



Socialdepartementet  
[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)  
[s.sof@regeringskansliet.se](mailto:s.sof@regeringskansliet.se)

## Remissvar

# SOU 2021:34 Börja med barnen -En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har tagit del av utredningens förslag och lämnar i detta remissvar våra synpunkter.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset vill börja med att berömma utredningens insatser för att göra barn och unga delaktiga i utredningsprocessen med hjälp av Tilia och Bris expertgruppsmetodik.

## Synpunkter på utredningens författningsförslag

Stiftelsen Allmänna Barnhuset tillstyrker förslagen till ändringar i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om hälsofrämjande arbete (kap. 3 & 6) och samverkan mellan regioner och huvudmän inom skolväsendet (kap. 7) som utredningen föreslår.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset tillstyrker det förslag till ändring i Patientlagen (2014:821), kap. 6 om fast vårdkontakt som utredningen föreslår. Vi ser däremot inte, för utredningens syfte, någon anledning att avgränsa denna princip till enbart regionala huvudmän på det sätt som utredningen föreslår i 1 kap. 2 §, vilket därför avstyrks.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset tillstyrker utredningens förslag till ny § 3 i 8 kap. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), angående Socialstyrelsens rätt att meddela föreskrifter inom förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete.

## Utredningens föreslagna sex steg om ändamålsenligt och samordnat stöd för barn och unga med psykisk ohälsa

Steg 1. Barnhuset delar utredningens bedömning om behovet av ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa som ett ansvar för hela samhället. Vår erfarenhet från arbetet med barn och unga i samhällsvård kan vitsorda den utgångspunkt som utredningen tar i sambandet mellan studieresultat och hälsa, samt den viktiga roll som förskola och skola har i just detta hänseende.

Steg 2. I detta steg beskriver utredningen behovet av en mer sammanhållen barn- och ungdomsvård, med större likvärdighet än idag och med ett mer strukturerat arbetssätt. Alltsamman lovvärda ambitioner, men det är just inom detta område Stiftelsen Allmänna Barnhuset har farhågor om att lagstiftning, organisering och administration av hälso- och sjukvårdens ansvar reser hinder som utredningen inte i tillräcklig utsträckning har adresserat.



Steg 3. Utredningen beskriver i detta steg ett behov av en mer tydlig uppdelning avseende ansvar för vård av psykisk ohälsa. Utredningens bild av den fragmentering som idag råder delar vi, liksom bedömningen att huvudmännen behöver komma överens om bemanning, kompetenser, samordning och fördelning av ansvar. Stiftelsen Allmänna Barnhuset menar dock att utredningen inte har lämnat förslag som räcker för att rucka rådande ordning.

Vår bedömning är att huvudmannaskapet för barn och ungas förebyggande och ”första linje-vård” behöver samlas, inklusive samverkan mellan BHV och förskola för de yngsta barnen. Stiftelsen Allmänna Barnhuset menar att detta borde vara ett regionalt ansvar hela vägen in i elevhälsans medicinska del, ungdomsmottagningars hälso- och sjukvårdsinsatser, förskolor och även bemanning med viss hälso- och sjukvårdskompetens inom socialtjänstens barn- och ungdomsinsatser.

Steg 4 och 5. I dessa steg beskriver utredningen behovet av en förstärkning av primärvårdens förmåga att möta behov av barn och unga med psykisk ohälsa (steg 4). En viktig förutsättning bedöms vara kompetens- och kunskapsförsörjning från den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (steg 5). Stiftelsen Allmänna Barnhuset delar denna bedömning, men saknar i utredningen förslag om hur incitamenten för att förverkliga detta i praktiken ska se ut. Vad vinner en vårdcentral på att genomföra kortare och vanligt förekommande psykiska behandlingsinsatser i egen regi i stället för att remittera vidare till specialistnivå? Vad vinner en BUP-klinik på att ge regelbunden konsultation, utbildning och handledning till regionens alla vårdcentraler?

Utredningen hyser förhoppningar om att berörda myndigheter, huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, professions-, patient- och närståendeorganisationers arbete med ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga ska klara att inrätta nödvändiga incitament och kunna åstadkomma den ändamålsenliga samverkan som eftersträvas inom befintlig lagstiftning, men vi delar inte den starka tilltron till den nationella samlingens utsikter till framgång som utredningen har, utan stöd i nödvändiga författningsändringar som undanröjer samverkanshinder. Vi saknar också förslag om hur vård och insatser för barn i förskoleålder kan utvecklas.

