid social misär och i kriminella miljöer var tidigare känt, men att svår misshandel förekom i alla samhällskategorier, även i skenbart välfungerande familjer, var en obehaglig nyhet som väckte starka reaktioner.

BRIS (Barnens Rätt i Samhället) bildades år 1971 (Janson, Jernbro och Långberg, 2011). En genomgång av ärenden vid landets barnavårdsnämnder presenterades i rapporten "Barn som far illa – en undersökning om barnmisshandel och skadlig uppväxtmiljö" 1974. Denna visade att anmälningarna oftast kom från polisen som ingripit vid lägenhetsbråk. Majoriteten (två tredjedelar) av barnen var under sju år. Var tredje barn hade misshandlats kroppsligt, pojkar oftare än flickor. Mödrarna var ofta ensamstään-

de och hälften av barnen omhändertogs för samhällsvård. Författarna bedömde att 70 procent av fallen kunde hänföras till skadlig uppväxtmiljö (Socialstyrelsen och Allmänna Barnhuset 1974 se Janson, Jernbro och Långberg, 2011).

Kunskapsutvecklingen och allmänhetens starka reaktioner ledde till att Sverige, som första land i världen, förbjöd all kroppslig bestraffning och annan kränkande behandling av barn år 1979 (Janson, Jernbro och Långberg, 2011).

Stor minskning efter aga-förbudet 1979

Sedan aga-förbudet har förekomsten av kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn undersökts kontinuerligt på nationell nivå, både gällande föräldrars användning och inställning (senaste året) och skolelevers erfarenheter av våld och kränkningar (någonsin) (Jernbro och Janson, 2016). Föräldrarnas inställning har ändrats radikalt på några decennier och den stora majoriteten tar idag kraftigt avstånd från all form av kroppslig bestraffning. Andelen agade förskolebarn har över tid minskat från 95 procent på 1960-talet, hälften på 1970-talet, en tredjedel på 1980-talet, till drygt vart tionde förskolebarn på 2000-talet (Socialstyrelsen, 2010). Undersökningar som efterfrågat huruvida föräldern slagit eller klappat till ett specifikt barn under det senaste året visar en minskning från 28 procent år 1980 till endast 1 procent år 2000 (SOU 2001:18), men vid den senaste nationella föräldraenkäten år 2011 hade andelen ökat svagt till 3 procent (Janson, Jernbro och Långberg, 2011).

En liknande nedgång ses för skolelever som någon gång blivit fysiskt bestraffade; från drygt var tredje elev på mitten av 1990-talet till omkring var sjunde elev på 2000-talet (Janson, Jernbro och Långberg, 2011). Omkring var tjugonde elev har blivit utsatt för allvarlig misshandel (Janson, Jernbro och Långberg, 2011) och knappt vart tionde barn har bevittnat våld mellan de vuxna i familjen (Jernbro och Janson, 2016).

I den senaste nationella elevenkäten 2016, som besvarades av drygt 4700 skolelever i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2, användes en bredare definition av barnmisshandel än i tidigare enkäter som främst fokuserat på fysisk bestraffning. Definitionen inkluderade utsatthet för fysiskt/ psykiskt/ sexuellt våld, försummelse och att ha bevittnat våld mellan vuxna. Totalt uppgav 44 procent av eleverna att de utsatts för något av detta av en vuxen inom eller utom familjen, majoriteten - 36 procent - av sina föräldrar (alternativt styvföräldrar/ familjehemsföräldrar) (Jernbro och Janson, 2016). De flesta hade utsatts för mindre allvarligt våld vid enstaka tillfällen, men knappt 9 procent rapporterade minst tre olika former av våld och upprepad misshandel av grövre karaktär (Jernbro och Landberg, 2020). (För mer detaljerade resultat om de olika formerna av barnmisshandel, se Faktaruta 3.) De olika formerna av våld överlappade varandra. Var sjätte elev (17 %) hade utsatts för minst två former och hälften av dessa hade varit utsatta för tre eller fler sorters våld. Multiutsatthet överlappade med allvarlighetsgrad på våldet, de som varit utsatta för upprepat våld eller allvarligare former av våld hade också utsatts för fler sorters våld (Jernbro och Landberg, 2020).

Faktaruta 3.

Resultat från den nationella elevenkätundersökningen 2016

Den nationella elevenkätundersökningen 2016 visade att omkring var fjärde elev någon gång utsatts för **fysiskt våld av en vuxen** (förälder eller annan). I likhet med tidigare undersökningar under 2000-talet hade var sjunde elev (14 %) misshandlats fysiskt av en förälder, varav 3 procent många gånger. Nästan 11 procent av alla elever hade utsatts för allvarliga former av fysisk barnmisshandel (som att bli kraftigt slagen med hand eller knytnäve, bli sparkad, bränd eller skållad, klämd över strupen eller halsen, slagen med käpp, skärp, linjal eller liknande, hotad eller skadad med kniv eller skjutvapen). Var tjugonde elev (5 %) hade utsatts för fysiskt våld vid upprepade tillfällen (oftast allvarligt våld).

Psykiskt våld från vuxna (oftast hot om fysiskt våld och systematiska förolämpningar) rapporterades av 16 procent, varav majoriteten (11 %) av föräldrar (oftare pappa än mamma).

I den nationella elevundersökningen 2016 hade frågan om **våld mellan vuxna i familjen** utökats till både fysiskt och psykiskt våld. Totalt sett hade 14 procent av eleverna upplevt fysiskt eller psykiskt våld mellan de vuxna i familjen. Åtta procent rapporterade fysiskt våld, 3 procent vid flera tillfällen. Pappor stod för det mesta av det fysiska och systematiska våldet. När endast elever i årskurs 9 jämfördes med tidigare undersökningar hade andelen som upplevt fysiskt våld mellan föräldrar halverats sedan år 2006 (från 12 % till 6 %).

Drygt 6 procent av eleverna hade blivit **försummade** under sin uppväxt (mätt med ett validerat ACE-instrument med 10 frågor). Nästan var tionde elev upplevde att de inte har en förälder som bryr sig om dem (oftast pappan) och 1 procent att ingen förälder bryr sig.

När förövare inte begränsades till enbart vuxna hade var fjärde elev (40 % flickor och 10 % pojkar) utsatts för sexuella övergrepp, de flesta första gången i tonåren av en jämnårig. Knappt var tionde elev (14 % flickor och 2 % pojkar) hade utsatts för sexuellt övergrepp av någon vuxen, oftast okänd. Förälder eller styvförälder angavs som förövare av 2 procent (4 % flickor och 0,4 % pojkar).

Källa: Jernbro och Janson, 2016.

Våld utanför hemmet

Våld förekommer inte bara inom familjen - barn och unga kan också utsättas för våld i skolan (mobbing) och ute i samhället (SOU 2001:72). När unga vuxna beskriver sin utsatthet för olika former av våld under uppväxten framkommer att de oftare blivit utsatta för våld som tonåringar än som yngre barn, och att förövarna oftast varit andra barn och ungdomar (Cater, Andershed och Andershed, 2014). När det gäller våld utanför hemmet ses inte samma gynnsamma utveckling över tid som när det gäller barn-aga (SOU 2001:72). Mobbing har blivit vanligare bland skolbarn det senaste decenniet, framför allt bland 13- och 15-åriga flickor (Folkhälsomyndigheten, 2019). Otrygghet och oro för brott har ökat generellt och den senaste nationella trygghetsundersökningen visar att var femte pojke i åldern 16 - 19 år är orolig för att bli rånad, en dubblering sedan 2017, samt att fler också har blivit rånade (Brå, 2020a; Brå, 2020b).

Sammantaget kan man utifrån olika undersökningar konstatera att en betydande andel av barn och ungdomar i Sverige utsätts för olika former av våld under uppväxten (Annerbäck et al., 2010; Cater, Andershed och Andershed, 2014; Jernbro och Janson, 2016).

Riskfaktorer för våldsutsatthet

Vissa grupper av barn löper högre risk att utsättas för våld än andra. En riskfaktor är en slags markör för eventuell skada där ett statistiskt samband ses på gruppnivå. Riskfaktorerna (som inte behöver vara orsaksfaktorer) överlappar ofta med varandra och ansamlas hos individer i vissa grupper i befolkningen. När flera riskfaktorer förekommer samtidigt accelererar risken för både våldsutsatthet och ohälsa (Janson, 2012). Man får dock inte glömma bort att ett barn kan fara illa utan att tillhöra en riskgrupp (Lundén, 2010).

Sammanfattningsvis är de allvarligaste riskfaktorerna för fysisk barnmisshandel i Sverige att det förekommer våld mellan föräldrarna och att föräldrarna själva vuxit upp med våld. Risken ökar ytterligare om föräldrarna missbrukar alkohol eller droger, eller om det förekommer kriminalitet med våldsinslag. Barn med funktionsnedsättning (speciellt neuropsykiatriska tillstånd) är särskilt utsatta (Janson, 2012). Nedan följer en utförligare beskrivning av riskfaktorer uppdelat på bakgrundsfaktorer, faktorer hos barnet och föräldrafaktorer.

Bakgrundsfaktorer

Familjens livsvillkor har stor betydelse för barns risk att utsättas för våld (Janson, 2012). Sociala och ekonomiska problem, stora hushåll med barn från olika förhållanden, arbetslöshet, social isolering, svagt nätverk och svaga grannskap, samt en ”kultur” som tillåter misshandel är alla faktorer som ökar risken för barnmisshandel och försummelse, särskilt när flera faktorer förekommer samtidigt. Svenska studier visar att risken för fysisk bestraffning av barn i familjer med svag ekonomi är drygt tre gånger högre, risken för utlandsfödda barn tre gånger högre och barn till ensamstående föräldrar två och en halv gånger högre (än motsvarande jämförelsegrupp) när riskökningen beräknats med hänsyn till andra faktorer som kan påverka sambanden (Janson,

2012). Föräldraundersökningar visar att utlandsfödda föräldrar, särskilt pappor, är mer positiva till kroppslig bestraffning än svenskfödda föräldrar, samt att andelen föräldrar som slagit sitt barn senaste året var lägst bland svenskfödda mammor (2,4 %) och högst bland utlandsfödda pappor (11 %) (Janson, Jernbro och Långberg, 2011).

Faktorer hos barnet

Barnets ålder och kön har betydelse. Barnmisshandel är mest frekvent och som mest allvarlig under de tidigaste barnåren. Barn som sluppit fysisk bestraffning vid 12 års ålder är oftast förskonade resten av uppväxten (Janson, Jernbro och Långberg, 2011). Mönstret kan dock vara annorlunda i vissa invandrargrupper från mer traditionella kulturer. I utpräglade storfamiljskulturer är ofta små barn mer skyddade då de passas av flera personer, medan pojkar i skolåldern oftare bestraffas fysiskt i uppfostrings-syfte (Janson, 2012). Välintegrerade invandrarföräldrar (som har tillägnat sig svenska språket, har arbete och egen bostad) använder mer sällan våld för att lösa konflikter med sina barn (Janson 2007, se NCK 2010). Under uppväxten ökar risken för våld utanför hemmet i takt med att barnet blir äldre och rör sig mer ute i samhället på egen hand (Jernbro och Landberg, 2020).

Flickor och pojkar utsätts i olika utsträckning för olika våldsformer och av olika förövare. Flickor rapporterar mer barnmisshandel som begås av föräldrarna och är mer utsatta för sexuella övergrepp, både av vuxna och jämnåriga. De mobbas oftare än pojkar. Pojkar är däremot mer utsatta för fysisk misshandel av andra vuxna än föräldrar (Jernbro och Janson, 2016). Barn och unga som inte identifierar sig med sitt biologiska kön är en särskilt utsatt grupp. Knappt två procent av eleverna i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 besvarade frågan om de var pojke/man eller flicka/kvinna med svarsalternativet ”Den indelningen passar inte för mig” i den nationella elevenkäten 2016. Dessa elever uppgav att de utsatts för alla former av misshandel (fysisk, psykisk, våld mellan vuxna i familjen, sexuella övergrepp, försummelse) i mycket större utsträckning än övriga elever (Jernbro och Janson, 2016).

Barn med kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning är omkring dubbelt så ofta utsatta för såväl barnmisshandel som mobbning jämfört med friska barn, och risken är särskilt förhöjd vid neuropsykiatriska tillstånd (Fridh, 2018; Jernbro och Janson, 2016). Det är även dubbelt så vanligt att dessa barn upplevt våld mellan de vuxna i hemmet (Jernbro och Janson, 2016).

Föräldrafaktorer

Den absolut starkaste riskfaktorn för våld mot barnet är våld mellan de vuxna i hemmet vilket ger en 10-faldigt ökad risk (Janson, Jernbro och Långberg, 2011). Det är oftast pappan som slår mamman (och barnen). Risken är störst i familjer med låg social position, oavsett om denna bedöms efter yrke, utbildningsnivå eller ekonomi (Janson, Jernbro och Långberg, 2011). Risken för barnmisshandel är hög för föräldrar som har egna erfarenheter av våld (och av våld som konfliktlösning) (Janson, 2012). Risken är också hög vid föräldrars missbruk och kriminalitet, i synnerhet om barnet har en funktionsnedsättning (Janson, 2012). Alkoholmissbruk ökar risken för aggressivt beteende, och barn till föräldrar med hög alkoholkonsumtion löper tre gånger högre risk

för fysisk bestraffning än övriga barn (Janson, 2012). Om föräldern är påverkad vid en konflikt med barnet är risken överhängande - i elevundersökningen 2011 svarade 4 procent av barnen att föräldern varit påverkad av alkohol, droger eller läkemedel i samband med deras senaste konflikt, och 60 procent av dessa elever hade blivit slagna (Janson, Jernbro och Långberg, 2011).

Risken för alla former av barnmisshandel ökar när separerade föräldrar inte är överens om boende och umgänge (Jernbro och Janson, 2016). Risken är också större för barn som inte får bestämma själva över sitt liv. I den nationella elevenkäten 2016 ställdes en fråga om självbestämmande för barnet rörande utseende, kläder, kompisar, fritidsaktiviteter, utbildning, religion/livsåskådning, politisk eller ideologisk uppfattning samt val av livspartner. Den stora majoriteten fick själva bestämma i dessa frågor, men signifikanta skillnader sågs utifrån föräldrarnas födelseland (inom eller utanför Norden). För barn vars föräldrar var födda utanför Norden var självbestämmandet lägre på samtliga områden, särskilt för möjligheten att själv bestämma religion/livsåskådning och vem de får gifta sig med eller bo tillsammans med. De barn som inte själva får bestämma sin framtida partner hade mycket oftare upplevt alla former av barnmisshandel (fysisk, psykisk, försummelse, våld mellan föräldrar och sexuella övergrepp) än barn som får bestämma partner själv (Jernbro och Janson, 2016).

Risken för multiutsatthet (minst tre former av våld) var trefaldigt ökad för elever födda utanför Norden men nästan 9-faldigt ökad för elever som inte får välja sin framtida partner själv (Jernbro och Landberg, 2020). Risken för multiutsatthet var likaledes nästan 9 gånger större för barn som bott hos en vuxen med drogproblem, psykisk sjukdom, suicidförsök och kriminalitet. För elever som varken identifierar sig som flicka eller pojke var risken knappt fyrfaldig (Jernbro och Landberg, 2020). (Som tidigare beskrivits ökar multiutsatthet kraftigt risken för allvarliga hälsokonsekvenser, se sida 28).

