

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

En vägledning för hälso- och sjukvården
samt tandvården gällande anmälningskyldighet
och ansvar

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-7555-102-9
Artikelnummer	2013-11-1
Omslag	Socialstyrelsen
Foto	Omslag, s. 49, 96 och 105 Angelinn Forsman, s. 10, 14, 19, 41, 60, 73 och 83 Socialstyrelsen/Ulrika Nygren, s. 63 AgeFotostock, s. 100 Johnér. Personerna på bilderna har inget med innehållet i texten att göra.
Sättning Tryck	Socialstyrelsen Edita Västra Aros, Västerås, oktober 2013



MILJÖMÄRKT TRYCKSAK 341 009

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag (S2011/4176/FS) (S2012/2206/FS (delvis)) att kartlägga, sammanställa och sprida kunskap som kan stödja, underlätta och förbättra hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens arbete när det gäller att uppmärksamma, bemöta och ta hand om barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.

Målet med denna vägledning är att bidra till nationellt likvärdiga rutiner inom hälso- och sjukvården samt tandvården och att alla barn som far illa eller riskerar att fara illa och som kommer i kontakt med dessa verksamheter ska upptäckas och anmälas till socialnämnden.

Denna vägledning har utformats för att vara ett praktiskt och användbart kunskapsstöd för vårdgivare och verksamhetschefer samt för hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal när det gäller anmälningsskyldigheten. De nya formuleringarna i 14 kap. socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som gäller från den 1 januari 2013 om att anmälan ska ske när anmälningsskyldig ”får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa” har varit en av utgångspunkterna för vägledningen.

Vägledningen har tagits fram av projektledare Ulrika Nygren samt utredarna Karin Nordin Jareno, Elisabet Sjöström, Hans Smedje, Monica Norrman, Pär Alexandersson och jurist Cecilia Molinder Berglund. Ansvarig enhetschef har varit Susanna Wahlberg.

Taina Bäckström
ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Vägledningens mål, mottagare och innehåll	8
Underlag	9
Barns behov och rättigheter	11
Barn	11
Föräldrarnas ansvar för barns behov	11
Samhällets ansvar för barns behov	12
Barnperspektivet	12
Barnkonventionen.....	13
Anmälningsskyldigheten	16
Anmälningsskyldigheten.....	16
När ska en anmälan göras?	17
Hur ska en anmälan göras?	20
Vilka är anmälningsskyldiga?	22
Uppgiftsskyldigheten	25
Sekretessbrytande bestämmelser	25
Polisanmälan vid misstänkta brott mot barn	27
Förhållanden under vilka barn kan fara illa	28
Barnmisshandel – brott mot barn	29
Omsorgsvikt	30
Eget beteende eller social situation i övrigt	37
Risker för att barn kan fara illa	38
Risk- och skyddsfaktorer samverkar	38
Anknytning	40
Risikfaktorer hos det individuella barnet	42
Risikfaktorer hos föräldrar och familj.....	44
Risikfaktorer i omgivningen.....	47
Skyddsfaktorer hos barnet, i familjen och i omgivningen	48
Utlösande faktorer (triggers)	48

Tecken på att ett barn far illa	50
Allmänt om ålder och utsatthet.....	50
När barn berättar om sin utsatthet	51
Tillväxthämning.....	51
Barn som har hög frånvaro.....	51
Tecken på hedersrelaterat våld	51
Tecken på att barn har bevittnat eller upplevt våld	52
Tecken på att barn lever med missbruk i familjen.....	53
Tecken på fysisk vanvård	53
Tecken på fysiskt våld mot barn	53
Tecken på sexuella övergrepp	55
Tecken inom tandvården	56
Tecken på bristande omsorgsförmåga hos föräldrar.....	58
Bemötande av barn och föräldrar	61
Barnets rätt att bli hört	61
Skapa trygghet, relation och förtroende.....	61
Barn som motsätter sig en anmälan	63
Stötta barnet i samband med anmälan	64
Professionellt förhållningssätt gentemot föräldrar	64
Informera föräldrarna om en anmälan	65
Informera inte föräldrarna vid misstanke om brott.....	65
Hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens ansvar	66
Vårdgivarens och verksamhetschefens ansvar	67
Professionens personliga ansvar.....	71
Hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens barn- och ungdomsverksamheter	72
När den vuxna är patient.....	77
Dokumentation.....	80
Vårdgivarens ansvar för dokumentationen	80
Professionens ansvar att dokumentera	80
KVÅ-koder	81
Dokumentera en anmälan	81
Vårdsnadshavarens insyn i barnets journal	82
Barn med skyddad identitet.....	83
Rättsintyg	84
Samverkan – allas ansvar	85
Begreppet samverkan	85
Samverkan inom hälso- och sjukvården.....	87
Samverkan med socialtjänsten	88
Samverkan med flera andra myndigheter	94