Steg 6. Här beskriver utredningen behovet av ökad samordning mellan specialiserad vård, socialtjänst och skolan för insatser för barn med långvariga och större behov. Stiftelsen Allmänna Barnhuset delar bedömningen att för just denna grupp av barn finns ett särskilt viktigt samordningsbehov, när insatser från flera sektorer behövs för att möta mer komplexa eller i tiden utdragna insatser, redan från förskoleålder. Vår bedömning är att ett särskilt arbete behöver göras för att kartlägga de hinder och incitament som påverkar samordningen idag och som kan behöva adresseras med beslut, riktade insatser och nationell vägledning i framtiden.

## **Utredningens bedömning om att ett samlat huvudmannaskap inte bör genomföras**

Stiftelsen Allmänna Barnhuset delar inte utredningens bedömning om att ett samlat huvudmannaskap för vårdverksamheterna inte bör införas. Vår bedömning är att ett samlat regionalt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård barn- och ungdomar bör införas.



Det är för Stiftelsen Allmänna Barnhuset tydligt att utredningen har ställts inför och också uttalat fått som uppdrag att göra ett strategiskt val mellan endera ett samlat huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som ges till barn och unga, eller att behålla ett tvådelat huvudmannaskap mellan region och kommun. Oavsett utgången av detta vägval finns ett kvarstående behov av att undanröja samverkanshinder och bygga upp incitament för en fortlöpande utveckling av en ändamålsenlig samverkan. Inom en huvudman eller mellan olika huvudmän.

Det finns två sätt att förhålla sig till detta. Det första är att acceptera rådande ordning och den uppdelning som kommunallagen idag stadgar. Då behöver man reda ut hur en ändamålsenlig samordning ändå kan komma till stånd, eftersom det är en uppenbar och oomtvistlig fördel att mottagarna får en helhet av stöd inom flera huvudmäns områden. I detta fall blir en systematisk verksamhetsnära analys av samverkanshinder och förslag för att undanröja dessa en absolut nödvändighet, inklusive lagändringar. Exempel på sådana hinder är fysisk samlokalisering, gemensamma ansvar och incitament för tillräcklig finansiering och bemanning, eller delande av information och IT-system som kan hantera fler än en huvudman och patientuppgifter på ett både patientsäkert och för verksamheten ändamålsenligt sätt. Man behöver också lämna förslag om hur överenskommelser om målgrupper, arbetsfördelning och önskade gemensamma verksamhetsmål kan ordnas. Det förutsätter förslag om ändringar i fler lagar än de författningsförslag som utredningen har lämnat.

Alternativt så utgår man från premissen att dagens ansvarsuppdelning inte är orubblig och föreslår ett samlat huvudmannaskap. Såväl sjukvården som skolan i Sverige har varit en statlig angelägenhet tidigare, men har i reformer flyttats till landsting/region respektive kommun. Det var omfattande reformer och sannolikt är vissa av de problem som ligger till grund för utredningens uppdrag kvarvarande rester från dessa reformer.

En svårighet med att försöka reglera samverkan mellan olika huvudmän, är att överenskommelser inte blir juridiskt bindande. Den kommunala och regionala självstyrelsen är grundlag och därmed har de olika huvudmännen långtgående möjligheter att själva välja när samverkan ska ske och gör så i många fall. Konsekvensen blir den ojämlikhet i tillgång till hälso- och sjukvård och dess organisering över landet vi idag ser och som FN Barnrättskommitté har kritiserat Sverige för.

Stiftelsen Allmänna Barnhusets bedömning är att nyttan av ett samlat huvudmannaskap, med gemensamma journalsystem, gemensamma incitament för kontinuitet och uppbärande av ansvar gentemot barn och unga, samma lagar och regler, samt färre sekretess- och finansiella barriärer, överväger nackdelarna som en elevhälsa med dubbla huvudmän reser.