Vid allvarligt sviktande föräldraförmåga kan barn behöva placeras utanför hemmet i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) (detta gällde knappt 2 procent av eleverna i den nationella elevenkäten 2016). Dessa barn rapporterar barnmisshandel dubbelt så ofta, och har dessutom varit utsatta för fler former och grövre fysisk misshandel, än andra barn, vilket sannolikt varit anledningen till att de placerats utanför hemmet (Jernbro och Janson, 2016).

Skyddande faktorer

Internationella långtidsstudier av barn som vuxit upp under mycket svåra förhållanden visar att en tredjedel fungerade väl som vuxna. Skyddsfaktorerna för dessa var att de var välbegåvade, hade ett lugnt temperament och en god psykisk stabilitet, gott självförtroende, en mental öppenhet och nyfikenhet. De var också ansvarstagande och satte upp mål i livet samt hade förmåga att be andra om hjälp. Dessa karakteristika är till stor del genetiskt betingade. Mer påverkbara faktorer var att ha en trygg relation till minst en vuxen utanför familjen, att få hjälp att bearbeta smärtsamma upplevelser och yttre hjälp att hantera sin aktuella situation (Socialstyrelsen, 2010).

Anmälningar till socialtjänsten har ökat över tid

Det finns inget nationellt insamlingsystem för anmälningar om barn som far illa/ riskerar att fara illa i Sverige (SOU 2020:47). Sammanställningar försvåras av att olika kommuner använder olika system för dokumentation och datauttag (Socialstyrelsen, 2014a; SOU 2020:47). Socialstyrelsen har emellertid gjort ett par kartläggningar som visar att antalet anmälningar till socialtjänsten ökat över tid; från omkring 140 000 anmälningar (för 60 000 barn) år 2010 motsvarande 3 procent av alla barn i Sverige, till omkring 330 000 anmälningar (för 180 000 barn) år 2018 motsvarande 8 procent av alla barn i Sverige (Socialstyrelsen, 2019). (Observera att ett och samma barn kan generera flera orosanmälningar.) En närmare beskrivning av Socialstyrelsens kartläggning av anmälningar till socialtjänsten för år 2018 ges i Faktaruta 4.

Faktaruta 4.

Socialstyrelsens kartläggning av anmälningar till socialtjänsten år 2018

Könsfördelning: Fler pojkar (55 %) än flickor (45 %).

Åldersfördelning: Nästan två tredjedelar 0 - 12 år.

Anmälningsorsak: Den primära anmälningsorsaken handlade oftare om föräldrars/ vårdnadshavares problematik (nästan 40 %) än om barnet själv (33 %) och var femte anmälan (20 %) berörde våld i nära relation. Eftersom våld i nära relation också är en form av vuxenproblematik kan nästan 60 procent av anmälningarna kopplas till problem hos föräldrar/ vårdnadshavare.

För barn i åldern 0 - 12 år var anmälningar angående relationsproblem i familjen, omsorgssvikt, övergrepp och våld i familjen vanligast. Bland de yngsta barnen (0 - 6 år) var omsorgssvikt och våld i familjen vanligast. Anmälningar om psykisk ohälsa, beteendeproblem, kriminalitet och missbruk berör vanligen äldre barn och unga vuxna (13 - 20 år).

Anmälare: Anmälningarna kom lika ofta från polisen (21 %) som skola/förskola (21 %). På tredje plats kom anmälningar från hälso-, sjuk- och tandvård (17 %). Resterande 41 procent fördelades enligt följande: socialtjänst i egen kommun (11 %), privatperson (9 %), förälder/ vårdnadshavare/ annan anhörig (7 %), myndighet eller socialtjänst i annan kommun (4 %), samt gruppen "Annan" (9 %) (som till exempel inkluderade myndigheter som inte är anmälningskyldiga, hyresvärdar och ideella föreningar).

Utredning: Omkring fyra av tio anmälningar resulterade i att socialtjänsten påbörjade en utredning. En något större andel barn i den yngsta åldersgruppen 0 - 6 år blev utredda jämfört med andelen anmälda (31 % jämfört 27 %).

Källa: Socialstyrelsen, 2019.

Reflektioner kring ökningen av antal anmälningar

Den trefaldiga ökningen av antalet anmälningar till socialtjänsten mellan undersökningsåren 2010 och 2018 beror troligen delvis på lagändringen år 2013, som just syftade till att öka anmälningsbenägenheten hos anmälningskyldiga. Att den svenska befolkningen blivit större kan endast förklara en mindre del av ökningen (Socialstyrelsen, 2019). Det kan inte uteslutas att ökningen även beror på att fler barn far illa än tidigare.

Varför kommer inte fler barn till myndigheternas kännedom?

Det är mycket svårt att uppskatta hur många orosanmälningar som ”borde” göras. Även om utvecklingen gått på rätt håll när det gäller föräldrars bruk av kroppslig bestraffning är det fortfarande alltför många barn som är utsatta för olika typer av våld, och alltför få som avslöjar misshandeln (Jernbro och Janson, 2016). Nationella undersökningar talar för att omkring två tredjedelar av misshandelsfallen och mindre än hälften av de sexuella övergreppen blir kända av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2010). En undersökning visar att endast sju procent av de skolbarn som utsatts för våld kommer till myndigheternas kännedom (skolpersonal, socialtjänsten, polisen eller liknande) (Annerbäck et al., 2010).

Mörkertalet särskilt stort för små barn och för brott inom familjen

Mörkertalet är särskilt stort för brott mot mindre barn och för brott som sker inom familjen. Förövaren har förstås flera anledningar att inte berätta vad som hänt. Riktigt små barn *kan* inte berätta och lite större barn mörklägger av lojalitet eller rädsla. Den vuxna förövaren kan hota med att försvinna, skada barnet igen eller att skada någon annan i familjen, som ett syskon eller ett älsklingsdjur (Socialstyrelsen, 2010).

Vem berättar unga för?

Unga berättar i första hand för vänner, syskon eller en pojkvän/ flickvän (Annerbäck et al., 2010; Janson, Jernbro och Långberg, 2011). Bland dem som utsatts för allvarlig fysisk misshandel, upplevt våld mellan vuxna i familjen eller utsatts för sexuella övergrepp av en vuxen person hade omkring vart femte barn avslöjat misshandeln för en professionell person (skola, socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård eller ungdomsmottagning) enligt den nationella elevundersökningen 2016 (Jernbro och Janson, 2016). Kvalitativa studier visar att barn och ungdomar inte avslöjar misshandel på grund av lojalitet till föräldrarna, skam- och skuldskänslor, eller på grund av bristande förtroende för vuxna. Ju mer utsatt barnet är, desto sämre är förtroendet för vuxna (Jernbro och Janson, 2016; Jernbro et al., 2017).

Gråzon med känslomässiga och praktiska svårigheter för anmälare

Att göra en anmälan är inte alltid så lätt, trots lagändringen 2013 som uppmuntrar att anmäla redan vid misstanke om att ett barn far illa. Särskilt svårt är det för våldsformer som inte lämnar fysiska spår (Lundén, 2010). En studie av barnhälsovårdspersonal och förskolepersonal visade att personalen oroade sig för att barn far illa i betydligt större

omfattning än de gjorde anmälan, och att de tecken som väckte oro borde ha föranlett anmälan enligt lagtexten (omkring vart tionde barn uppvisade faktiska tecken på omsorgssvikt) (Lundén, 2010). Omsorgssvikt väcker starka känslor och det finns en risk att oron för barnet minimeras när personalen diskuterar i grupp (Lundén, 2010).

Inom vården är det viktigt att uppmärksamma de barn som inte tas med till undersökningar och besök upprepade gånger, då detta kan vara uttryck för omsorgsbrist (Socialstyrelsen, 2014a). Att man inte agerar på sin anmälningsplikt inom hälso- och sjukvården kan bero flera saker, som bristande kunskap, överidentifikation med föräldrarna, oro för att en anmälan kan skada barnet samt att relationen till barnet och familjen befaras bli negativt påverkad. Långa behandlingskontakter bygger på allians med föräldrarna och man kan dra sig i det längsta för att riskera denna. Att ha både omvårdande och övervakande roller i mötet med barn som far illa och deras föräldrar är svårt, i synnerhet om det är föräldrarna som är de misstänkta förövarna (Mallén, 2011; Socialstyrelsen, 2014a). Avsteg från anmälningsplikten kan också bero på bristande civillkurage när vårdnadshavarna upplevs som hotfulla eller har kriminella kopplingar. I sådana fall kan flera personer som iakttagit det anmälda förhållandet skriva under en gemensam anmälan. (En anmälan från flera olika professioner vid samma tillfälle ger även socialtjänsten ett bredare perspektiv.) Anmälan kan också göras gemensamt med verksamhetschefen. Misstro till socialtjänstens möjligheter att förbättra situationen för barnet kan också påverka beslutet (Socialstyrelsen, 2014a). Det är dock viktigt att komma ihåg att underlåtenhet att anmäla i värsta fall kan leda till att barnet dör (Socialstyrelsen, 2019). Underlåtenhet att anmäla kan även ge rättsliga följder för den som har en lagstadgad anmälningsplikt (böter eller fängelse i högst två år för tjänstefel) (Socialstyrelsen, 2014a).

Man är inte skyldig att informera familjen innan en anmälan görs, men det kan underlätta den fortsatta kontakten. Utgångspunkten är att få föräldrarna att förstå att det finns en oro för barnets situation och att avsikten är att hjälpa och stödja barnet och familjen, samt att man som personal inom hälso- och sjukvården eller tandvården har en anmälningsskyldighet. Utarbetade rutiner för dessa samtal underlättar (Socialstyrelsen, 2014a). Det är emellertid viktigt att *inte* informera om att anmälan görs, om någon av föräldrarna eller nära anhörig är misstänkt för brott (Socialstyrelsen, 2014a).

Regionalt perspektiv

Regionala undersökningar

I Skåne har flera omfattande kartläggningar av befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor genomförts, varav några har riktats specifikt till föräldrar med små barn respektive skolelever. Svaren på några frågor om våld och otrygghet redovisas nedan.

Folkhälsoenkät små barn och föräldrar i Skåne 2013

Under hela år 2013 genomfördes en folkhälsoundersökning riktad till samtliga föräldrar med barn i åldern 8 månader respektive 4 år boende i Skåne, varav omkring hälften besvarade enkäten. En fråga ställdes om våld förekommit i familjen sedan barnet föddes. Detta bejakades av en procent av föräldrarna till 8 månader gamla barn, samt när det gäller föräldrar till 4-åriga barn, tre procent av mammorna och två procent av pappor/partners. Omkring hälften hade sökt hjälp (Region Skåne, 2014).

Folkhälsoenkät barn och unga i Skåne 2012 och 2016

Två omfattande anonyma enkätundersökningar har genomförts av elever i årskurs 6, årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 i Skåne år 2012 och 2016 (en uppföljande enkät planeras 2021). Eleverna fick frågor om hur trygga de känner sig på en rad olika platser, samt om de blivit utsatta för olika sorters brott senaste året och om de i så fall anmält detta till polisen (se Faktaruta 5). Resultaten från 2016 visar att omkring var tionde elev inte alltid känner sig trygg i sitt eget hem. Pojkar känner sig generellt tryggare än flickor (trots att pojkarna oftare utsatts för alla typer av brott med undantag för oönskad sexuell handling). Över tid har otryggheten ökat avsevärt på de flesta platser för flickor i alla åldrar och för yngre pojkar. Utsattheten för brott ökade med åldern, och mörkertalet var stort, endast en bråkdel av brotten polisanmälades (Region Skåne, 2016a).

Faktaruta 5.

Folkhälsoenkät barn och unga i Skåne 2012 och 2016

Syftet var att kartlägga livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland skånska barn och ungdomar i grundskolans årskurs 6 och 9 samt gymnasieskolans årskurs 2. Samtliga kommuner erbjöds att delta, varav 32 kommuner deltog på grundskolenivå och 33 på gymnasienivå. Enkäten besvarades anonymt på skoltid. År 2012 svarade drygt 29 000 elever (svarsfrekvens 79 %) och år 2016 drygt 27 000 elever (78 %).

Eleverna fick svara på en fråga om de kände sig trygga på olika ställen (tio alternativ: Hemmet; Utomhus i bostadsområdet; Utomhus i bostadsområdet kvällstid; Ute på stan/allmän plats; På buss/tåg; På väg till och från skolan; I klassrummet; På rasterna i skolan; Vid fritidsaktiviteter; Nöjesställen eller liknande (till exempel konsert, festival)) med tre svarsalternativ ("Ja, alltid"; "Ja, oftast"; "Nej"). År 2016 svarade omkring nio av tio elever att de alltid känner sig trygga i hemmet, vilket innebär att 10 procent inte alltid känner sig trygga i sitt eget hem. Andelen elever som inte alltid känner sig trygga i det egna hemmet ökade något mellan undersökningsåren i årskurs sex. Pojkar kände sig tryggare än flickor på alla efterfrågade platser, i synnerhet ute på stan, på buss/tåg, på nöjesställen samt utomhus kvällstid i bostadsområdet. Över tid har otryggheten ökat markant bland flickor i alla åldrar och bland yngre pojkar, men mest bland flickor i årskurs 9.

I skolenkäterna ställdes också en fråga om utsatthet för olika brott senaste året (sex alternativ: "Blivit allvarligt hotad av annan person"; "Blivit rånad"; "Blivit bestulen"; "Blivit slagen så att du behövt uppsöka skolsköterska, läkare eller tandläkare"; "Blivit slagen så att du fick ont men inte behövt uppsöka skolsköterska, läkare eller tandläkare"; "Blivit utsatt för oönskad sexuell handling") och om man i så fall gjort en polisanmälan. Pojkar hade oftare blivit utsatta för alla slags brott, med undantag för oönskad sexuell handling som oftare drabbat flickor. Utsattheten ökade generellt med åldern. Misshandel, hot och stöld var de vanligaste typerna av brott (samt för flickor även oönskad sexuell handling). Mörkertalen var stora, endast en bråkdel av brotten anmälades till polisen. De som hade utsatts för rån var mest benägna att göra en polisanmälan, men mer än hälften av rånen kom aldrig till polisens kännedom. Över tid hade andelen elever som utsatts för oönskad sexuell handling eller allvarligt hot ökat bland pojkar och flickor i samtliga årskurser. På gymnasiet uppgav var tionde flicka och var tjugonde pojke att de utsatts för oönskad sexuell handling senaste året, vilket är en dubblering från 2012. Däremot minskade andelen som blivit slagen utan att behöva söka vård bland elever i alla årskurser.

Källa: Folkhälsorapport barn och unga i Skåne 2016.

Fördjupningsrapport skolelever 2016: Ungas hälsa utifrån könsidentitet

I en kompletterande rapport analyserades data från folkhälsoenkät barn och unga 2016 med fokus på unga transpersoner (Region Skåne, 2018). År 2016 kunde de skånska eleverna för första gången definiera sin könsidentitet på fler sätt än tilldelat biologiskt kön (pojke/flicka/annat). Drygt 98 procent (26 562 elever) identifierade sig med sitt biologiska kön, så kallade cis-personer. De som identifierade sig med motsatt biologiskt kön, så kallade binära transpersoner, utgjorde 0,6 procent (173 elever) och de som valt svarsalternativet ”Annat”, så kallade icke-binära transpersoner, utgjorde 1,1 procent (299 elever). Generellt visar resultaten att transpersoner mår sämre än cis-personer, samt att icke-binära transpersoner mår sämre än binära transpersoner. Utöver att transpersoner jämfört med cis-personer uppger sämre självskattad hälsa, sämre levnadsvanor, oftare funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom, mindre nöjdhets med förhållandet till sin familj, mer ensamhet, lägre tillit (gäller icke-binära), mer självskadebeteende, så utsätts de också i högre grad för någon form av brott och blir oftare mobbade i skolan och på nätet. Transpersoner känner sig mindre trygga i hemmet och vid fritidsaktiviteter än cis-personer. Icke-binära transpersoner känner sig mer otrygga än cis-personer i bostadsområdet, i skolan (på vägen dit och hem, i klassrummet, på raster) och vid fritidsaktiviteter.

