



## Synpunkter på Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd, samt konsekvensutredning om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför egna hemmet, Dnr 4.1 – 640/2019

Stiftelsen Allmänna Barnhuset tackar för inbjudan att inkomma med synpunkter och lämnar här dessa i hopp om att därmed bidra till barn och ungas välmående och hälsa.

### Synpunkter på förslag till författningstext

5§ Fysisk och psykisk hälsa, under rubriken Allmänna råd: *Uppgifter bör inhämtas från*

Ordet *bör* skapar ett utrymme för godtycklig tolkning och efterföljelse. Vi föreslår i första hand att det ersätts med *ska*. Om detta inte bedöms möjligt föreslås att ordet *bör* utelämnas.

I uppräkningslistan av instanser där uppgifter om den unges hälsa ska inhämtas, saknar vi en rad som anger *flyktingmedicinsk- eller traumamottagning*. Det är ett betydande överlapp mellan gruppen barn som migrerar utan vårdnadshavare och barn som vårdas utanför egna hemmet. Förekomsten av traumatisering till följd av våld eller andra övergrepp är också betydligt högre i gruppen barn som vårdas utanför egna hemmet.

6§ I hälsoundersökningen ska ingå: *Hälsoundersökningen bör anpassas till, samt i hälsoundersökningen bör ingå*

Samma invändning och förslag angående ordet *bör* som tidigare under 5§.

6§ I uppräkningslistan av vilka moment en hälsoundersökning innehåller, står *observation av psykiska funktioner*.

Vi menar att detta är en för vag grund för bedömning av psykisk hälsa, som skulle kunna genomföras av personal utan kompetens inom psykisk hälsa och avgränsas till basala kognitiva och sociala beteenden. Vi föreslår istället formuleringen *bedömning av psykisk hälsa*. Detta skulle ställa ett kompetenskrav på den som genomför undersökningen, samt ange ett bredare och mer ändamålsenligt syfte med undersökningsmomentet. Det skulle också skapa ett rimligt underlag för bedömning av psykisk hälsa, som anges senare i 7§. En sådan bedömning är inte möjlig att göra med enbart en observation av psykisk funktion som grund. Här föreslår vi en standardiserad diagnostisk basintervju som exempelvis MINI-Kid eller K-SADS, som bägge ger en bred och adekvat kartläggning av psykiatrisk problematik.

#### 7§ Ang. uppräknigen av undersökningsmoment

Vi saknar en rad som anger *frågor om utsatthet för hot, fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp*. Vi vet att barn och unga som vårdas utanför hemmet är en grupp med betydande överrisker för våld och övergrepp av olika slag, som tyvärr allt för ofta förblir oupptäckt. En hälsoundersökning specifikt riktad till denna grupp bör därför omfattas av dels direkta frågor från den som genomför undersökningen, dels standardiserade frågeformulär som inventerar detta område. Exempel på sådana formulär är Lyles, LITE eller CATS, som alla är beprövade, vetenskapligt utvärderade och fritt tillgängliga utan kostnad. Den bedömning av våldsutsatthet och andra övergrepp som omskrivs i 7§ är inte möjlig utan ett relevant underlag.

#### 6§ Ang. frågor om levnadsvanor, såsom t.ex. sömn, kost, fysisk aktivitet och tobaksanvändning

På motsvarande sätt som i stycket ovan anser vi att formuleringen skulle kunna understödjas av ett standardiserat frågeformulär som exempelvis KIDSCREEN-52.

Vi skulle också gärna se en strecksats med innehållet – *möjlighet för barnet eller den unge att fritt berätta eller på annat vis ge uttryck för sina egna hälsorelaterade frågor*. Detta i syfte att hålla ett tydligt barnperspektiv där utgångspunkten inte är vårdgivarens behov av svar på sina frågeställningar, utan snarare barnets eller den unges behov av att fritt uttrycka sina behov.

#### 7§ I bedömningen bör ingå om barnet eller den unge har

Samma invändning och förslag angående ordet *bör* som tidigare under 5 och 6§.

#### 7§ Ang. uppräknigen av undersökningsmoment

Listan över områden som föreslås tas upp i bedömningen saknar *psykiskt hälsotillstånd*. Det står i paragrafens rubrik men är inte uttalat i strecksatserna. Däremot finns *varit utsatt för våld eller andra övergrepp* som en bedömningspunkt. Vi menar att en bedömning av barnets eller den unges psykiska hälsa med nödvändighet behöver vara dels allsidig för att omfatta hela området psykisk hälsa mot bakgrund av den högre prevalensen för psykisk ohälsa inom de flesta diagnosgrupper för samhällsvårdade barn och unga, dels specifik inom övergrepp och trauma där själva förekomsten är viktigt att upptäcka och beakta, oavsett om det ger upphov till tydliga psykiatriska symptom eller inte.