För barn som utsätts för våld och andra övergrepp är en sammanhållen kedja av omhändertagande extra viktigt. Stiftelsen Allmänna Barnhuset ser det som mycket angeläget att ansvaret för att hålla ihop denna kedja från det akuta krisstödet och utredningen, eventuellt med rättsliga bedömningar, till behandling är reglerat i lag. Antingen i en specifik barnlag som reglerar barnets rättigheter i förhållande till olika statliga, regionala, kommunala och privata/ideella huvudmän. Eller med lagreglerad tillgång till kommunala barnombud med uppgift att säkerställa en obruten tillgång till stöd.



Vidare ser vi inte kopplingen mellan det fria skolvalet och de utmaningar för samordning som detta specifikt skulle resa för en regional huvudman, men en kommun inte skulle möta. Att elever byter mellan olika skolor är ingen ny företeelse, det förekom långt innan det fria skolvalet infördes. Ett sammanhållet journalsystem och stärkt informationssamverkan med barn, familjer och socialtjänst kan överbrygga de problem i planering och samordning som vi ser idag.

Att ungdomsmottagningarnas två verksamhetsgrenar idag lyder under olika huvudmän och olika lagstiftning är enligt vår bedömning ingen orubblig omständighet. Lagar kan förändras. I detta fall antingen för att möjliggöra en gemensam huvudman, eller för att undanröja de hinder som finns för samverkan mellan två huvudmän.

I likhet med synpunkter från verksamhetsnära referensgrupper som utredningen har mött under arbetet, delar Stiftelsen Allmänna Barnhuset farhågan för att resurser skulle kunna komma att centraliseras och försämra tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal nära skolorna och förskolorna om regionen skulle ges ett samlat huvudmannaskap även för elevhälsans medicinska del. Vi ser det dock inte som ett skäl att avstå en sådan reform, men vill betona vikten av att i lag reglera bemanning och tillgång för elever oavsett skolhuvudman. Regioner bör ges det övergripande ansvaret att kunna tillhandahålla en miniminivå av bemanning av skolläkare och skolsjuksköterskor om andra vårdgivare inte får eller klarar detta ansvar.

Likaså ser vi nödvändigheten av att reglera informationsutbytet mellan region och de eventuella privata vårdgivare som ibland anlitas för att tillhandahålla den medicinska delen av elevhälsan, möjligtvis genom krav på kompatibla journalsystem i upphandlingar av vårdgivare. Detta i syfte att inte förlora nyttan av det samlade huvudmannaskapet avseende hälsoinformation om främst barn i grundskoleålder.

## **Utredningens bedömning om att en regional huvudman för hälsouppföljning kan vara ett möjligt framtida vägval**

Stiftelsen Allmänna Barnhuset delar inte utredningens bedömning att tiden inte är mogen för att genomföra en reform för ett samlat regionalt huvudmannaskap för hälsouppföljningar.

Utredningen anför många goda skäl som talar för en sammanhållen huvudman för hälsouppföljningar och vaccinationer, men landar ändå i slutsatsen att *tiden inte är mogen* för en sådan reform. Skälen till detta skulle vara att primärvården inte är resurssatt för ett sådant utökat ansvar och att det fria skolvalet skulle hindra regionens möjligheter att tillhandahålla hälsobesök och vaccinationer i skolan. Vi har svårt att se varför just skolor skulle vara en hindrande miljö. Behövs lokaler med en viss miljö och utrustning är det fullt möjligt att styra i upphandlingar och andra regelverk för såväl kommunala som enskilda skolhuvudmän.

Det faktum att primärvården idag inte är resurssatt för ett utökat uppdrag ifrågasätts inte av oss. Men resurssättning följer av det ansvar som åläggs en huvudman, inte tvärtom. Principen bör vara att mål och ansvar måste tillåtas styra metod och resurs, anser vi.



## Den fragmenterade vårdens konsekvenser för de grupper som Stiftelsen Allmänna Barnhuset möter

I Stiftelsen Allmänna Barnhusets verksamhet möter vi bland annat barn i den sociala barnvården och barn som utsatts för våld och övergrepp. Vi möter därför konsekvenserna av den fragmenterade vården påtagligt och konkret och vill därför avsluta detta remissvar med att belysa några sådana konkreta exempel som rör den utmaning som utredningen har haft i uppdrag att föreslå insatser inom.