Uppdrag Barn som far illa vid Kunskapscentrum barnhälsovård – regional nivå

År 2006 fattade Region Skåne ett politiskt beslut att ta fram ett regionalt handlingsprogram för Barn som far illa. Detta färdigställdes av en expertgrupp i vilken bland annat regionens barnhälsovårdsöverläkare ingick. Handlingsprogrammet har reviderats i takt med lagändringar, senast 2014, (Region Skåne, 2015) och en ny revision pågår för närvarande.

År 2011 bestämde hälso- och sjukvårdsnämnden att en särskild satsning på barn och unga skulle göras utifrån handlingsprogrammet, vilket utmynnade i projektet Barn som far illa (Koncernkontoret, 2012). Syftet med detta projekt var att sprida handlingsprogrammet, mobilisera kontaktpersoner, samt att utbilda och fortbilda verksamheter inom hälso-, sjuk- och tandvården om anmälningsskyldigheten (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2012). Projektet resulterade i en tydlig ökning av anmälningar till socialtjänsten inom de verksamheter där det fanns utbildade kontaktpersoner. Exempelvis såg man att anmälningarna till socialtjänsten ökade markant vid de barnavårdscentraler (BVC) som hade utbildade kontaktpersoner under år 2012 jämfört med övriga BVC (Kunskapscentrum barnhälsovård, 2013). Bland annat utifrån dessa goda resultat permanentades projektet Barn som far illa år 2013, och uppdraget Barn som far illa placerades på Kunskapscentrum barnhälsovård.

Uppdrag Barn som far illa (BSFI) innebär att sprida kunskap om anmälningsskyldigheten för barn som far illa eller riskerar fara illa, att skapa goda förutsättningar för vården att kunna göra anmälningar och samverka med socialtjänsten, samt att samverka med vården och samhället i övrigt. Målgrupper för arbetet är all personal inom Region

Skånes hälso-, sjuk- och tandvård, inklusive personal som arbetar på uppdrag av Region Skåne. Inom uppdraget arrangerar Kunskapscentrum barnhälsovård regelbundet olika utbildningar; dels grundkursen Barn som far illa (som ges ett tiotal gånger per år till nya kontaktpersoner och andra intresserade), dels skräddarsydda utbildningar på uppdrag från olika verksamheter. Ytterligare fortbildning anordnas exempelvis i form av regionala konferenser.

En viktig del i uppdraget rör implementering av rutiner för anmälningsskyldigheten. Inom varje enhet ska därför finnas en utsedd kontaktperson som har till uppgift att bevaka och hålla sig uppdaterad inom området, delta i utbildningar, samt initiera fortbildning på den egna arbetsplatsen. Över tid har antalet kontaktpersoner ökat från 260 (år 2012) till över 1000 (år 2020). Kunskapscentrum barnhälsovård anordnar nätverksträffar (Barnforum) omkring sex gånger per år för verksamma kontaktpersoner, där deltagarna kan utbyta erfarenheter, diskutera framgångsfaktorer och inspireras av varandra.

I uppdraget Barn som far illa ingår ansvar för det regionala handlingsprogrammet *Barn som far illa* och dess uppdateringar (Region Skåne, 2015). Kunskapscentrum barnhälsovård är även involverat i framtagandet av närliggande regionala styrdokument, så som *Regionalt vårdprogram mot våld i nära relationer* och *Regional riktlinje för oro för väntat barn*¹.

En annan del av Barn som far illa-uppdraget rör samverkan med olika verksamheter inom Region Skåne, såsom BUP, vuxenpsykiatri, habilitering, ungdomsmottagningar, tandvården, ambulans, barnskyddsteam samt Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum migration och hälsa. Andra aktörer för samverkan är Skånes kommuner (tidigare Kommunförbundet Skåne), socialtjänsten och ideella organisationer.

Barnskyddsteam (BST) – lokal nivå

I Sverige skapades det första barnskyddsteamet år 2011 på Astrid Lindgrens sjukhus. Liknande har funnits länge i USA (Child Protection Team) och England (Safeguarding Teams) (NACHRI, 2011). Efter hand har fler barnskyddsteam etablerats på sjukhus inom olika regioner i Sverige, och sedan år 2015 finns ett nationellt nätverk för barnskyddsteam som sammankallas av Barnafriid (nationellt kunskapscentrum) (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017).

År 2017 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att barnskyddsteam skulle upprättas i Region Skåne vid akutsjukhusen i Malmö/Lund, Helsingborg och Kristianstad, i syfte att stärka skyddet på lokal nivå för barn som far illa (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017). Barnskyddsteamet arbetar tvärprofessionellt och består av läkare, sjuksköterska och socionom. Teamet utgår från akutsjukhusen men arbetar lokalt mot all hälso- och sjukvård inklusive tandvården. Det ger konsultativt stöd i ärenden där barn misstänks fara illa, utbildar personal kring orosanmälningar och dokumentation, sprider kunskap om anmälningsplikten utifrån varje verksamhets aktuella behov, arbetar med metodutveckling, stödjer implementering av metoder för att upptäcka utsatta barn, kan genomföra händelseanalys på uppdrag av verksamhetschef, och samverkar både inom vården samt mellan vården och andra myndigheter (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017; Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2018).

¹ [Regionalt vårdprogram mot våld i nära relationer](#)
[Regional riktlinje för oro för väntat barn](#)

Metod och material

I följande avsnitt redovisas tillgänglig regional statistik av anmälningar till socialtjänsten från ambulansverksamheten (manuellt registrerad 2016 - 2019), barnhälsovården (manuellt registrerad 2011 - 2019), hälso- och sjukvården (KVÅ-kodsregistreringar från koncernkontoret 2013 - 2019) samt tandvården (manuellt registrerad 2015). En intervju beskriver hur arbetet med barn som far illa kan gå till.

Resultat Barn som far illa

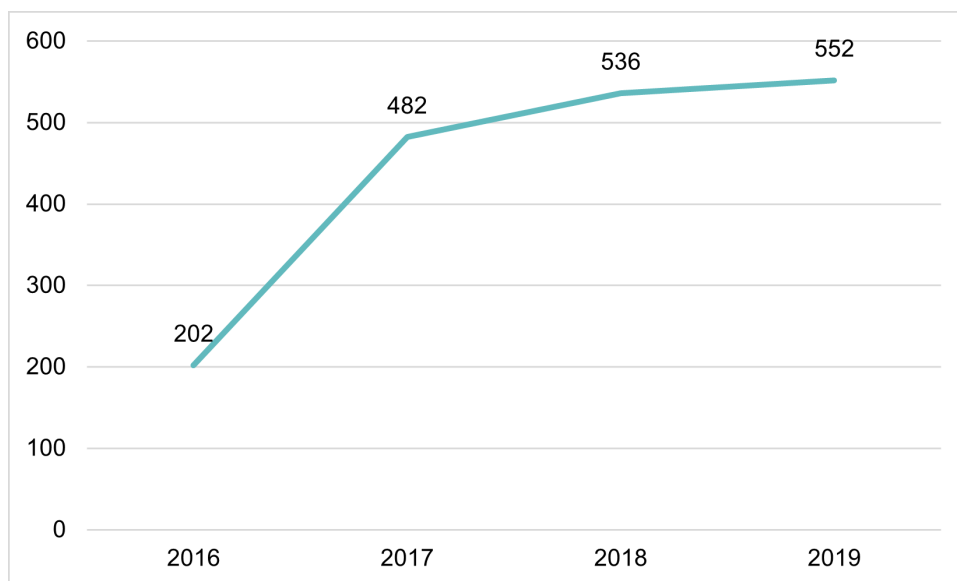
1. Ambulans

Region Skåne ansvarar för ambulanssjukvården i Skåne. Ambulanspersonal har en unik insynsmöjlighet eftersom de kommer in i hemmiljön vid akuta lägen och kan upptäcka missförhållanden som andra inte kan se (Krysell och Bertram, 2015). Sedan 2013 pågår ett arbete för att stärka ambulanspersonalen i att upptäcka och agera när de möter utsatta barn. Rutiner och riktlinjer har utarbetats för anmälan om oro för barn till socialtjänsten. Alla ambulansstationer har en till två utsedda kontaktpersoner som tillsammans med sin chef ska hålla kunskapen om anmälningsplikten levande, för såväl nyanställd som erfaren personal. Arbetet har drivits av Region Skånes Prehospitala Enhet (RSPE) i samarbete med Kunskapscentrum barnhälsovård, uppdrag Barn som far illa (BSFI).

Ambulanspersonal träffar vanligtvis familjen vid ett enda tillfälle. Beslutet att göra en anmälan kan försvåras av tidspress i den akuta situationen, men samtidigt underlättas av att inte behöva ta hänsyn till en fortsatt vårdrelation. En kvalitativ intervjustudie av ambulanspersonal i Skåne år 2015 visar att ambulanssjuksköterskor känner stort ansvar för barnen de möter och tar egna misstankar om att barn far illa på stort allvar. Anmälan skickades även när föräldrarna upplevdes som aggressiva eller hade kriminella kopplingar (Krysell och Bertram, 2015).

Som ett led i utvecklingsarbetet har ambulansverksamheten sedan år 2016 i samarbete med BSFI-uppdraget manuellt samlat in uppgifter om orosanmälningar till socialtjänsten. Antalet informationsöverföringar om oro för ofött barn till socialtjänsten har också registrerats.

Figur 6 visar att antalet orosanmälningar från ambulansverksamheten i Region Skåne mer än dubblats (nästan tredubblats) mellan åren 2016 och 2019, från 202 till 552 anmälningar.

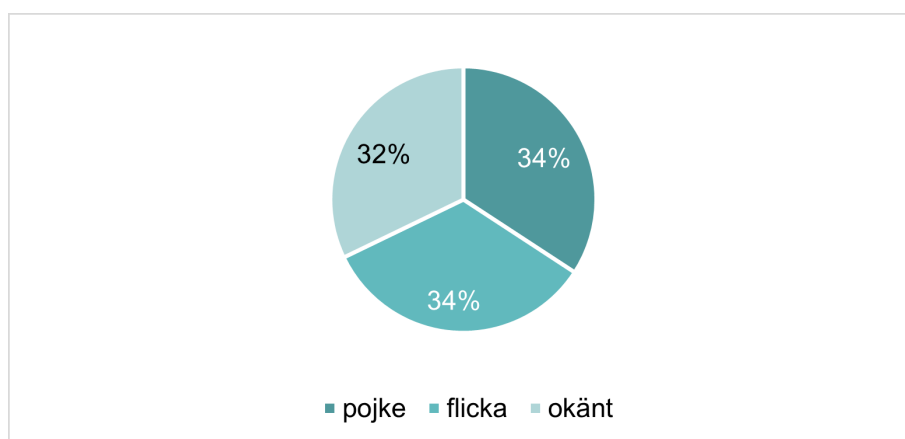


Figur 6. Antal anmälningar till socialtjänsten från ambulans i Region Skåne år 2016 - 2019

Den manuella registreringen innehåller uppgifter om barnets kommun, kön, ålder, huruvida en samtidig polisanmälan gjorts och anledning(ar) till anmälan.

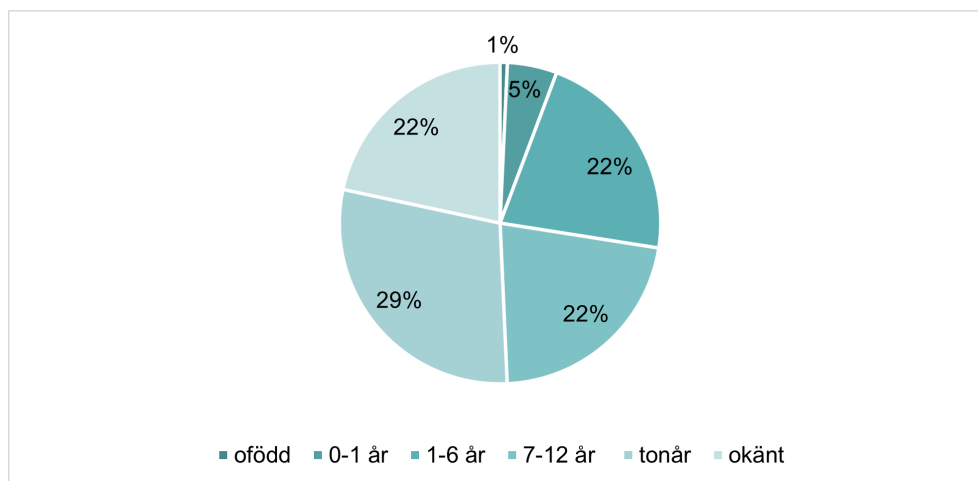
En samtidig polisanmälan gjordes för i genomsnitt 14 procent av anmälningarna till socialtjänsten (10 - 16 %).

Uppgifter om barnets kön visas i Figur 7. Omkring en tredjedel av anmälningarna gällde pojkar, en tredjedel flickor och den resterande tredjedelen barn av okänt kön. Att en tredjedel av anmälningarna saknade information om barnets kön kan bero på att ambulansinsatserna ofta är snabba, att könet inte gick att uppfatta, eller att barnet inte var hemma – på olika sätt har underlag saknats. Vi vet således inte den verkliga könsfördelningen i orosanmälningar från ambulanspersonal.



Figur 7. Barnens könsfördelning i anmälningar till socialtjänsten från ambulans.
Genomsnitt i procent för perioden 2016 - 2019.

På samma sätt saknas fullständig information om barnets ålder då denna var okänd i mer än var femte anmälan (22 %) (Figur 8). Anmälningar med registrerad ålder rörde oftare äldre barn än yngre. I de anmälningar där ålder registrerats var barnet oftare i tonåren (29 %) än 7 – 12 år (22 %) eller 1 – 6 år (22 %). Minst anmälningar med angiven ålder rörde spädbarn 0 - 1 år (5 %). En procent av ambulansverksamhetens registrerade fall rörde informationsöverföring till socialtjänsten om oro för ännu inte fött barn, vilket inte räknas som anmälan.