Förekomst av barn som far illa	97
Förekomst av omsorgssvikt.....	97
Förekomst av fysiskt våld.....	97
Förekomst av sexuella övergrepp.....	98
Mörkertalet är stort.....	99
Anmälningssstatistik	101
Anmälningssbenägenhet	101
Anmälningar till socialtjänsten.....	101
Anmälan från hälso- och sjukvården	102
Anmälan från tandvården	103
Orsaker till att anmälningsskyldigheten inte följs.....	103
Lärdom av dödsfallsutredningarna.....	104
Hälso- och sjukvården samt tandvården kan bli bättre	105
Referenser	107

Sammanfattning

Både hälso- och sjukvården och tandvården omfattas av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Trots skyldigheten att anmäla till socialnämnden visar undersökningar att det finns en underrapportering från hälso- och sjukvården samt tandvården. Barn som far illa kommer inte alltid till socialtjänstens kännedom och kan därmed inte alltid få det stöd eller det skydd som de behöver från samhället.

Ett barn kan fara illa när det till exempel i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse, har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj eller ett självdestruktivt beteende. Barn med stora problem i skolsituationen som är kopplat till en social problematik kan också fara illa, och ingår i socialtjänstens målgrupp. (Se proposition 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga s. 47)

Den 1 januari 2013 infördes en förändring i socialtjänstlagen som innebär att anmälningsskyldiga som i sin verksamhet ”får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa” genast ska göra en anmälan till socialnämnden. Det infördes även nya bestämmelser i socialtjänstlagen om möten i samband med att en anmälan görs (14 kap. 1 a § SoL) och om så kallad återkoppling (14 kap. 1 b § SoL). Förändringen i socialtjänstlagen syftar bland annat till att underlätta för anmälaren att avgöra när en anmälan ska göras (prop. 2012/13:10 s. 46).

För att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras har vårdgivaren ett ansvar enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för rutiner, systematiskt kvalitetsarbete och samverkan när det gäller anmälningsskyldigheten. Personalen inom hälso- och sjukvården samt tandvården har dessutom ett personligt ansvar för sin egen kompetens samt skyldighet att följa lagen.

Inledning

Alla barn har rätt till att få växa upp under trygga förhållanden. Barn som far illa eller riskerar att fara illa är ett gemensamt samhällsansvar, men många barn som far illa kommer inte till socialtjänstens kännedom och kan därmed inte alltid få det stöd och skydd som de behöver från samhället. Personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården som i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa ska genast göra en anmälan till socialnämnden. Det följer av 14 kap. 1 § SoL.

Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att stärka hälso- och sjukvårdens arbete när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket har resulterat i denna vägledning.

Vägledningens mål, mottagare och innehåll

Denna vägledning har utformats för att vara ett praktiskt och användbart kunskapsstöd för hälso- och sjukvården samt tandvården när det gäller anmälningskyldigheten till socialnämnden vid kännedom om eller misstanke om att barn far illa.

Mottagare av vägledningen är de verksamheter som omfattas av HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, samt tandvårdslagen (1985:125), TL. Det innebär även att personal som arbetar med elevhälsans medicinska uppgifter innefattas. Vägledningen riktar sig både till den öppna och den slutna hälso- och sjukvården samt tandvården som har barn som vårdtagare, men även till de som arbetar med vuxna patienter med barn som anhöriga eller medföljare. I första hand vänder sig vägledningen till vårdgivare och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården och tandvården, så att de i sina verksamheter ska kunna utforma lokala handlingsplaner och rutiner.

Tyngdpunkten i vägledningen ligger på hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens lagstadgade skyldighet att anmäla kännedom eller misstanke om barn som far illa till socialnämnden. Skyldigheten att anmäla till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL vid kännedom eller

misstanke om att ett barn far illa är absolut och ovillkorlig och får inte bli föremål för övervägande av den anmälningsskyldiga. Kunskap om anmälningsskyldigheten är en första förutsättning för att vårdgivare och verksamhetschefer ska kunna utarbeta lokala handlingsplaner och rutiner.