### Bristande hälso- och sjukvårdskompetens inom socialtjänsten

Vår erfarenhet är att inom den kommunala socialtjänsten finns inte personal med hälso- och sjukvårdsutbildning. Det leder till att all sådan bedömning är beroende av konsultativa initiativ och att regionen förmår genomföra de undersökningar de har överenskommit i exempelvis avtal om hälsoundersökningar (HSL 2017:30 16 kap. 3 §), (Lag 2017:209) (HSLF-FS 2019:19). I de nationella kartläggningar som SKR genomfört 2014, 2016, samt 2019 framgår att dessa överenskommelser inte är en garanti för att de genomförs. Inte sällan beror detta på att socialtjänsten tvingas prioritera mer trängande behov, exempelvis barnets säkerhet eller akuta dygnsomsorg, där hälsobehoven får stå tillbaka. Socialtjänstens medarbetare anger också att det ofta kan vara svårt att veta, trots regionalt avtalade överenskommelser, vart hälsorelaterade remisser och konsultativa frågor ska hänvisas.

Skulle det finnas exempelvis sjuksköterskor anställda av regionen men samlokaliserade och med uppdrag i den kommunala sociala barnvården, så vore frågor om hälsouppföljning, vacciner och konsultativt stöd betydligt enklare och medföra en sammantaget bättre hälsa för de barn som berörs i den sociala barnvården. I vårt internationella samverkansarbete och i vårt utbyte med forskare har vi erfart att sådana modeller med framgång har etablerats i exempelvis Danmark och Storbritannien.

### Svåra hälsobrister bland barn i samhällsvården

Barn och unga i den sociala barnvården har som grupp ett väl känt sämre hälsotillstånd än andra. Det rör såväl somatiska tillstånd som fetma, inflammatoriska sjukdomar och allergier, som dental hälsa med kariesangrepp, tandröta och obehandlade felställningar, som psykisk ohälsa med mer traumarelaterade diagnoser, anknytningsrelaterade svårigheter och en högre förekomst av neuropsykiatriska tillstånd. Ohälsan är dessutom till stora delar okänd, eftersom missade hälsoundersökningar, uteblivna utredningar och behandlingar, samt ofullständig vaccinationstäckning är betydligt vanligare i denna grupp. Flera forskningsstudier och sammanställningar av Socialstyrelsen och SKR har påvisat detta under lång tid.

Det finns ett fåtal berömvärda initiativ för att stävja denna ohälsa, bland annat HälsoFam i region Uppsala och dess motsvarighet i region Skåne. Det de har gemensamt är att det är en gemensam kontaktyta gentemot barnen, ett strukturerat arbetssätt och barnmedicinsk specialistkompetens som möter barnen, ofta med en mer komplex och svårbedömd problembild än det primärvården möter bland andra barn. Dock ser vi att i de flesta regioner finns brister i hur samverkan organiseras mellan regioner och kommuner för att





tillgodose barnens hälsobehov. Trots att lagar, förordningar, kunskapsstöd och överenskommelser finns.

Vi ställer oss frågan om samverkan mellan huvudmän med olika ansvar, utan självklara incitament för att verkligen genomföra samverkan, faktiskt har utsikter att fungera?

### **Skolfam går inte att organisera ändamålsenligt och legalt på samma gång**

Skolfam är en förebyggande arbetsmodell som syftar till att stärka skolresultat för barn i familjehem. Stiftelsen Allmänna Barnhuset samordnar och kvalitetssäkrar Skolfam i de kommuner som arbetar med modellen. I arbetet med Skolfam ingår att specialpedagoger och psykologer, tillsammans med barnets socialsekreterare och familjehemssekreteraren kartlägger barnets förutsättningar, inklusive vissa sådana som rör barnets hälsa. Psykologen använder dessutom tester och frågeformulär som annars används inom hälso- och sjukvården, samt genomför samtal och rådgivning med barn och familjehem som innehåller uppgifter av känslig natur som behöver bedrivas inom ramen för det regelverk som finns de lagar som rör hälso- och sjukvård, exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientdatalagen (2008:355), patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821).

Enligt 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) får inte en kommun ta hand om sådana angelägenheter som staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ta hand om. Enligt Skollagen (2010:800) 2 kap. 25 § ska det för elever i förskoleklass, grundskola och grundsärskola finnas elevhälsa. Går barnet i en kommunal skola är det den ansvariga utbildningsnämnden som är vårdgivare, men om barnet går i fristående skola är det i stället den friskolan som är vårdgivare för elevhälsan. Skollagen avgränsar dessutom ansvaret för elevhälsa till de barn som är folkbokförda i den egna kommunen. Enligt HSL (2017:30) finns inget uttryckligt förbud för en kommun att bedriva hälso- och sjukvård, men inte heller ett uttalat ansvar, förutom för särskilda boenden och dagverksamheter inom omsorgerna.