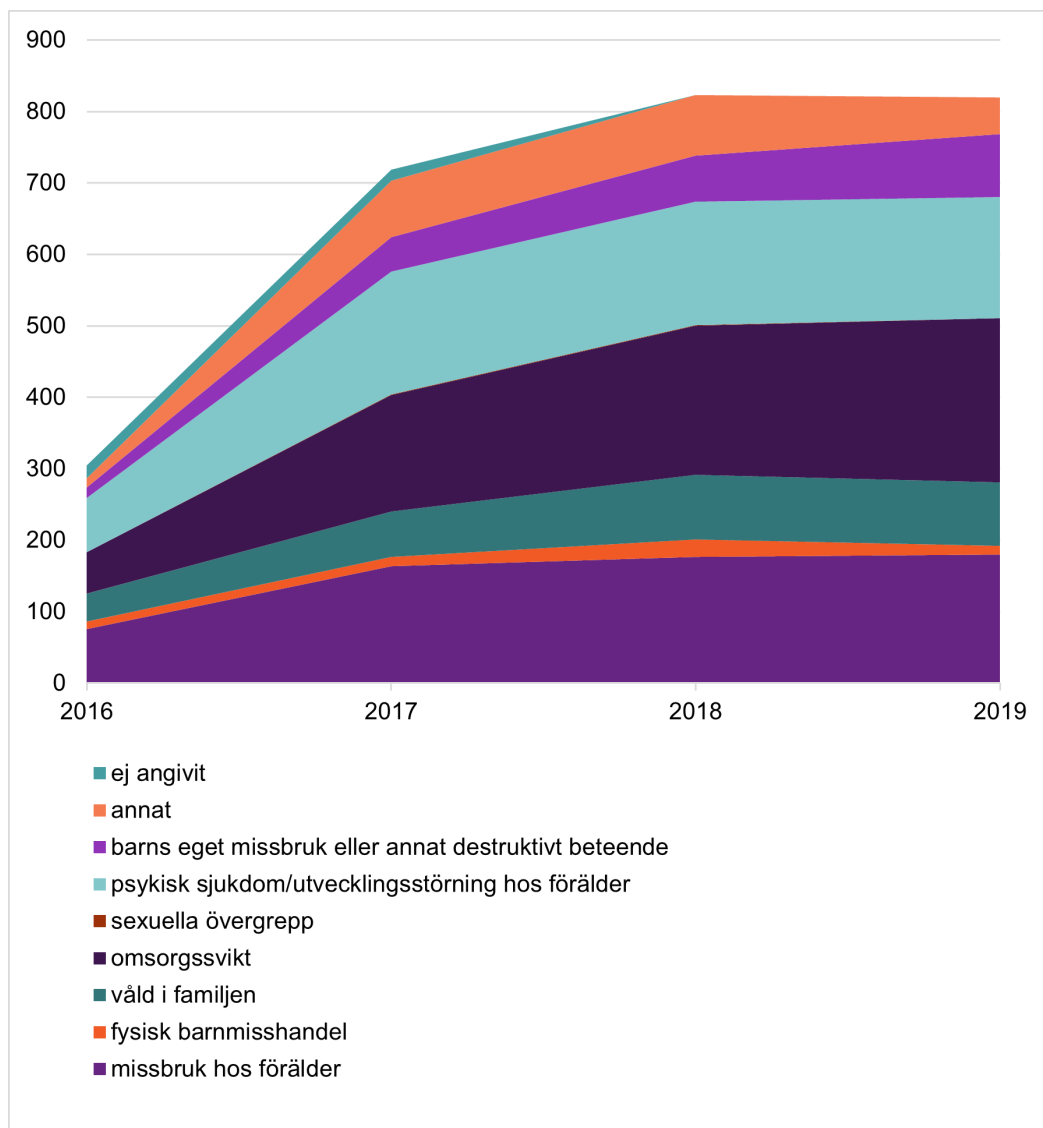
Figur 8. Barnens åldersfördelning i anmälningar till socialtjänsten från ambulans.

Genomsnitt i procent för perioden 2016 - 2019. Oro för ofödda barn registreras som "informationsöverföring till socialtjänsten" (ej anmälan).

När ambulanspersonal gör en anmälan till socialtjänsten kan en eller flera av följande orsaker anges:

Missbruk hos förälder; Fysisk barnmisshandel; Våld i familjen; Omsorgssvikt; Sexuella övergrepp; Psykisk sjukdom/utvecklingsstörning hos förälder; Barns eget missbruk eller annat destruktivt beteende; Annat (specificeras i fritext).

Figur 9 visar antalet anmälningar för varje orsak över tid. Totalantalet är betydligt fler än antalet orosanmälningar eftersom varje anmälan kan innehålla flera orsaker.



Figur 9. Anmälningsorsaker (antal per kategori) från ambulanspersonal till socialtjänsten år 2016 - 2019.

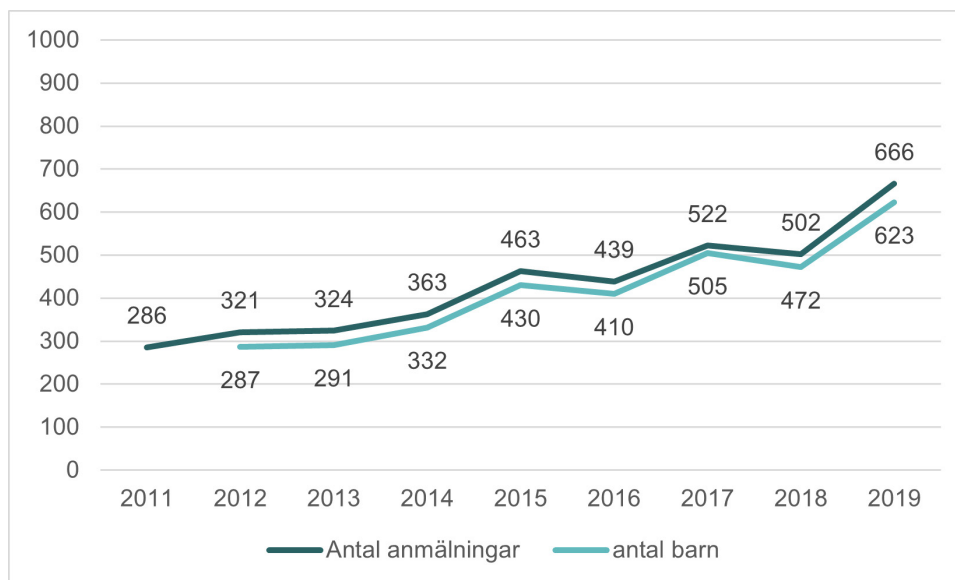
År 2019 var den vanligaste anledningen omsorgssvikt (28 %), därefter missbruk hos förälder (22 %) och psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning hos förälder (21 %). Våld i familjen och barns eget missbruk eller annat destruktivt beteende stod för vardera 11 procent. ”Annat” angavs i 6 procent av anmälningarna. Sällsynta orsaker var fysisk barnmisshandel (1,5 %) och sexuella övergrepp (angavs inte alls 2019). Den stora majoriteten handlade således om sviktande föräldraförmåga, medan drygt var tionde anmälan angav oro för barnet (eget missbruk eller annat destruktivt beteende).

2. Barnhälsovården (BHV)

Barnhälsovården är en viktig instans som möter i stort sett alla barn och familjer i Sverige. Det är barnet fyller 6 år eller börjar i förskola/skola överflyttas ansvaret till elevhälsovården. Under barnets första två levnadsår kommer barn och familjer på täta hälsobesök i enlighet med barnhälsovårdens frivilliga hälsoprogram, och det är under den perioden som barnhälsovårdspersonal har störst möjlighet att upptäcka behov och ge stöd till barn och familj (Socialstyrelsen, 2014a). Barnets två första år är ett mycket viktigt tidsfönster, både utvecklingsmässigt och för att insyn i familjen då oftare saknas från andra håll, som till exempel förskola (Lundén, 2010; Socialstyrelsen, 2014a). Barnhälsovårdens personal är skyldig att anmäla till socialtjänsten vid oro för att ett barn far illa eller riskerar att fara illa (Socialstyrelsen, 2014a). Tidigare studier visar att anmälningsfrekvensen generellt är låg från BHV. Det tas bristande hänsyn till barnets och familjens aktuella livsvillkor och journaldokumentationen saknar ofta viktig information (Köhler, 2017).

Samtliga barnvårdscentraler (BVC) i Skåne har registrerat uppgifter om verksamhetens orosanmälningar manuellt från och med år 2011, som därefter sammanställs av Kunskapscentrum barnhälsovård till en årlig barnhälsovårdsrapport.

Figur 10 visar att antalet anmälningar till socialtjänsten från BVC i Skåne ökade drygt tvåfaldigt mellan år 2011 och 2019, från 286 till 666 anmälningar (blå linje). Antalet orosanmälda barn (orange linje) ökade från 287 till 623 barn mellan år 2012 och 2019 (uppgift för år 2011 saknas). För en liten del av barnen har alltså mer än en anmälan gjorts.

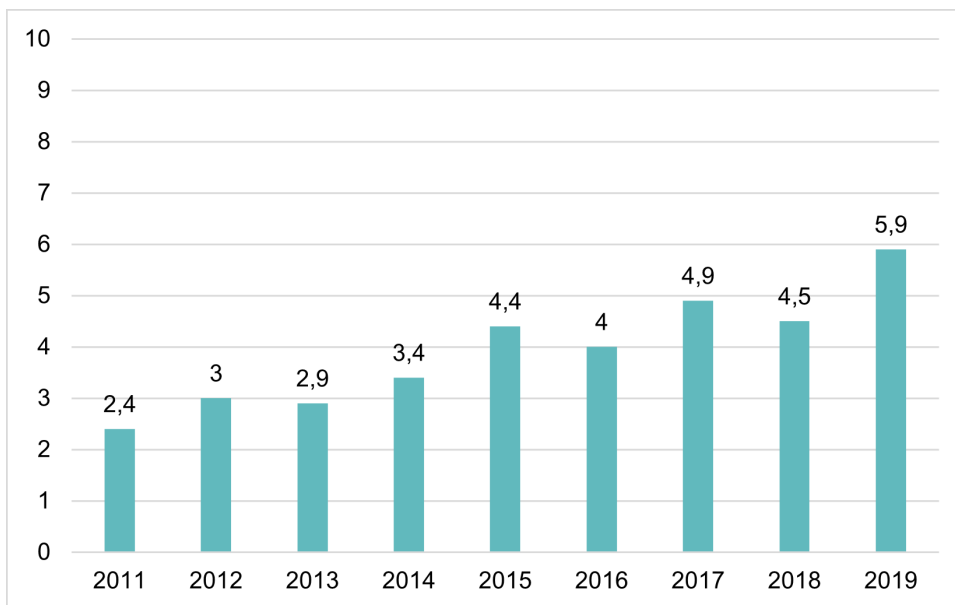


Figur 10. Antal anmälningar och antal orosanmälda barn från barnhälsovården i Region Skåne till socialtjänsten.

Mörk linje = antal anmälningar 2011 – 2019. Ljus linje = antal orosanmälda barn 2012 - 2019 (uppgift saknas för 2011)

Som tidigare beskrivits har den skånska befolkningen blivit större. Under tidsperioden 2011 - 2019 ökade antalet barn i åldern 0 - 6 år med knappt 10 procent (från 106 504 till 115 911 barn).

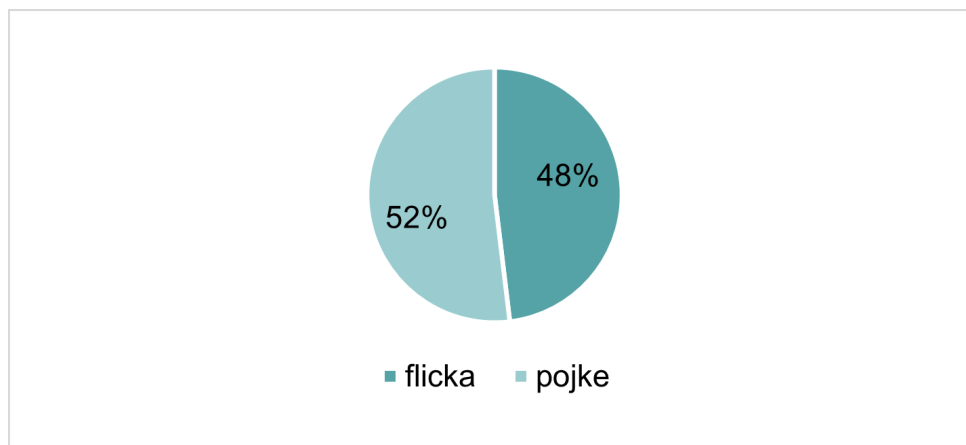
Med tanke på detta redovisas även andelen barn (promille av alla inskrivna barn vid BVC) som anmälts till socialtjänsten (Figur 11). Vid denna jämförelse ses en dryg dubbling av andelen orosanmälda barn under tidsperioden.



Figur 11. Andel anmälda barn till socialtjänsten från barnhälsovården 2011 - 2019.

Andel (promille) av alla inskrivna barn i barnhälsovården i Region Skåne.

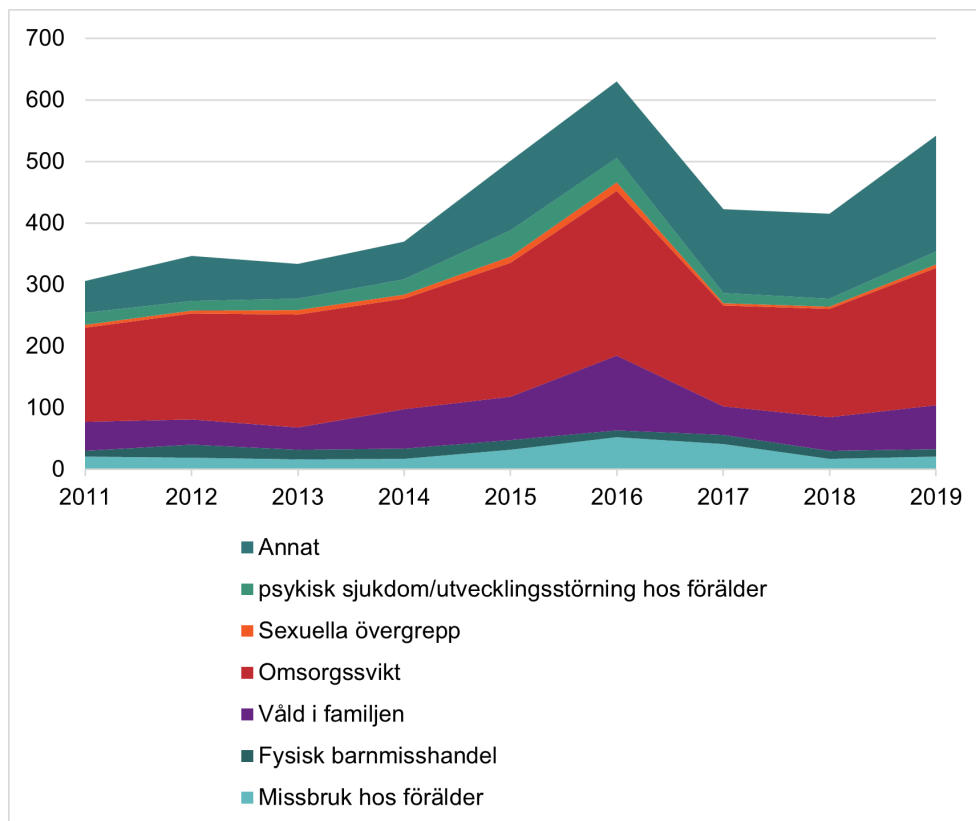
Data visar att drygt hälften (52 %) av anmälningarna från barnhälsovården rörde pojkar (Figur 12), vilket är samstämmigt med nationella data (Socialstyrelsen, 2019).



Figur 12. Barnens könsfördelning i anmälningar till socialtjänsten från barnhälsovården.

Genomsnitt i procent för perioden 2011 - 2019.