## Innehåll som saknas i förslaget till författningstext (2.4)

I förslaget till författningstext saknas formuleringar om hur dessa hälsoundersökningar ska organiseras. Vi anser att det är viktigt att ange vilken kompetens som krävs för att på ett patientsäkert och kvalitetsmässigt sätt genomföra och bedöma hälsa hos barn som vårdas utanför hemmet.

Det innebär att:

- kroppsundersökningar med åtföljande bedömningar ska göras av legitimerad läkare,
- undersökningar av psykisk hälsa av legitimerad psykolog och
- undersökningar av oral hälsa av legitimerad tandläkare.

Bedömning av levnadsvanor, aktiviteter, sociala omständigheter, bruk av nikotin eller alkohol med mera kan med fördel genomföras av exempelvis socionom/kurator.

Allt annat vore ett avsteg från Hälso- och sjukvårdslagen.

## Synpunkter på konsekvensbeskrivningen

Eftersom målgruppen är barn och unga med en förhöjd psykosocial och medicinsk risk för ohälsa, borde arbetet bedrivas i ett multiprofessionellt team, ledda av barnmedicinsk specialist eller psykologspecialist med kompetens specifikt om barn och ungas hälsa.

Denna riktning kan skapa incitament för att regioner och landsting själva ska kunna organisera sig på det mest ändamålsenliga sättet, både för sin egen resurseffektivitet och för utsatta barn och ungas behov av adekvat bedömning och stöd.

Detta leder oss in i resonemanget som finns i konsekvensbeskrivningen 1.4 (men inte i förslaget till författningstexten), om skillnaden på *läkarundersökning* enligt 32 § Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och *Hälsoundersökningar* för barn som placeras med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn som vårdas utanför det egna hemmet.

Det finns såvitt vi känner till ingen vetenskaplig grund för denna uppdelning av olika undersökningar, enbart baserade på de olika lagar som de omnämns i. Den enda skillnaden av betydelse rör vårdnadshavares samtycke till undersökningen för barn, som är möjlig att förbigå vid vård under LVU. Barnens hälsobehov och samhällets skyldigheter att ge stöd är de samma oavsett vilken lag barn omhändertas under, vilket också har lagstöd sedan 15 april 2017 (som utredaren skriver under avsnitt 1.3 i konsekvensbeskrivningen). Dessutom är rörligheten mellan LVU och SoL för barn som vårdas utanför hemmet inte obetydlig - ett och samma barn kan vara placerat under olika lagar vid olika tidpunkter.

Slutsatsen är att uppdelningen av olika undersökningar beroende på lagrum är onödig och kan med fördel slås samman till en gemensam barnläkarledd hälsoundersökning i den omfattning som, med tillägg av våra synpunkter, föreslås i dessa föreskrifter och allmänna råd.

En sådan gemensam läkarledd hälsoundersökning skulle uppfylla såväl syftet i LVU att identifiera sjukdom, skada och funktionsnedsättning, som det bredare syftet i den hälsoundersökning som här föreslås. Även de hälsoundersökningar som genomförs av asylsökande barn skulle kunna slås samman till en gemensam, samlad hälsoundersökning.

## Möjligheter till samordningsvinster och ökad kunskap

En gemensam hälsoundersökning skulle innebära att underlaget i form av hälsobedömningar kan bli tillräckligt stort för att motivera åtminstone ett multiprofessionellt team per region/landsting (om såväl barn som omhändertas frivilligt med stöd av SoL, asylsökande barn och barn som omhändertas med tvång med stöd av LVU omfattas av samma rutin). Samordningsvinster skulle uppstå när

undersökningar genomförs vid en och samma klinik, av samtrimmad personal. Med ett tillräckligt högt genomflöde skulle kompetensen om socialt utsatta barns och ungas vårdbehov inte bara upprätthållas utan även utvecklas.