Det mest ändamålsenliga sättet att organisera var i kommunen Skolfamteamet anställs, är där uppdragsgivaren för verksamheten och barnen som berörs finns, alltså socialförvaltningen. Barnen bor i familjehem såväl inom som utanför kommunen, men socialnämnden i den kommun som omhändertagit barnet har det övergripande ansvaret för deras uppväxtvillkor. Socialtjänstlagen har inte samma avgränsning till folkbokföringskommun som Skollagen.

Men här uppstår svårigheter med den hälso- och sjukvårdsverksamhet som främst psykologen i teamet utför i sitt arbete. Det behöver finnas en verksamhetschef för hälso- och sjukvård, någon med medicinskt ledningsansvar och tillgång till ett journalsystem. Allt detta finns i kommunens elevhälsa, vilket innebär att många kommuner valt att organisera Skolfam där. Konsekvensen blir att teamet inte längre kan tillhandahålla sina tjänster till barn folkbokförda utanför den egna kommunen, eller i vissa fall till barn som går i fristående skola med eget elevhälsoansvar. En och samma kommuns alla barn i familjehem blir därför uppdelade i de som får insatsen och de som blir utan.

Hade Skolfam varit möjligt att organisera med en regional huvudman i samverkan med regionens kommuner, skulle dessa dilemman kunna lösas smidigt. Det skulle också



innebära att arbetsmodellen mer rationellt kan arbeta med såväl barnets skolrelaterade som hälsorelaterade utmaningar. Psykologen finns redan och teamet skulle bara behöva kompletteras med exempelvis en sjuksköterska och tillgång till specialist inom barnmedicin. Även små kommuner utan underlag för att organisera ett eget Skolfamteam kunde anmäla sina barn i social barnavård till ett sådant regionalt team. Man kan till och med tänka sig en fusion av Skolfam och region Uppsalas modell Hälsofam med stora potentiella synergieffekter.

### **Flera Barnahus saknar det fjärde rummet**

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har varit initiativtagare till, att med regeringsmedel föreslå en utveckling av Barnhusens fortsatta stöd och behandling av våldsutsatta barn och unga. Modellen kom att beskrivas som "Det fjärde rummet". I Barnhusen sker samverkan mellan rättsvårdande myndigheter, socialtjänst och hälso- och sjukvården kring barn som utsatts för våld och sexuella övergrepp. Grundtanken är att det utsatta barnet möts på en och samma plats vid samma tillfälle av såväl polis som åklagare, socialtjänstens handläggare och får vid behov en rättsmedicinsk undersökning, samt en första bedömning av barn- och ungdomspsykiatri. Denna samverkan utgör sedan grunden för de olika processer som vidtar för barnets rätt till skydd (Socialtjänsten), brottsutredning (polis och åklagare), den fortsatta fysiska hälsan (barnmedicin), samt den psykiska hälsan (BUP). Dessa processer förgrenar sig efter behov och kan inkludera många fler verksamheter, exempelvis tjej- och killjourer, ideella organisationer, ungdomsmottagningar, familjerätt och skolan/elevhälsan.

I den senaste utvärderingen av Barnahus (Barnafrid 2019) framkom ett behov av att utveckla mer behandlingsresurser till just det psykiatriska omhändertagandet efter barnförhör och det första mötet på Barnahus. Detta "rum" i Barnhusens arbetsmodell finns som en påbörjad utveckling, men tyvärr bara på ett fåtal platser i Sverige. I kombination med en överansträngd och hårdprioriterad barn- och ungdomspsykiatri hamnar våldsutsatta barn i limbo, samtidigt som nätverket på Barnahus tvingas leta efter stöd i ett fragmenterat vårdlandskap.

**Föredragande i ärendet har varit Rikard Tordön.**

**2021-09-30**

Anne Marie Brodén  
Ordförande  
Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Cecilia Sjölander  
Generalsekreterare  
Stiftelsen Allmänna Barnhuset