Vid anmälan kunde en eller flera av följande orsak(er) anges: ”Missbruk hos förälder”; ”Fysisk barnmisshandel”; ”Våld i familjen”; ”Omsorgssvikt”; ”Sexuella övergrepp”; ”Psykisk sjukdom/utvecklingsstörning hos förälder”; ”Annat”. (”Annat” kunde till exempel innebära oro för uteblivna besök, oro för barnets utveckling och hälsa, brister i boendemiljö och ekonomi, brister i samspel, vårdnadstvist eller andra allvarliga konflikter mellan föräldrar.)



Figur 13. Anmälningsorsaker (antal per kategori) från barnhälsovården till socialtjänsten år 2011 - 2019.

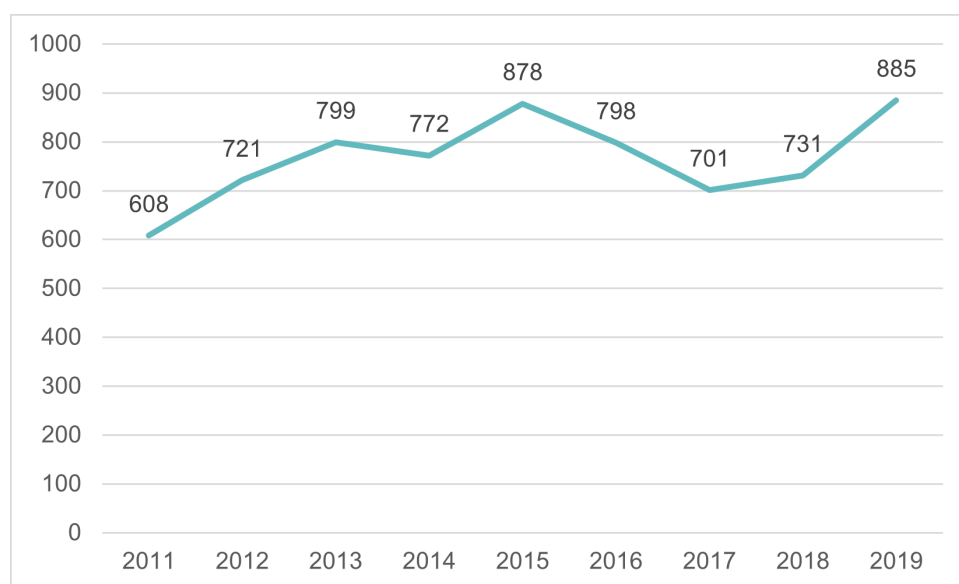
Eftersom flera orsaker kan anges för samma barn är antalet orosanledningar betydligt fler än antalet orosanmälningar. En topp i anmälningsorsaker år 2016 beror på att ovanligt många anledningar angavs detta år, speciellt våld i familjen, missbruk hos förälder och omsorgssvikt. Totalt sett har omsorgssvikt varit den mest förekommande anledningen till orosanmälan (45 %), därefter gruppen ”Annat” (24 %) och på tredje plats våld i familjen (14 %). Dessa tre anledningar står tillsammans för 83 procent av angivna orsaker. Övriga anledningar har förekommit mindre ofta (missbruk hos förälder 6 %, psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning hos förälder 5 %, fysisk barnmisshandel 3 % och sexuella övergrepp 2 %).

Samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten

Med samverkan menas i denna redovisning att BVC tagit kontakt med socialtjänsten angående ett barn och att detta dokumenterats i journalen. När anmälan har gjorts till socialtjänsten från barnhälsovården är barnet inte medräknat i denna sammanställning.

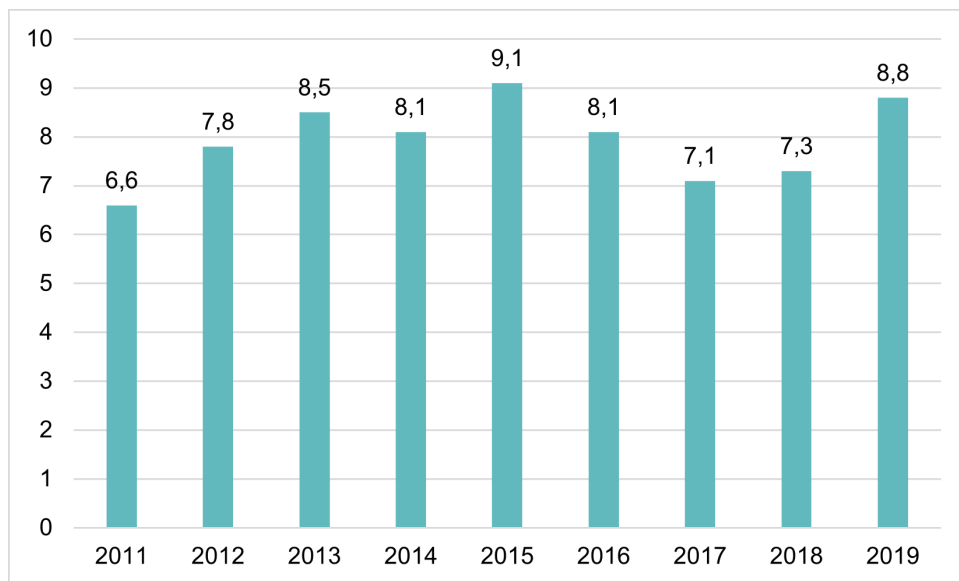
Samverkan kan handla om situationer där det inte finns oro för att barnet far illa, men att socialtjänstens insatser bedöms kunna vara till godo för barnet och föräldrarna (exempelvis socialtjänstens familjestödjande verksamheter). Detta är ett sätt att arbeta hälsofrämjande och proaktivt med tidiga insatser innan barn riskerar att fara illa (Kunskapscentrum barnhälsovård, 2016). År 2018 förekom samverkan vid omkring hälften av Skånes BVC (Kunskapscentrum kvinnohälsa och barnhälsovård, 2019). Samverkan förekommer oftare mellan barnhälsovården och socialtjänsten i det dagliga arbetet på familjecentralerna, då samlokaliseringen möjliggör tätt samarbete mellan barnhälsovården och den sociala rådgivaren.

Figur 14 visar att det antal barn BVC samverkat med socialtjänsten om varierat under tidsperioden, men totalt sett ökat med 46 procent (från 608 till 885 barn). Vid en jämförelse med Figur 10 (sidan 46) framgår tydligt att BVC samverkar med socialtjänsten om betydligt fler barn än de anmäler.



Figur 14. Antal barn som BVC samverkat med socialtjänsten om (utan anmälan) i Region Skåne 2011 – 2019.

Med tanke på befolkningsökningen redovisas även andelen barn (promille) som BVC samverkat med socialtjänsten om (utan anmälan) (Figur 15). Vid denna jämförelse ses en något planare trend, med en ökning på 33 procent mellan år 2011 och 2019. Andelen varierar mellan som lägst 6,6 promille år 2011 och som högst 9,1 promille år 2015. Samverkansfrekvensen har varit relativt stabil under tidsperioden i motsats till anmälningsfrekvensen som ökat tydligt från en låg nivå (jämför Figur 11 sidan 47).



Figur 15. Andel barn som BVC samverkat med socialtjänsten om (utan anmälan) i Region Skåne 2011 – 2019.

Andel (promille) av alla inskrivna barn i barnhälsovården i Region Skåne.

Familjecentraler

En familjecentral innebär att en barnvårdscentral (BVC) är samlokaliserad med öppen förskola, barnmorskemottagning och socialtjänst, vilket förenklar för familjerna och underlättar tvärprofessionell samverkan. I Skåne infördes familjecentraler i samband med hälsovalet år 2009. Familjecentralerna är oftare placerade i områden med större risk för ohälsa i befolkningen². Antalet anmälningar till socialtjänsten har varit nästan tre gånger fler vid familjecentraler jämfört med andra BVC och samverkan har gjorts med socialtjänsten för omkring sex gånger fler barn (Kunskapscentrum barnhälsovård, 2015; Socialstyrelsen, 2014a).

I Figur 15 kan man utläsa att BVC årligen samverkade för i genomsnitt 0,8 procent av de inskrivna barnen under tidsperioden 2011 – 2019. I områden med mindre vårdbehov är samverkansfrekvensen nära noll procent och i områden med större vårdbehov över 2 procent. Spridningen för enskilda BVC är stor och på vissa familjecentraler förekommer samverkan för mer än 10 procent av barnen (Kunskapscentrum barnhälsovård, 2016). Familjecentraler är oftare placerade i områden med större vårdbehov, men även när hänsyn tas till detta är samverkansfrekvensen generellt högre vid familjecentraler än vid övriga BVC.

² Vårdbehovet på gruppnivå i barnvårdscentralens upptagningsområde uppskattas med Care Need Index (CNI) som är ett mått på barnfamiljernas socioekonomiska resurser. Registerdata på alla barnfamiljer inskrivna på BVC i Skåne uppdateras varje månad av SCB. För barnhälsovården ingår följande variabler i CNI:

- Utlandsfödd förälder
- Arbetslös förälder
- Ensamstående förälder
- Nyinflyttad familj
- Förälder med låg utbildning

Variablerna vägs samman till ett index där 1,0 motsvarar genomsnittet i Skåne. Lägre CNI motsvarar större socioekonomiska resurser än genomsnittet (mindre vårdbehov). Högre CNI motsvarar mindre socioekonomiska resurser än genomsnittet (större vårdbehov) (Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård, 2019).

3. Hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården används en enhetlig åtgärdsregistrering för att möjliggöra verksamhetsuppföljning på lokal, regional och nationell nivå.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister (Socialstyrelsen 2014a). En orosanmälning om barn som far illa (anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL) registreras med KVÅ-koden GD008. I Region Skåne började denna KVÅ-kodsregistrering tillämpas år 2013.

I detta avsnitt redovisas de anmälningar som KVÅ-kodregistrerats inom Region Skånes hälso- och sjukvårdsverksamheter under tidsperioden 2013 - 2019. Observera att antalet anmälningar inte är liktydigt med antalet anmälda barn, eftersom ett och samma barn kan generera flera anmälningar.

Sammanställningen redovisar tillgängliga data och gör inte anspråk på att vara fullständig. Det finns flera felkällor, varav en är att det görs fler anmälningar av hälso- och sjukvården än de som registreras med KVÅ-kod i journalen (Socialstyrelsen, 2014a). Vi har därför valt att presentera dessa data i form av en överskådlig sammanfattande figur, som visar utvecklingen över tid i Region Skåne med breda penseldrag (Figur 16). Hälso- och sjukvårdens verksamheter har förts samman till åtta grupper, se Tabell 1. I figuren ingår både KVÅ-kodsregistrerade anmälningar från hälso- och sjukvården och manuellt registrerade uppgifter från barnhälsovården och ambulansverksamheten.

Tabell 1. Gruppindelning av Regions Skånes verksamheter till Figur 16.

Totalt antal anmälningar som registrerats per grupp under tidsperioden 2013 - 2019

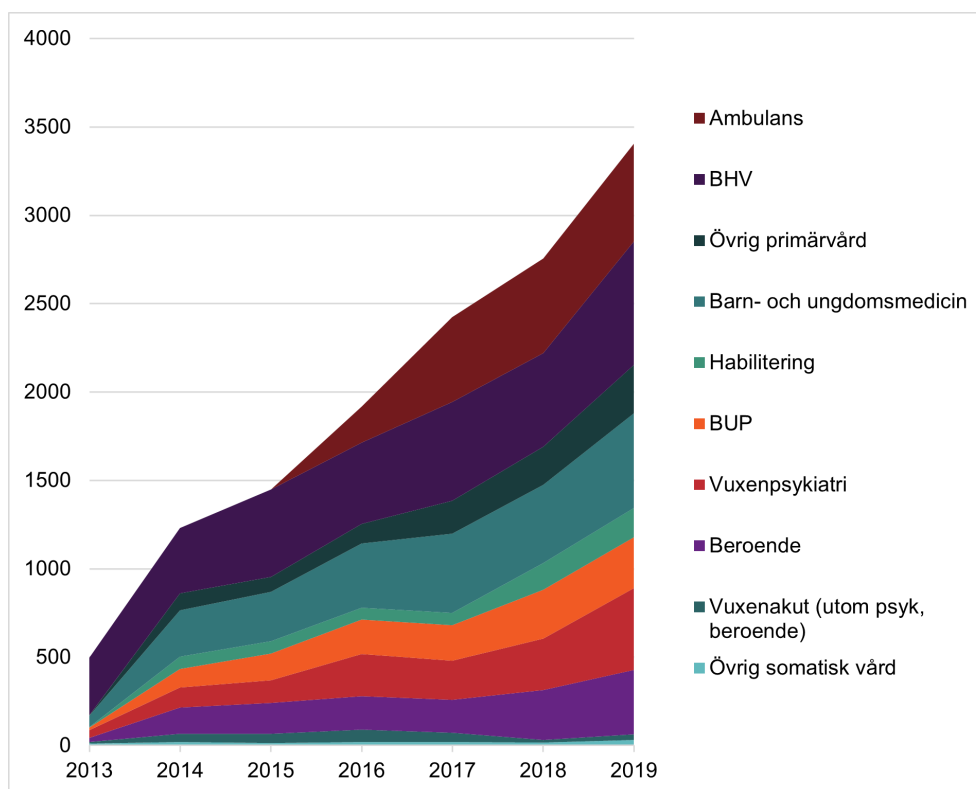
Namn	Antal anmälningar	Ingående verksamheter
Ambulans	1 772	Manuellt registrerade anmälningar år 2016 – 2019.
Barnhälsovården	3 436	BVC (3279 manuellt registrerade anmälningar år 2013 – 2019) + psykologer inom föräldrastödsverksamheter (104) + föräldra- och ungdomshälsan i Helsingborg, Ängelholm, Landskrona (53).
"Övrig primärvård"	968	Vårdcentraler (594) + barnmorskemottagningar (136) + ungdomsmottagningar (238).
Barn- och ungdomsmedicin	2 395	Öppenvård, slutenvård, akutmottagning. Neonatal och BB.
Habilitering	599	Barnhabilitering (571) + vuxenhabilitering (28).
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	1 231	Första linjen, öppenvård, mellanvård, slutenvård, akutmottagning.
Vuxenpsykiatri	1 498	Öppenvård, slutenvård, akutmottagning, PIVA (psykiatrins intensivvårds-avdelning), rättspsykiatri.
Beroende	1 371	Öppenvård, slutenvård, akutmottagning, LARO (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende).
Vuxenakutmottagningar	267	Samtliga somatiska akutmottagningar + akutvårdsavdelningar + intensivvårdsavdelningar.
"Övrig vård"	139	All övrig somatisk vård.
TOTALT	13 676	

Angående hälso- och sjukvårdsverksamheternas KVÅ-kodsregistrerade anmälningar kan nämnas att det till **barnklinikernas akutmottagningar** kommer barn dygnet runt och undersökningsresultat behöver dokumenteras för att kunna användas som ett objektivt underlag för socialtjänstens och rättsväsendets utredningar. Barnakuten gör också anmälan till socialtjänsten när barn kommer in påverkade av alkohol- eller narkotika och efter självmordsförsök (Socialstyrelsen, 2014a).

Barn- och ungdomshabiliteringen tar emot barn med omfattande och livslånga funktionsnedsättningar som till exempel utvecklingsstörning, autism, rörelsehinder eller flerfunktionsnedsättningar. Dessa barn löper ökad risk för övergrepp bland annat på grund av större isolering och sämre socialt nätverk än andra barn (Socialstyrelsen, 2014a).