En tillräckligt stor samlad bas av hälsoundersökningar av barn med liknande omständigheter skulle också möjliggöra ett ökat vetenskapligt samarbete med högskolor, universitet och FoU-grupper i olika regioner. Svensk forskning om gruppen barn i samhällsvård är i behov av kontaktytor till sin målgrupp, men kanske är det ännu viktigare att från ett barnperspektiv se omhändertagna barn och ungas behov av kontaktytor till de forskare som är beredda att lyssna och lära sig av barnen själva.

## Om osäkerhet inför sekretessfrågor och samverkan

Utredaren beskriver under 2.2 en osäkerhet om sekretessfrågor som ofta skapar informationsbarriärer mellan personal i Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vi bekräftar denna problematik som oftast motverkar bedömningar och insatser för barnets bästa. En utvecklad och förtydligad rutin för hälsoundersökningar som är gemensam för frivilligt placerade, asylsökande och tvångsomhändertagna barn skulle bidra till att kommunikationen och samverkan stärks mellan hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal.

## Krav på specialistkompetens för hälsoundersökningar

Stiftelsen Allmänna Barnhuset invänder mot att utredaren bibehåller möjligheten för regionerna att utföra hälsoundersökningen inom primärvården, på exempelvis en vårdcentral. Vår mening är att målgruppen barn och unga som vårdas utanför hemmet, är en grupp som för det första är i åldern 0-20 år och som därmed bör bedömas av personal som har sin primära kompetens och vardagliga gärning inom detta åldersspann. För det andra rör det sig om barn och unga med väsentligen ökade risker för ohälsa inom flera olika områden och dessutom med socialmedicinska faktorer som gör bedömningarna mer komplicerade och svåra inom exempelvis differentialdiagnostiskt avseende.

Därför är vår slutsats att det krävs personal med specialistkompetens, åtminstone inom pediatrik, men helst även kännedom om socialt utsatta gruppers problematik och de avvikelser inom utvecklingspsykologi, socialisation, tandhälsa och skolgång som detta medför. Detta är anledningen till att vi föreslår specifikt inriktade multiprofessionella team under ledning av pediatriker eller specialistpsykolog med inriktning barn och ungdom, vid en barnklinik eller motsvarande. Det faktum att Socialstyrelsen saknar lagstöd för att inhämta uppgifter från primärvården till patientregistret är anmärkningsvärt och stärker argumentet att hålla hälsoundersökningar av denna målgrupp inom specialistsjukvården.

## Om journalsystem och informationshämtning

Utredaren skriver att det finns svårigheter att inhämta uppgifter från regionernas journalsystem för de privata aktörer som skulle kunna komma i fråga att utföra hälsoundersökningar. Här menar vi att informationsinhämtandet är en så verksamhetskritisk del och så betydelsefull för utfallet, att det bör vara en förutsättning i upphandlingen av sådan vård med tillgång till samma journalsystem som den region man är verksam inom. Regionerna bör tillåta privata barnkliniker som åtar sig denna typ av uppdrag att ansluta sig till samma journalsystem som regionen själv använder.

## Använd alltid standardiserade bedömningsmetoder

Vidare skriver utredaren i konsekvensutredningen att den psykiska hälsan, *om det finns skäl för det*, bör utredas med hjälp av *en standardiserad bedömningsmetod*. Här måste vi invända att det alltid finns skäl för att använda standardiserade bedömningsmetoder och i princip aldrig skäl att avstå. Dessutom behöver man flera olika instrument för att tillgodose behoven som de är utformade i förslaget. SDQ är en god start, men hälsorelaterad livskvalitet skulle kunna bedömas med KIDSCREEN-52 eller motsvarande, traumahistorik med Lyles eller motsvarande. Det kommer således behövas fler standardiserade metoder och formulär än SDQ.

## Om kostnader

Kostnadsberäkningarna har vi inte kompetens att bedöma, annat än att om hälsoundersökningarna görs i primärvård istället för på ett multiprofessionellt team inom en barnklinik, ökar sannolikheten för remisser till specialistnivå. Vi vet från de prevalensstudier som genomförts att omkring 50 % av barnen kommer att ha ett fortsatt vårdbehov, vilket på en vårdcentral innebär remiss vidare i högre utsträckning än på en barnklinik, där vårdbehovet i högre grad kommer kunna tillgodoses direkt utan vidare kostsamma remissförfaranden, väntetider och resekostnader.

För Stiftelsen Allmänna Barnhuset  
Föredragande i ärendet har varit Rikard Tordön  
Psykolog och handläggare, Stiftelsen Allmänna Barnhuset



Anne Marie Brodén, Ordförande



Cecilia Sjölander, Generalsekreterare