Hälso- och sjukvården samt tandvården behöver ha kunskap om vilka barn som innefattas i begreppet barn som far illa samt vilka tecken och symtom dessa barn kan uppvisa i samband med att de far illa eller riskerar att fara illa. Med barn avses varje människa under 18 år (1 kap. 2 § tredje stycket SoL). Anmälningsskyldigheten avser inte ungdomar som har fyllt 18 år och inte heller ofödda barn.

Vägledningen beskriver olika områden som är av betydelse för hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens arbete när det gäller barn som far illa. Skyldigheten att anmäla enligt 14 kap. 1 § SoL inträder vid misstanke om att barn far illa och beskrivs i avsnittet ”Anmälningsskyldigheten”. Barn kan fara illa och dess hälsa eller utveckling kan skadas av många olika anledningar vilket beskrivs i avsnittet ”Förhållanden under vilka barn kan fara illa”.

Vägledningen innehåller dessutom en fördjupning om barn som far illa på grund av att de i hemmet utsätts för omsorgssvikt i avsnittet ”Risker för att barn kan fara illa”, ”Tecken på att ett barn far illa” samt ”Bemötande av barn och föräldrar”.

Underlag

Vägledningen bygger på befintliga lagar, föreskrifter och allmänna råd. I vägledningen beskrivs förändringen i 14 kap. 1 § SoL som infördes den 1 januari 2013.

Vägledningen bygger i de delar som handlar om risker och tecken på sammanställningar av lokala och internationella handlingsprogram och rutiner, aktuella vetenskapliga artiklar, avhandlingar, rapporter och utredningar inom området. En betydelsefull utgångspunkt har varit regeringens proposition Stärkt stöd och skydd för barn och unga (prop. 2012/13:10). Likaså har vi utgått från Socialstyrelsens tidigare rapporter inom området.

Det sammanställda materialet har granskats av forskare, experter och professionsföreträdare inom området som även deltagit i

referensgruppsmöten. Dessa har även bidragit med ytterligare referenser och förslag på text, vilket ger vägledningen ökade förutsättningar att utgöra ett väl underbyggt kunskapsstöd i den kliniska verksamheten. Samråd har även skett med angränsande projekt inom Socialstyrelsen, SKL och Rikspolisstyrelsen.



Barn har rätt att få utvecklas i sin egen takt utifrån sina egna förutsättningar.

Barns behov och rättigheter

I varje barns grundläggande rättigheter ingår att få omvårdnad, att få växa upp under trygga förhållanden med närvarande vuxna och att få utvecklas i sin egen takt utifrån sina egna förutsättningar (prop. 2012/13:10 s. 23).

Barn har rätt till en uppväxt utan våld [1]. Att utsättas för våld, övergrepp eller försummelse under barndomen kan, förutom det lidande det innebär för stunden, sätta djupa spår hos ett barn, spår som även påverkar vuxenlivet [2–4] Det finns ett starkt samband mellan utsatthet under barndomen och multipla riskfaktorer för flera av de vanligaste dödsorsakerna hos vuxna [5].

Barn

Med barn avses varje människa under 18 år. Detta i enlighet med 1 kap. 2 § tredje stycket SoL och FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, artikel 1. Anmälningsskyldigheten avser barn under 18 års ålder och inte ungdomar som fyllt 18 år och inte heller ofödda barn.

Föräldrarnas ansvar för barns behov

Det är i första hand föräldrarna som har ansvar för ett barns uppfostran och välmående. Föräldrar och annan familj utgör grunden för ett barns utveckling och välfärd. Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn ska behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling (6 kap. 1 § föräldrabalken, FB).

Av 6 kap. 2 § FB framgår att den som har vårdnaden om ett barn har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov enligt 1 § blir tillgodosedda. Av lagrummet framgår vidare att barnets vårdnadshavare även ansvarar för att barnet får den

tillsyn som behövs utifrån dess ålder, utveckling och övriga omständigheter, och ska se till att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning (6 kap. 2 § FB).

Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska därvid i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. (6 kap. 11 § FB)

Samhällets ansvar för barns behov

De flesta föräldrar tillgodoser sina barns hälsa och utveckling väl. Då deras förmåga brister för en kortare eller längre tid har samhället ett övergripande ansvar för att ett barn får sina behov tillfredsställda, vilket följer av 5 kap. 1 § SoL. Samhällets roll är i enlighet med barnkonventionen att på olika sätt stödja och komplettera föräldrarna i deras föräldraskap för att därigenom förebygga mer ingripande åtgärder. Samhället ansvarar även för att skyddet för barn i utsatta situationer ska vara säkert, ha en god kvalitet och följa kunskapsutvecklingen (prop. 2012/13:10 s. 23–24).