Inom **vuxenpsykiatrins alla verksamheter** finns barnombud som känner till vilka möjligheter till stöd som finns för barn och föräldrar, både inom kommunen och inom andra delar av hälso- och sjukvården (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2018). Det finns en skyldighet att anmäla oro för barn även när det är en vuxen som är patient. Denna skyldighet gäller inom alla hälso- och sjukvårdsområden, inklusive somatiska akutmottagningar och övrig somatisk vård.

Figur 16 visar ökningen över tid av antalet anmälningar till socialtjänsten från olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården i Region Skåne.



Figur 16. Antal registrerade orosanmälningar från Region Skåne till socialtjänsten år 2013 - 2019
Fördelat på 10 olika verksamhetsområden, se Tabell 1. Ambulans år 2016 – 2019.

Det totala antalet anmälningar till socialtjänsten från hälso- och sjukvården inklusive ambulans och barnhälsovården i Region Skåne ökade nästan 7 gånger över tidsperioden (från 497 år 2013 till 3404 år 2019). Under hela tidsperioden gjordes totalt 13 676 anmälningar till socialtjänsten.

Vid registreringsstarten 2013 kom lejonparten av anmälningarna från barnhälsovården (65 procent) med barn- och ungdomsmedicin (13 procent) och vuxenpsykiatri (9 procent) på andra och tredje plats. Beroendevården (som organisatoriskt hör till vuxenpsykiatrin men som räknas separat i denna indelning) kom på fjärde plats med knappt 5 procent. BUP stod för 3 procent av anmälningarna. Övrig somatisk vård och vuxenakutmottagningar stod för vardera omkring 2 procent och övrig primärvård och habilitering för mindre än en procent.

Över tid har antalet anmälningar ökat inom alla verksamheter. Habilitering står för den största relativa ökningen med 83 gånger fler anmälningar 2019 än 2013, men från en mycket låg nivå (endast 2 anmälningar år 2013). Motsvarande ses en stor relativ ökning inom övrig primärvård (vårdcentraler + barnmorskemottagningar + ungdomsmottagningar) på 68 gånger från en mycket låg nivå (4 anmälningar). BUP:s anmälningar har blivit 19 gånger fler, beroendevårdens 15 gånger fler, vuxenpsykiatrins 11 gånger fler och barn- och ungdomsmedicin 8 gånger fler. Anmälningarna från somatiska akutmottagningar blev 4 gånger fler och från övrig somatisk vård knappt 3 gånger fler. Från barnhälsovården mer än dubblerades antalet anmälningar. Anmälningarna från ambulans ökade nästan 3 gånger under dess registreringsperiod 2016 – 2019.

I slutet av tidsperioden var anmälningarna något jämnare fördelade mellan olika verksamhetsområden. År 2019 kom flest anmälningar fortfarande från barnhälsovården, omkring en femtedel (21 procent), och näst mest anmälningar kom från ambulans respektive barn- och ungdomsmedicin (vardera omkring 16 procent). Vuxenpsykiatri ökade sin andel till 14 procent, beroende till 11 procent och BUP till 8,5 procent, vilket innebär att psykiatrins olika verksamheter tillsammans stod för en tredjedel av anmälningarna från hälso- och sjukvården. Övrig primärvård stod för 8 procent och habilitering för 5 procent. Anmälningar från somatiska akutmottagningar och från övrig somatisk vård stod för vardera 1 procent av det totala antalet anmälningar.

Under de senaste åren har ett aktivt arbete pågått för att uppmärksamma barn som far illa-frågor, vilket bland annat inkluderat utbildningsinsatser inom barnhälsovården, ambulans och psykiatrin. Inom vuxenpsykiatrin och beroendevård har man arbetat aktivt med att uppmärksamma patienternas barn, bland annat genom utbildning, barnombud med eget nätverk och tvingande journalmallar, och inom BUP har man organiserat ett internt barn som far illa-nätverk.

4. Tandvård

Tandvården når i stort sett alla barn i Sverige och har därmed stora möjligheter att upptäcka och hjälpa barn som far illa eller riskerar att fara illa (Socialstyrelsen, 2019). Barn som lider av omsorgssvikt och fysisk vanvård har ofta brister i munhälsan (Socialstyrelsen 2014a). Enligt en undersökning som Barnombudsmannen genomförde år 2010 hade drygt 90 procent av tandläkarna känt oro för barn i sin verksamhet (som de misstänkte för illa eller var utsatta för dental försummelse), men endast drygt 20 procent av fallen anmäldes (Socialstyrelsen, 2014a).

Tandvården har rutiner för att anmäla när barnet inte kommer till planerade besök, så kallade uteblivna besök, men anmäler i mindre grad annan oro för barnet såsom tecken på våld och dålig tandstatus (Socialstyrelsen, 2019).

I Skåne är tandvård för barn och unga vuxna 0-23 år kostnadsfri, undantag kan finnas gällande tandreglering. Inom tandvården saknas än så länge möjlighet att följa upp antalet anmälningar av tekniska skäl, det saknas bl. a integrering mellan tandvårdsleverantörernas olika journalsystem och Region Skånes administrativa system för tandvård. År 2015 förde dock de avtalade leverantörerna av tandvård manuell statistik över antalet orosanmälningar som ett led i sin verksamhetsutveckling, varvid 552 anmälningar inrapporterades (2,5 promille av 215 987 listade barn). Region Skånes ambition är att utveckla möjligheterna till uppföljning av orosanmälningar framöver (Enheten för Tandvårdsstyrning, personlig kommunikation, 16 september, 2020).

Nyckelbudskap

Barn som far illa

- Det finns oerhört mycket att vinna, såväl mänskligt som samhällsekonomiskt, på att förhindra att barn far illa under uppväxten. Vinsterna fortplantas dessutom till nästa generation. Förebyggande insatser bör därför ges högsta prioritet!
- Tidig upptäckt är centralt. Eftersom barn som far illa ofta inte berättar om sina erfarenheter - små barn kan inte, större barn avstår av flera skäl - är det desto viktigare att vuxna runt barnet, till exempel professionella inom förskola, skola, barnhälsovård och elevhälsa, är uppmärksamma och agerar.
- Flera verksamheter inom Region Skåne har en nyckelroll, exempelvis barnhälsovården och tandvården som når i stort sett alla barn, och ungdomsmottagningarna som möter många unga från 13 års ålder.
- Trots att medarbetare inom hälso- och sjukvård samt tandvård omfattas av anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1 § i socialtjänstlagen, kvarstår problem med att för få anmälningar görs.
- Tillgänglig regional statistik från barnhälsovård (2011 - 2019), övrig hälso- och sjukvård (KVÅ-kodsregistrering 2013 - 2019) samt ambulans (2016 - 2019) visar en ökande trend av orosanmälningar gällande barn till socialtjänsten. Det totala antalet anmälningar ökade nästan 7 gånger under tidsperioden 2013 - 2019.
- Ökningen har varit särskilt stor inom psykiatri - år 2019 kom var tredje anmälan från vuxenpsykiatri, beroendevården eller BUP.
- Inom vuxenpsykiatri och beroendevården har man under flera år arbetat aktivt med att uppmärksamma patienternas barn, bland annat genom personalutbildning, barnombud med eget nätverk, samt tvingande journalmallar. Inom BUP har man bland annat ett internt barn som far illa-nätverk.
- Barnhälsovården, som stod för nästan två tredjedelar av anmälningarna år 2013, mer än dubblade antalet anmälningar över tid och bidrog i slutet av perioden till en femtedel av anmälningarna.
- Data om KVÅ-kodsregistrerade anmälningar till socialtjänsten (GD008) ger endast information om antalet anmälningar från olika verksamheter om dessa har registrerats.
- Den manuella registreringen av anmälningar till socialtjänsten från barnhälsovården och ambulans innehåller mer information, exempelvis om barnets kön, ålder, samtidigt polisanmälan och anmälningsorsak(er).
- Anmälningsorsaker handlar oftast om bristande föräldraförmåga. Drygt var tionde anmälan från ambulans handlar om oro för barnets egna problem, som missbruk eller annat destruktivt beteende.

Framgångsfaktorer för Barn som far illa-arbetet

Socialstyrelsen betonar att det är viktigt att vårdgivaren för hälso-, sjuk-, och tandvård tar sitt ansvar för handlingsplaner, personalutbildning, rutiner, systematiskt kvalitetsarbete, samverkan och dokumentation. Därutöver har personalen ett personligt ansvar för sin egen kompetens och en absolut skyldighet att följa lagen (Socialstyrelsen, 2014a).

Några exempel på framgångsfaktorer som baseras på erfarenheter från arbetet med barn som far illa i Region Skåne visas i Faktaruta 6.

Faktaruta 6.

Exempel på framgångsfaktorer i arbetet med barn som far illa i Region Skåne

- Kunskapscentrum barnhälsovård bidrar till kontinuerlig kunskapsspridning och kompetenshöjning via utbildning av både nya och erfarna medarbetare.
- Regionala handlingsprogram inom området tas fram och utgör en gemensam bas för arbetet.
- Över 1000 kontaktpersoner/barnombud bildar ett stödjande nätverk i verksamheterna.
- Barnskyddsteam arbetar lokalt med stöd och konsultation i enskilda ärenden.
- Regionala och lokala verksamheter samverkar rörande barnrättsarbete.
- Hälso- och sjukvård, kommuner, olika myndigheter och ideella organisationer samverkar.
- Engagerade chefer bevakar området och driver frågorna i verksamheten samt stöttar kontaktpersoner och barnombud i sina uppdrag.
- Frågor som rör barn som far illa/ barnrättsfrågor tillåts ta plats i det dagliga arbetet, till exempel på teammöten, APT, vid gemensamma utbildningar etc.
- Nätverk för kontaktpersoner/barnombud inom verksamheten träffas regelbundet för att diskutera aktuella frågor och dela erfarenheter.
- Gemensamma verksamhetsförankrade rutiner för orosanmälningar existerar.
- Journalsystem som stödjer arbetet med identifiering av utsatta barn, till exempel tvingande journalmallar som inom vuxenpsykiatri, underlättar arbetet.
- Rutinfrågor om våldsutsatthet sker i vårdmöten.
- Regelbunden uppföljning av antal anmälningar sker i många verksamheter.

Förbättringsområden Barn som far illa

Trots att antalet anmälningar ökat till socialtjänsten kvarstår ett stort mörkertal. Många barn som far illa kommer inte till myndigheternas kännedom och får därmed inte den stöd de har behov av och rätt till. För att identifiera barn som riskerar att fara illa krävs utvecklingsarbete och samverkan inom olika områden, både inom hälso- och sjukvården och med kommunerna.

Nedan följer ett antal punkter med förbättringspotential för arbetet med barn som far illa:

Kunskap behövs

- Alla medarbetare behöver ha kunskap och fortbildning inom området och ska känna till sin lagstadgade anmälningsplikt.
- Alla enheter ska ha utbildade kontaktpersoner för barn som far illa.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser är viktiga

- Insatser inom mödra- och barnhälsovården, till exempel föräldraskapsstöd, kan få stora positiva konsekvenser för barns hälsa och utveckling. Fler barn och familjer med behov av stöd, även från socialtjänsten, behöver identifieras i ett tidigt skede.
- Flera verksamheter som träffar i stort sett alla barn, exempelvis barnhälsovården och tandvården, har möjlighet att tidigt upptäcka behov och därmed erbjuda förebyggande och stödjande insatser såsom extrainsatta besök.

Upptäck så tidigt som möjligt

- Undersök och dokumentera barn och familjers livssituation för ett vidare perspektiv.
- Inom mödrahälsovården är det möjligt att identifiera familjer med behov av stöd och göra en informationsöverföring till socialtjänsten för ”oro för väntat barn”.
- Verksamheterna bör reagera när barnet, utan förklaring, inte kommer till ett planerat besök.
- Inom verksamheter där det finns vuxna patienter behövs förbättrade rutiner för att ta reda på om det finns barn i hushållet eller närmiljön, för att i tidigt skede fånga upp barnens situation och eventuella behov av stöd och skydd.
- Arbetssätt behöver utarbetas för att på rutin efterfråga våldsutsatthet av barn och ungdomar och på så vis upptäcka barn som far illa. Även förekomsten av våld i nära relationer behöver efterfrågas brett, och i samband med detta även fråga om det finns barn i hushållet.

Agera

- Det behöver finnas tydligt utarbetade rutiner som underlättar för medarbetaren att uppfylla sin anmälningsplikt.
- Det behöver finnas möjligheter till konsultation och handledning när frågeställningar uppstår. Hotfulla situationer behöver hanteras så att medarbetare kan känna sig trygga i sitt agerande.
- Samverkan inom hälso- och sjukvården samt med socialtjänsten behöver stärkas.

Förbättrad dokumentation av anmälningar till socialtjänst

- Anmälningar behöver KVVÅ-kodregistreras. Rutiner för KVVÅ-kodsregistrering behöver finnas och efterföljas så att alla anmälningar kan följas upp. Dessutom behöver journalsystemen utvecklas så att de underlättar registrering.
- Det behövs ett gemensamt system av anmälningar till socialtjänsten för alla verksamheter inom hälso- och sjukvården och tandvården för att kunna spåra anmälningarna i uppföljningssyfte.
- För en mer konstruktiv verksamhetsuppföljning behövs, utöver antalet anmälningar, även information om exempelvis barnets ålder, kön och anmälningsorsak.
- Ökad kännedom behövs om journaldokumentation vad gäller barn som far illa och möjligheten att skydda barnet genom att använda dolda mallar, låsning av journal etc.
- I nuvarande dokumentationssystem är rutinen att anmälningar rörande oro för ett barn skrivs i den aktuella vårdkontaktens journal (patienten kan vara barnet själv eller exempelvis förälder eller syskon). Dokumentationssystemen behöver således utvecklas så att anmälningarna hanteras på ett mer patient- och rättssäkert sätt.



Lucas Johansson

Barnperspektiv i en akut vardag

Samariten Ambulans har de senaste åren arbetat aktivt för att stärka sina insatser för barn som far illa. Lucas Johansson är regionchef i nordvästra Skåne och berättar om vikten av att göra det lätt att göra rätt.

– Som ambulanspersonal är vi i första linjen. När vi kommer ut akut är det ofta till en ostädad bild av hemmet. Det gör att vi ofta ser varningssignaler som kan vara svåra att upptäcka annars. Det kan till exempel handla om en missbrukande förälder som har tagit en överdos, berättar Lucas Johansson, regionchef på Samariten Ambulans i Skåne.

För fem år sedan bjöds cheferna för Samaritens alla ambulansstationer in till en hel-dagsutbildning om utsatta barn. Representanter från polis och socialtjänst berättade om vikten av att anmäla och vilken skillnad det kan innebära för ett barn som far illa. Sedan dess har man arbetat aktivt för att öka kunskapen om frågan i hela verksamheten. I nuläget gör de ungefär en orosanmälan varannan dag.

Tack vare kontinuerliga utbildningsinsatser från Barn som far illa-uppdraget, engagerade kontaktpersoner för barn som far illa och information från lokalt Barnskyddsteam har medarbetarna blivit mer medvetna om att alltid ha barnperspektivet med sig.

– Finns det leksaker? Finns det tecken på att det bor barn i bostaden? Pratar patienten om barn? Vi gör en bedömning av miljön och om det finns anledning att tro att det är en olämplig plats för ett barn, förklarar Lucas Johansson.

Ett frimärke kan göra skillnad

Idag finns kontaktpersoner för barn som far illa på alla ambulansstationer och att vara kontaktperson för barn som far illa finns även med i lönekriterierna. Något som har varit framgångsrikt är att det ska vara så lätt som möjligt att göra rätt.

– En tröskel har varit att orosanmälan måste göras på papper och skickas in i ett frankerat kuvert. För att inte det ska vara ett hinder försöker vi se till så att det alltid finns färdigfrankerade kuvert som medarbetarna enkelt kan skicka iväg direkt efter ifylld anmälan. Och vi ser att det fungerar.

Ytterligare något som försvårar är att personalen har så oregelbundna arbetstider vilket kan göra det svårt att svara på uppföljande frågor från socialtjänsten efter att en anmälan har gjorts. För att kunna vara mer behjälpliga i efterhand har verksamheten numer som rutin att ange chefen som kontaktperson på alla anmälningar.

På vilka sätt ger ni information eller stöd till barnen när ni ser att det finns en risk att de far illa?

– Många gånger gör vi en orosanmälan utan att se eller möta barnet som anmälan gäller, därför är det sällan barnet får någon information från oss. Eftersom vi möter familjerna i en akut situation finns ofta inte tiden och möjligheten att ta konsekvenserna av vad det skulle innebära att ge en sådan information. Om det är barnet som vi har tillkallats för att ta hand om följer en förälder i regel med och då kan vi informera föräldern.

Vilken är den vanligaste reaktionen från patienter när deras barn uppmärksammas av er?

– Vi möts ofta av en förtvivlan – inte nu igen. Oftast hinner vi informera om att vi kommer att göra en anmälan, men ibland är föräldrarna inte i stånd att ta emot informationen.

Att bygga upp kunskap över tid

Vissa hinder är svåra att komma runt, då måste det också finnas tillräckligt med motivation och kunskap för att ändå våga göra en anmälan.

– Många tycker att det är jobbigt att skriva sitt namn på anmälan. Ofta jobbar man i den staden där man arbetar och det känns olustigt att skriva en anmälan rörande barn till personer som har barn i samma klass.

Lucas Johansson tror att kunskapsinsatser är viktiga och att det är viktigt att cheferna involveras från start. På så sätt etableras en gemensam förståelse för verksamhetens ansvar och möjlighet att stötta och hjälpa de barn som lever i utsatthet.

HÄLSOundersÖkning PÅ BEGÄRAN AV SOCIALTjänST

Bakgrund

Barn och unga som är placerade i familjehem och hem för vård eller boende (HVB) har som grupp betraktad sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn. När barn och unga ska placeras utanför det egna hemmet behöver därför deras hälsa uppmärksammas. Sedan den 15 april 2017 gäller en ny lag som reglerar landstingets skyldighet att erbjuda hälsoundersökningar när barn och unga personer 18–20 år placeras för vård utanför det egna hemmet, lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Hälsoundersökningen omfattar fysisk och psykisk hälsa samt oral hälsa. I Region Skåne har man i flera år arbetat aktivt med att öka antalet hälsoundersökningar av barn som ska placeras av socialtjänsten (HUBS) genom bland annat samverkan med socialtjänsten och utbildning. Antalet genomförda hälsoundersökningar har ökat stadigt sedan arbetet påbörjades. År 2019 genomfördes totalt 472 hälsoundersökningar i Region Skåne, antalet heldygnsplacerade barn och ungdomar i Region Skåne var samma år, enligt Socialstyrelsens siffror, 4221.

I Sverige har barn generellt sett god hälsa men skillnader i hälsa har ökat de senaste åren. Barn och unga som är placerade i familjehem och hem för vård eller boende (HVB) har som grupp betraktad sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn. Det är också vanligare att barn i denna grupp inte fått ta del av erbjudanden om insatser inom barnhälsovård, elevhälsa och tandvård jämfört med andra grupper av barn.

En rad internationella och nationella studier har visat att barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet som grupp är särskilt utsatt beträffande hälsorisker. Barnen har höga överrisker jämfört med jämnåriga att få fysiska och psykiska hälsoproblem, problem med den orala hälsan samt för tidig död. Risken för suicid i ung vuxen ålder är ökad. Psykisk ohälsa är den aspekt som man i olika studier har undersökt mest och återspeglas i höga förekomster av förskrivning av psykofarmaka, inklusive bruk av antipsykotiska läkemedel, bland barn som placerats jämfört med barn och unga som inte placerats (SBU rapport 289/2018). Bland ensamkommande, asylsökande barn i alla åldrar finns särskilt stora vårdbehov kopplade till psykisk ohälsa (Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering, barn- och unga satsningen, Sveriges Kommuner och Landsting, 2017).

Journalstudier bland Malmöbarn som placerats av socialtjänsten har visat lägre vaccinationstäckning, lägre amningsfrekvens, högre exponering för tobaksrök i hemmet, färre syn- och hörselundersökningar vid fyra års ålder jämfört med andra barn samt brister i uppföljning av oral hälsa (Kling, 2010; Köhler et al., 2015). Man fann även en bristande journaldokumentation beträffande barnen och familjernas livsvillkor och sociala strukturer (Köhler et al., 2016). Mot bakgrund av att placerade barn som grupp betraktad har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra grupper av barn, samt för att försummade hälso- och sjukvårdsbehov ska kunna tillgodoses, stärktes placerade barns rättigheter genom att en ny lag (lag om hälsoundersökning) infördes år 2017. Lagen innebär att alla barn och ungdomar upp till och med 20 år som ska placeras av socialtjänsten, oavsett lagstöd för placeringen, nu har rätt till en hälsoundersökning (Lag 2017:209 om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför hemmet). Föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) från Socialstyrelsen reglerar hur hälsoundersökningarna ska gå till.

Arbetet i Region Skåne

Redan 2011 startade arbetet i Region Skåne för att tillse att barn och unga som ska placeras utanför hemmet skulle erbjudas en hälsoundersökning av läkare. Ett regionalt uppdrag tillsattes för att bevaka och utveckla arbetet på en regional nivå, och sedan 2014 ligger detta på Kunskapscentrum barnhälsovård. Uppdraget innebär en nära samverkan med Skånes kommuner (tidigare Kommunförbundet Skåne) i syfte att öka antalet hälsoundersökningar samt säkra att de håller en god kvalitet.

De första åren utfördes undersökningarna avseende fysisk och psykisk hälsa både i primärvården och på barnkliniker och ungdomsmedicinska barnmottagningar. Sedan januari 2019 utförs majoriteten av hälsoundersökningarna av barnläkare på barnkliniker. Hälsoundersökningen avser även den orala hälsan. I Region Skåne kan socialtjänsten remittera direkt till tandvården för tandläkarundersökning avseende den orala hälsan.

För att öka kunskapen om och lyfta behovet av hälsoundersökningar av barn som ska placeras, arbetar Kunskapscentrum barnhälsovård i samverkan med Skånes kommuner för att utbilda medarbetare som dels beställer och dels utför undersökningarna i Region Skåne. Detta innebär regelbundna utbildningar både för socialsekreterare i Skånes olika kommuner, dvs de som beställer undersökningarna av vården, och för läkare som gör undersökningarna och främst är anställda på Region Skånes olika barnkliniker. Kunskapscentrum barnhälsovård samverkar även lokalt och regionalt med chefer inom kommunernas socialförvaltningar och chefer på barnklinikerna, tandvården och medarbetare i Skånes Barnskyddsteam i frågor som rör hälsoundersökningarna.

Under år 2020 har arbetet med att ta fram ett vårdprogram gällande Hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet påbörjats, med plan att vara färdigt innan årsskiftet. Syftet med vårdprogrammet är att tydliggöra socialtjänstens och vårdgivarens uppgift i samband med hälsoundersökningen och på så sätt underlätta för vårdgivarna att ta fram processer och rutiner för att säkerställa att verksamheterna uppfyller föreskrifternas krav. Arbetet sker i samverkan med Skånes kommuner och medarbetare inom vård- och tandvård.

Metod och material

I avsnittet om Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten baseras data på uppgifter avseende KVÅ-kodsregistrering från Koncernkontoret. Siffror avseende antal heldygnsplacerade barn och ungdomar i Region Skåne baseras på uppgifter från Socialstyrelsen. En intervju beskriver barnläkarens arbete i samband med hälsoundersökningar av barn som placeras av socialtjänsten.

Resultat

Socialstyrelsen presenterar årlig statistik över omfattningen av heldygnsplacerade barn och unga för vård utanför det egna hemmet. År 2018 var totalt 38 825 barn och ungdomar i Sverige heldygnsplacerade, 4926 av dessa barn var placerade i Skåne. Majoriteten av barnen (86 procent) var placerade enligt SoL (Socialtjänstlagen), vilket innebär att placeringen sker på frivillig väg. Om vård ej kan ges på frivillig väg, det vill säga om samförstånd ej kan nås med vårdnadshavare eller barnet/ungdomen, kan placeringen behöva ske enligt LVU (Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga).

I Skåne finns en regional KVÅ-kod som ska registreras i samband med att en hälsoundersökning på begäran av socialtjänsten genomförs. Koden UB001 används vid registrering av det första hälsobesöket och koden UB002 vid ett uppföljande besök. Även läkarundersökningar enligt LVU registreras med koden UB001. Siffrorna som presenteras här representerar både Hälsoundersökning på begäran av socialtjänsten och Läkarundersökning enligt 32 § LVU. Det saknas information om hur stor andel som utgjordes av respektive undersökning.

Hälsoundersökningar genomförs även inom tandvården men för närvarande saknas uppgifter om hur många hälsoundersökningar som genomförs inom tandvården i Region Skåne.

Läkarundersökning enligt 32 § LVU

Läkarundersökning enligt 32 § är en annan typ av läkarundersökning än den omfattande hälsoundersökning som görs på begäran av socialtjänsten i samband med att ett barn/ungdom ska vårdas utanför det egna hemmet. Ett barn eller en ung person 18–20 år som undersöks av en läkare enligt 32 § LVU har i de flesta fall även behov av en hälsoundersökning vid ett senare tillfälle.

Tabell 2. Totalt antal läkarundersökningar kodade enligt KVÅ-kod UB001 och UB002 i Region Skåne år 2013 – 2019

KVÅ-kod	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UB001	148	168	240	349	376	360	472
UB002	14	8	2	15	6	11	18

Antalet KVÅ-kodsregistrerade hälsoundersökningar i Region Skåne har ökat sedan 2013, men med stor sannolikhet är det många barn-och unga som inte får genomgå en hälsoundersökning (Tabell 2). Andel barn och ungdomar som enligt registrerad KVÅ-

kod, fått genomgå en hälsoundersökning år 2019, utgjorde drygt tio procent av totala antalet heldygnsvårdade barn och ungdomar i Skåne motsvarande år. Undersökningar som genomfördes men som ej kodades på ett korrekt sätt finns inte med i statistiken och det är oklart hur stor denna siffra är.

För tandvården saknas uppgifter om antalet genomförda undersökningar.

Hälsoundersökningar på begäran av socialtjänst av barn 0–13 år utfördes fram till januari 2019 av barnläkare på barnmottagning och av barn och ungdomar som var 13 år och äldre av läkare i primärvården. Sedan januari 2019 görs majoriteten av hälsoundersökningarna av barnläkare på barnkliniker och olika barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i Skåne (Tabell 3).

Tabell 3. Vårdgivare som utfört undersökningar som kodats enligt KVÅ-kod UB001 och UB002 år 2013 – 2019

Vårdgivare	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Primärvård	46	35	60	116	110	96	4
Barn- och ungdomsvård	116	141	182	248	272	275	486

Antalet genomförda hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten per år är för lågt i förhållande till antalet barn som placeras i heldygnsvård i Region Skåne. Det finns sannolikt flera orsaker bakom det låga antalet utförda undersökningar, bland annat att för få undersökningar beställs av socialtjänsten, långa väntetider på barnkliniker och barnmottagningar för att få tid till undersökningarna samt fortsatta utbildningsbehov bland medarbetare inom kommunernas socialtjänster och inom hälso- och sjukvården i Region Skåne.

Utbildningar för personal inom socialtjänsten i Skåne och av läkare som utför undersökningarna har skett kontinuerligt sedan 2014. Behovet av utbildning och samverkan är fortfarande stort och en förutsättning för att undersökningarna ska komma till stånd. Ett vårdprogram inom området kommer förhoppningsvis underlätta arbetet kring undersökningarna, och i samband med att vårdprogrammet publiceras, planeras specifika utbildningsinsatser inom området.

I enlighet med artikel 24 i barnkonventionen har barn rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Hälsoundersökning i anslutning till samhällsvård av ett barn/ungdom är ett sätt att identifiera försummade hälsobehov hos barnen. Det saknas regional systematisk uppföljning avseende väntetider och kvalitet av hälsoundersökningarna. För att säkra barnens och ungdomarnas rätt till hälsoundersökningar av god kvalitet är det viktigt att ett sådant arbete genomförs.

Nyckelbudskap

Hälsundersökning på begäran av socialtjänst

- Antalet genomförda hälsundersökningar av samhällsplacerade barn i Region Skåne har ökat successivt de senaste åren.
- Majoriteten av hälsundersökningarna genomförs av barnläkare.
- Det finns ett behov av att utföra fler hälsundersökningar än de som genomförs nu.
- Det saknas information om hur många hälsundersökningar som görs av tandvården i Region Skåne.
- Väntetider och kvalitet avseende hälsundersökningarna behöver följas upp.
- Arbete med utbildning av personal inom socialtjänst och hälsovård pågår.
- Arbete med att fram ett regionalt vårdprogram för barn och ungdomar som vårdas utanför det egna hemmet pågår.

Förkortningar

HUBS = Hälsundersökning på begäran av socialtjänsten

HVB = Hem för vård eller boende

KVÅ-kod = Klassifikation av vårdåtgärd

LVU = Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

SoL = Socialtjänstlagen (2001:453)

Besöket som ska ta igen alla besök som inte blev

Hälsoundersökningar som beställs av socialtjänsten genomförs i de flesta fall av en barnläkare på barnkliniken. Här får du en inblick i barnläkarens arbete i samband med undersökningen.

Att barn som placeras utanför det egna hemmet oftare mår dåligt och oftare behöver stöd från hälso- och sjukvården är uppenbart för Emma Johansson Frigyesi, specialist i barn- och ungdomsmedicin på barn- och ungdomskliniken i Helsingborg.

– Det man kan läsa om i forskningsartiklar om barn i samhällsvård bekräftas hela tiden när man möter de här barnen. Många har olika typer av hälsobekymmer och ofta har de aldrig varit hos en tandläkare.

Bland de yngre barnen som Emma Johansson Frigyesi möter handlar det ofta om uteblivna BVC-besök som i sin tur kan ha lett till missade uppföljningar vid till exempel nedsatt syn eller utvecklingsbedömningar. Ibland kan det vara svårt att veta vad som är vad. Om symtomen grundar sig i bristande omsorgsförmåga och otrygga omständigheter, eller om det faktiskt finns en utvecklingsavvikelse.

Bland de äldre barnen är det många som mår dåligt psykiskt.

– De kan till exempel ha haft kontakt med BUP och sedan uteblivit. Då kan vi behöva hjälpa dem med en ny BUP-remiss. Det handlar mycket om att samla ihop, ta igen och följa upp sådant som missats.