Barnperspektivet

Barnperspektivet belyser barns rättigheter och barns bästa. Barnperspektivet kan delas in i barnperspektiv, barnrättsperspektiv och barnets perspektiv [6, 7].

Med att ha ett barnperspektiv avses att en vuxen så långt som möjligt sätter sig in i ett barns situation och försöker se till barnets bästa. Barnperspektivet innebär att man inför varje beslut eller åtgärd ska överväga om beslutet eller åtgärden rör eller kan röra barn och i så fall på vilket sätt [8].

Barnrättsperspektivet uttrycker en skyldighet att genom lämpliga åtgärder förverkliga barnets mänskliga rättigheter och barnets bästa. Det gäller bland annat barnets rätt till rättslig prövning, samhällets stöd till barnet när det gäller ansökan om skadestånd och att samhället värderar brott mot barn likvärdigt med brott mot vuxna. Detta är särskilt viktigt att tänka på då barnet utsatts för brott av sina föräldrar eller då föräldrarna är oförmögna att föra barnets talan. Barns rättsliga status finns formulerat i svensk lag [1].

Barnets perspektiv beskriver hur barnet själv ser på sin omvärld, sina villkor och sin situation. Det innebär att barnet själv fortlöpande är delaktigt och, utifrån sin ålder och mognad ges möjlighet att bidra med sina erfarenheter, synpunkter och förslag samt ges möjlighet till återkoppling [8].

Barnkonventionen

Den svenska regeringen ratificerade barnkonventionen 1990, och är därmed folkrättsligt förpliktad att ha en lagstiftning som står i överenskommelse med konventionens krav. Ratificeringen har lett till nya bestämmelser i både socialtjänstlagen och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, om barnets bästa och barnets delaktighet (prop. 2012/13:10 s. 35).

Barnkonventionen är en värdegrund som kan ge de yrkesgrupper som möter barn som far illa en gemensam syn på barnets rätt till skydd, utveckling och delaktighet [9]. Barnkonventionen handlar i korthet om barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda. Det gäller bland annat rätten till hälso- och sjukvård, tandvård, utbildning samt skydd mot alla former av fysiskt och psykiskt våld. Konventionen innehåller fyra grundläggande principer som ska vara styrande för tolkningen av konventionens övriga artiklar, men som också har en egen självständig betydelse [10–12].

- Artikel 2 handlar om att alla barn har samma rättigheter och lika värde. Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn dess rättsliga status. Inget barn får diskrimineras på grund av till exempel härkomst, kön, religion eller funktionshinder.
- Artikel 3 anger att det är barnets bästa som alltid ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet.
- Artikel 6 handlar om att varje barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling.
- Artikel 12 handlar om att barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det. Barn ska ges möjlighet att framföra och få respekt för sina åsikter i dessa frågor. Barnets åsikt ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. [10]

Det finns några artiklar som är av särskild betydelse för hälso- och sjukvården samt tandvården när det gäller arbetet kring barn som far illa eller riskerar att fara illa.

- Artikel 19 handlar om att varje barn har rätt att skyddas mot fysiskt och psykiskt våld, övergrepp, vanvård eller utnyttjande av förälder eller annan som har hand om barnet.
- Artikel 24 handlar om att varje barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa samt rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
- Artikel 33 handlar om åtgärder för att skydda barn från olaglig användning av narkotika och andra droger.
- Artikel 34 handlar om att varje barn har rätt att skyddas mot sexuella övergrepp och mot att utnyttjas i prostitution och pornografi.
- Artikel 39 handlar om barnets rätt till fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning om barnet har utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp. [13]

Konventionsstaterna har ett ansvar att vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet. Skyddsåtgärder bör innefatta effektiva metoder för bland annat identifiering och rapportering av barn som far illa [10, 12, 13].



Barndomen har ett egenvärde.

De fakultativa protokollen

De fakultativa protokollen som antogs av FN:s generalförsamling i maj 2000 är tilläggsprotokoll som kompletterar barnkonventionen. FN ansåg att det var viktigt att komma med separata, mer detaljerade protokoll angående handel med barn, barnpornografi och barnprostitution [14].

FN:s barnrättskommitté

FN:s barnrättskommitté är ett oberoende expertorgan som syftar till övervaka hur länderna lever upp till barnkonventionen. Staterna ska vart femte år lämna en rapport om de framsteg som har gjorts för att förverkliga de rättigheter som anges i barnkonventionen. Kommittén sammanställer sedan sina kommentarer med rekommendationer om hur staten bör agera för att på ett bättre sätt genomföra barnkonventionen [15]. I den senaste rekommendationen till Sverige från 2009 uttrycker kommittén bland annat sin oro över den höga nivån av barnmisshandel, försummelse och andra former av våld i hemmet som förekommer. Kommittén är också bekymrad över att barn som bevittnar våld i hemmet inte alltid får tillräckligt stöd och tillräcklig hjälp [16].

Barnrättskommittén har även gett ut 13 allmänna kommentarer på olika tematiska områden som ska ge konventionsstaterna vägledning om hur de olika artiklarna och temana i barnkonventionen ska tolkas. I barnrättskommitténs allmänna kommentarer nummer 13, ”Barnets rätt till frihet från alla former av våld”, beskrivs att primärprevention genom offentlig hälso- och sjukvård, utbildning, socialtjänst och andra tillvägagångssätt är av yttersta vikt när det gäller alla former av våld. Likaså betonas vikten av att identifiera riskfaktorer för särskilda individer eller grupper av barn och vårdnadshavare för att kunna sätta in riktade och förebyggande insatser, samt att identifiera tecken på faktisk misshandel för att kunna ingripa så fort som möjligt. I sina kommentarer uttrycker kommittén sin oro för att barn med funktionshinder kan vara särskilt utsatta för övergrepp [9].

Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten

Den 1 januari 2013 infördes en förändring i socialtjänstlagen beträffande när anmälningskyldiga ska anmäla till socialnämnden. Tidigare skulle anmälan göras vid ”kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd”.

Från den 1 januari 2013 gäller att anmälningskyldiga som i sin verksamhet ”får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa” genast ska göra en anmälan till socialnämnden. Av prop. 2012/13:10 (s. 136) framgår att förändringen syftar till att tydliggöra när anmälan ska göras.

Anmälningskyldigheten

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa finns i 14 kap. 1 § SoL. Enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL är följande myndigheter och yrkesverksamma skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa:

1. myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom,
2. andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården,
3. anställda hos sådana myndigheter som avses i 1 och 2, och
4. de som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter som berör barn och unga eller inom annan sådan verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område.

Hänvisningar till anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL finns bland annat i 2 f § HSL, 3 § TL och 6 kap. 5 § PSL.

Skyldigheten att anmäla avser barn som far illa. Enligt 1 kap. 2 § SoL avses med barn varje människa under 18 år. Bestämmelserna om anmälningskyldighet i 14 kap. 1 § SoL och om anmälan från allmänheten enligt 14 kap. 1 c § SoL omfattar inte ungdomar som har fyllt 18 år och inte heller ofödda barn.

I prop. 2012/13:10 (s. 47) lyfter regeringen fram att det inte är möjligt att närmare exemplifiera situationer när barn far illa. Det går inte heller, uttalar man, att tydligt ange vid vilken misstankegrad anmälan ska göras utan det varierar av naturliga skäl beroende på barnets ålder och förhållanden i övrigt. Det kan till exempel avse barn och ungdomar som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller som har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj. Vidare ingår barn och ungdomar som far illa på grund av sitt eget beteende, exempelvis på grund av missbruk, kriminalitet och annat självdestruktivt beteende eller som utsätts för hot, våld eller andra övergrepp från jämnåriga. Barn med stora problem i skolsituationen föranledda av en social problematik kan också anses ingå i målgruppen.

När ska en anmälan göras?

Anmäl genast

Det finns en skyldighet, enligt 14 kap. 1 § SoL, att *genast* anmäla till socialnämnden vid misstanke om att barn far illa. Det innebär att man inte ska dröja med att göra en anmälan.

Tidsperspektivet är viktigt för barn eftersom det händer mycket i ett barns utveckling på kort tid. Några månader för en vuxen, är en stor del av ett barns liv. När barn lever i en utsatt situation är det viktigt att stöd och skydd ges snarast möjligt. Många JO-fall behandlar dröjsmål samt en underlåtenhet att anmäla, bland annat på grund av att den anmälningskyldiga har känt en osäkerhet i fråga om förhållandena verkligen förhöll sig så som denne från början misstänkte (se bland annat JO 1995/96 s. 247, JO 1998/99 s. 417).