Hälsoundersökningen som görs på begäran av socialtjänst är en omfattande undersökning. Det krävs både förarbete i form av att gå igenom och sätta sig in i hela journalen, och därefter en omfattande undersökning som tar cirka en timme.



Emma Johansson Frigyesi

– Det är många olika delar som ska gås igenom vid samma besök. Samtidigt som det kan kännas stressigt inombords är det viktigt att ta sig tid att skapa kontakt. Det är känsliga ämnen och en del har varit utsatta för jobbiga saker, så det går inte bara att kasta sig in i de olika delarna.

Kunskapscentrum barnhälsovård och Skånes kommuner (tidigare Kommunförbundet Skåne) samverkar för att stärka kunskapen om hälsoundersökningar bland läkare och socialsekreterare. Emma Johansson Frigyesi understryker också vikten av ett gott samarbete med socialtjänsten. Både vad gäller att få in all journalinformation och socialsekreterarens delaktighet vid själva undersökningen.

– Det har börjat bli vanligare att socialsekreteraren är med vid själva undersökningen. Den informationen har börjat nå ut. Det underlättar otroligt mycket när de är med. Då vet vi direkt var vi ska skicka remissvar, vem vi ska kontakta och vem som gör vad.

Alla barn som placeras utanför det egna hemmet har rätt till en hälsoundersökning, men där är vi inte idag. Hälsoundersökning på begäran av socialtjänst ska göras inom fyra veckor från placeringen vilket är en utmaning för redan högt belastade barnkliniker.

– I Helsingborg har vi tidigare haft god tillgänglighet men nu börjar det bli väntetider även här. Problemet är att vi inte har tillräckligt många läkare och sjuksköterskor, och inte tillräckligt många rum. Då är det svårt att se hur vi ska kunna göra fler undersökningar.

Antalet utförda hälsoundersökningar i Skåne har ökat stadigt sedan 2013. På sidan 62 kan du läsa mer om Region Skånes arbete med hälsoundersökningar på begäran av socialtjänsten.

Referenser

- Agorastos, Agorastos; Pervanidou, Panagiota; Chrousos, George P; and Baker, Dewleen G. (2019). Developmental trajectories of early life stress and trauma: A narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. *Front Psychiatry* 11;10:118. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00118
- Annerbäck, Eva-Marie; Wingren, G; Svedin, CG; and Gustafsson PA. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica* 99(8):1229-36. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x.
- Axberg, U., Priebe, G., Afzelius, M. och Wirehag Nordh, L. (2020). Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det? Rapport från en nationell studie. Nka. Barn som anhöriga 2020:1 <https://anhoriga.se/Global/Stöd%20och%20kunskap/Publicerat/Rapporter%20Barn%20som%20anhöriga/BSA%20rapport%202020-1.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Bellis, Mark A; Hughes, Karen; Ford, Kat; Ramos Rodriguez, Gabriela; Sethi, Dinesh; and Passmore, Jonathan. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 4:e517-28. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30145-8.
- Brown, David W; Anda, Robert F; Tiemeier, Henning; Felitti, Vincent J; Edwards, Valerie J; Croft, Janet B; and Giles, Wayne H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine* 37(5):389-396. doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.
- Brå (Brottsförebyggande rådet). (2020a). Nationella trygghetsundersökningen (NTU). Om utsatthet, otrygghet och förtroende. Rapport 2020:8. <https://www.bra.se/publikationer/arkiv/publikationer/2020-10-08-nationella-trygghetsundersokningen-2020.html> (Hämtad 2020-11-03).
- Brå (Brottsförebyggande rådet). (2020b). Oro över brottsligheten ökar bland unga män. Pressmeddelande 2020-10-08. <https://www.bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2020-10-08-oro-over-brottsligheten-okar-bland-unga-man.html> (Hämtad 2020-11-03).
- Campbell, Jennifer A; Walker, Rebekah J; and Egede, Leonard E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine* 50(3):344-352 . doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022.
- Cater, Åsa K; Andershed, Anna-Karin; and Andershed, Henrik. (2014). Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect* 38:1290-1302. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.002.
- Felitti, Vincent J. (2019a). Origins of the ACE Study. Commentary. *American Journal of Preventive Medicine* 56(6):787-789. doi: 10.1016/j.amepre.2019.02.011.
- Felitti, Vincent J. (2019b). Health appraisal and the Adverse Childhood Experiences Study: National implications for health care, cost, and utilization. *The Permanente Journal* 23:18-026. doi: 10.7812/TPP/18-026.
- Felitti, Vincent J; Anda, Robert F; Nordenberg, Dale; Williamson, David F; Spitz, Alison M; Edwards, Valerie; Koss, Mary P; and Marks, James S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14(4):245 -258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.

- Folkhälsomyndigheten. (2019). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – grundrapport. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/> (Hämtad 2020-11-03).
- Franke, Hillary A. (2014). Toxic Stress: Effects, Prevention and Treatment. *Children* 1(3):390-402. doi: 10.3390/children1030390.
- Fridh, Maria. (2018). Bullying, violence, and mental distress among young people. Cross-sectional population-based studies in Scania, Sweden. Diss., Lunds universitet. [https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/bullying-violence-and-mental-distress-among-young-people-crosssectional-populationbased-studies-in-scania-sweden\(5096a50b-d2cf-4413-9c55-9c7f0a88be81\).html](https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/bullying-violence-and-mental-distress-among-young-people-crosssectional-populationbased-studies-in-scania-sweden(5096a50b-d2cf-4413-9c55-9c7f0a88be81).html)
- Gilbert, Ruth; Spatz Widom, Cathy; Browne, Kevin; Fergusson, David; Webb, Elspeth and Janson, Staffan. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*.3;373(9657):68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
- Grogan-Kaylor, Andrew; Ma, Julie; and Graham-Bermann, Sandra A. (2018). The case against physical punishment. *Current Opinion in Psychology* 19;22-27. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.022.
- Hughes, Karen; Bellis, Mark A; Hardcastle, Katherine A; Sethi, Dinesh; Butchart, Alexander; Mikton, Christopher Mikton; Jones, Lisa; and Dunne, Michael P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2(8):e356-e366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- HSL 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.
- HSLF-FS 2019:19. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden. (2012). Barn som far illa. Särskild satsning på barn och unga. Beslutsförslag 2012-10-12. Dnr 1201543. Kristianstad: Region Skåne.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden. (2017). Strategi och handlingsplan för införande av barnskyddsteam i Region Skåne 2017. Beslutsförslag 2017-09-22. Dnr 1600982. Kristianstad: Region Skåne.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden. (2018). Fördjupad handlingsplan för barnskyddsteam i Region Skåne. Beslutsförslag 2018-04-95. Dnr 1600982. Kristianstad: Region Skåne.
- Janson, Staffan. (2010). Kap 21. Barn som lever med våld i hemmet. I NCK (Nationellt Centrum för Kvinnofrid) Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Rapport 2010:04. Uppsala: NCK.
- Janson, Staffan. (2012). Kap 8. Barn som far illa. Om sambandet mellan social och ekonomisk utsatthet och ökad risk för övergrepp på barn. I Köhler, Marie (red.). Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlig hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad.
- Janson, Staffan; Jernbro, Carolina och Långberg, Bodil. (2011). Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011. Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstad universitet 2011. <https://www.allmannabarnhuset.se/produkt/kroppslig-bestrafning-och-annan-krankning-av-barn-sverige-en-nationell-kartlaggning-2011/> (Hämtad 2020-11-03).

- Jernbro, Carolina och Janson, Staffan. (2017). Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. <https://www.allmannabarnhuset.se/produkt/vald-mot-barn-2016/> (Hämtad 2020-11-03).
- Jernbro, Carolina och Landberg, Åsa. (2020). Multiutsatta barn. Om barn som utsatts för flera typer av misshandel. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. <https://www.allmannabarnhuset.se/produkt/multiutsatta-barn/> (Hämtad 2020-11-03).
- Jernbro, Carolina; Otterman, Gabriel; Lucas, Steven; Tindberg, Ylva; and Janson, Staffan. (2017). Disclosure of child physical abuse and perceived adult support among Swedish adolescents. *Child Abuse Review* 26:451-464. doi: 10.1002/car.2443.
- Järkestig Berggren, U., Magnusson, L. och Hanson, E. (2015). Att se barn som anhöriga. Om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Kalmar Växjö; Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Kling S. (2010). Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska folkhögskolan för folkhälsovetenskap (rapport).
- Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. (2018). Skånes läns gemensamma fördjupade analys gällande barn och unga 0-24 år. Överenskommelsen psykisk hälsa 2018. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/01/Region-Skåne-Analys-barn-och-unga-2018.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Koncernkontoret Avdelningen för hälso- och sjukvård. (2012). Projektredovisning Projekt Barn som far illa 110822-121231. Malmö: Region Skåne 2012-12-12.
- Krysell M, Bertram E. (2015). Ambulanssjuksköterskans upplevelser av möten med familjer där barn misstänks fara illa. En intervjustudie. Magisteruppsats, Lunds universitet. <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/8521034>
- Kunskapscentrum barnhälsovård. (2013). Barnhälsovården i Skåne - årsrapport 2012. Malmö: Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne.
- Kunskapscentrum barnhälsovård. (2015). Barnhälsovården i Skåne - årsrapport 2014. Malmö: Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnhalsovard/#55135> (Hämtad 2020-11-03).
- Kunskapscentrum barnhälsovård. (2016). Barnhälsovården i Skåne - årsrapport 2015. Malmö: Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnhalsovard/#55135> (Hämtad 2020-11-03).
- Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård. (2019). För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne. En nulägesrapport och underlag för handling. Malmö: Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnhalsovard/#55135> (Hämtad 2020-11-03).
- Köhler, Marie. (2017). Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare. Diss., Lunds universitet. [https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/vulnerable-children-a-social-perspective-on-health-and-healthcare\(1e7fef97-e72b-4e79-80f4-021f11c7b2e1\).html](https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/vulnerable-children-a-social-perspective-on-health-and-healthcare(1e7fef97-e72b-4e79-80f4-021f11c7b2e1).html)

- Köhler M. et al. (2015). Children in family fostercare. *Acta Paediatrica*: 104, 508–13. doi: 10.1111/apa.12901
- Köhler M. et al. (2016). "All is well". *BMC Pediatrics*. 16, 127. doi: 10.1186/s12887-016-0646-2.
- Köhler, M, Emmelin, M, och Rosvall, M. (2017). 'Parental health and psychosomatic symptoms in preschool children: A cross-sectional study in Scania, Sweden', *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 45, no. 8, pp. 846-853. <https://doi.org/10.1177/1403494817705561>
- Lundén, Karin. (2010). Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010:5. <https://www.allmannabarnhuset.se/produkt/att-identifiera-omsorgssvikt-hos-forskolebarn-vad-kan-vi-lara-av-forskningen/> (Hämtad 2020-11-03).
- Mallén, Agneta. (2011). 'It's Like Piecing Together Small Pieces of a Puzzle'. Difficulties in Reporting Abuse and Neglect of Disabled Children to the Social Services. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 12:01,45-62. <https://doi.org/10.1080/14043858.2011.561622>
- NACHRI (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions). (2011). Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment. Second edition. <https://www.childrenshospitals.org/Issues-and-Advocacy/Population-Health/Child-Abuse/Reports/2011/Defining-the-Childrens-Hospital-Role-in-Child-Maltreatment-Second-Edition> (Hämtad 2020-11-03).
- Oja, C., Edbom, T., Nager, A., Månsson, J., och Ekblad, S. (2018). Making life work for both themselves and their parents alone- how children aged 11–16 view themselves in relation to their chronically ill parents in a primary health care setting. *International Journal of Adolescence and Youth*. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1548360>.
- Oja, C., Edbom, T., Nager, A., Månsson, J., och Ekblad, S. (2020). Informing children of their parent's illness: A systematic review of intervention programs with child outcomes in all health care settings globally from inception to 2019. *PLOS ONE* 15(5): e0233696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233696>.
- Petrucelli, Kaitlyn; Davis, Joshua; and Berman, Tara. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect* 97:104127. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104127.
- Region Skåne. (2014). Folkhälsorapport Barn och Föräldrar i Skåne 2014 – en undersökning om barns och föräldrars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Region Skåne. <https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-barn-och-foraldrar-i-skane/> (Hämtad 2020-11-03).
- Region Skåne. (2015). Handlingsprogram vid misstänkta fall av barn som far illa. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/barn-som-far-illa/handlingsprogram/handlingsprogram-vid-misstankta-fall-av-barn-som-far-illa-2014.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Region Skåne. (2016). Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2016 – en undersökning om barns och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Region Skåne. <https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-barn-och-unga-i-skane/> (Hämtad 2020-11-03).

- Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. (2018). Ungas hälsa utifrån könsidentitet – ett komplement till Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2016. Region Skåne. Kommunförbundet Skåne. <https://utveckling.skane.se/publikationer/rapporter-analyser-och-prognoser/folkhalsorapport-barn-och-unga-i-skane-2016/> (Hämtad 2020-11-03).
- SBU. (2018). Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 289.
- SFS 2017:209. Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
- SFS 2019:996. Hälso- och sjukvårdslag.
- SKL. (2017). Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering, barn- och unga satsningen. Sveriges Kommuner och Landsting, 2017. <https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/nationellkartlaggningomhalsoundersokningaravbarnochungainforplacering.28626.html> (Hämtad 2020-11-03).
- SoL 2001:453. Socialtjänstlagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453 (Hämtad 2020-11-03).
- SOSFS 2014:4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2010). Barn som utsätts för fysiska övergrepp. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2010-3-10.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2014a). Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-4.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2014b). Anmäla oro för barn. Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. Stockholm: Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2014-6-5.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2014 c). Till dig som är skyldig att anmäla oro för barn. Information för dig som är anmälningsskyldig enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-6-20.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2019). Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6502.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2020a). Placerade barn och unga – handbok för socialtjänsten. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2020-3-6640.pdf> (Hämtad 2020-11-03).

- Socialstyrelsen. (2020b). Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/barn-och-ungdom/> (Hämtad 2020-11-03).
- Socialstyrelsen. (2020c). Stöd till barn som anhöriga. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/> (Hämtad 2020-11-03).
- SOU 2001:18. Kommittén mot barnmisshandel. Barn och misshandel – en rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige vid slutet av 1900-talet: Delbetänkande.
- SOU 2001:72. Kommittén mot barnmisshandel. Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda: Slutbetänkande.
- SOU 2020:47. Utredningen Framtidens socialtjänst. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag: slutbetänkande del 1.
- Sowder, Kathryn L; Knight, Laura A; and Fishalow, Jaclyn. (2018). Trauma exposure and health: a review of outcomes and pathways. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 27(10):1041-1059. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1422841>.
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2011). Mod och mandat. <http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Mod-och-mandat.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2020). Report to the UN Committee on the Rights of the Child. Stockholm; Stiftelsen Allmänna Barnhuset. <http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2020/03/CRC-Report-The-Childrens-Welfare-Foundation-Sweden.pdf> (Hämtad 2020-11-03).
- Unicef. (2018). Vem skyddar mig från våld? Barns egna berättelser om våld i hemmet och önskan om upprättelse. <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/vem-skyddar-mig-fran-vald> (Hämtad 2020-11-03).



Region Skåne

Kunskapscentrum barnhälsovård
[Skane.se/kunskapscentrumbhv](https://skane.se/kunskapscentrumbhv)

[Barn som anhöriga](#)

[Barn som far illa](#)

[Hälsoundersökning på begäran av socialtjänsten](#)