Det behövs inga bevis för misstanken

Av prop. 2012/13:10 (s. 46 och 136) framgår att förändringen i lagstiftningen syftar till att tydliggöra när anmälan ska göras, och att

anmälaren inte behöver sätta sig in i om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Istället kan anmälaren utgå från sina egna iakttagelser och sin egen bedömning av om ett barn far illa eller misstänks fara illa. Det nya begreppet utgår från anmälares egna iakttagelser och oro för barnet. Det behövs inga tydliga tecken eller bevis för att göra en anmälan till socialtjänsten.

Även svårbedömda eller obestyrkta uppgifter ska anmälas om de tyder på att ett barn kan behöva stöd eller hjälp från socialtjänstens sida. Det ankommer därefter på socialtjänsten att utreda ärendet och ta ställning till vilka åtgärder som lämpligen bör vidtas. (Se prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 106)

Det är inte anmälares utan socialtjänstens sak att utreda och avgöra allvaret i barnets situation (se prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. s. 65).

Anmälan kan inte återtas

Den myndighet eller den person som har gjort en anmälan kan inte återta den. Det gäller även om det senare visar sig att misstankarna eller uppgifterna som lämnats var felaktiga. De som är anmälnings-skyldiga ska ändå lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd till socialnämnden. Se vidare i text om uppgiftsskyldighet på s. 25.

Om till exempel ett barn kommer in till ett sjukhus med en skada som kan tyda på att barnet har blivit utsatt för fysiskt våld och en anställd vid sjukhuset gör en anmälan, men en närmare medicinsk undersökning visar att skadan har en naturlig förklaring, kan inte anmälan återtas. Socialtjänsten behöver trots det underrättas om vad som har framkommit i den medicinska utredningen.

Utgå från barnets behov

Barnets behov och rättigheter är utgångspunkten för om en anmälan ska göras eller inte. Anmälnings-skyldiga personer ska anmäla till socialnämnden vid misstanke om att barnet far illa. Formuleringen i 14 kap. 1 § SoL utgår från anmälares iakttagelser och oro för barnet (prop. 2012/13:10 s. 46). Det räcker alltså med en misstanke om att ett barn inte får sina grundläggande behov tillgodosedda i hemmet, är utsatt för psykiskt och fysiskt våld, sexuella övergrepp eller annan utsatthet som kan medföra fara för barnets hälsa och utveckling.



Barn ska ges möjlighet att uttrycka sin egen mening.

Andrahandsuppgifter och kännedom om barn

Hälso- och sjukvårdspersonalen samt tandvårdspersonalen behöver inte träffa barnet för att vara skyldiga att göra en anmälan till socialtjänsten. Även uppgifter som den anmälningsskyldiga har fått ta del av genom en annan person eller obestyrkta uppgifter kan ge indikationer på att ett barn far illa. Det kan till exempel handla om barn till patienter inom vuxenpsykiatri och missbruksvården, samt vuxna patienter som söker för skador uppkomna av våld eller berättar om förhållanden hemma som tyder på att ett barn far illa. Hälso- och sjukvården som arbetar med vuxna ska enligt 2 g § HSL särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller ett missbruk. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Anmälan utanför kontorstid

För akuta ärenden bör enligt 3 kap. 6 § SoL socialnämnden tillhandahålla en socialjour eller annan därmed jämförlig verksamhet. Olika kommuner har olika lösningar på hur man tar emot anmälningar utanför kontorstid. Det kan underlätta om man i de lokala samverkansrutinerna som upprättas mellan olika huvudmän beskriver hur anmälan går till i akuta fall eller utanför kontorstid.

Anmäl även då barnet redan har kontakt med socialtjänsten

Skyldigheten att anmäla kvarstår även i de fall då barnet eller familjen redan har kontakt med socialtjänsten.

JO har i ett beslut (JO 2004/05 s. 299) kritiserat en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning för underlåtenhet att fullgöra skyldigheten att göra anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL. JO uttalar här att kännedom om att en annan myndighet har anmält eller avser att anmäla ett misstänkt missförhållande inte påverkar skyldigheten att anmäla. Inte heller påverkar vetskap om att socialnämnden redan inlett en utredning eller att annan kontakt mellan socialtjänsten och barnet förekommit, skyldigheten att göra en anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL menar JO.

Det kan till exempel vara så att föräldrarna själva har sökt stöd av socialtjänsten, att barnet är placerat i familjehem eller att hälso- och sjukvården eller tandvården har gjort en anmälan tidigare. Det är viktigt att socialtjänsten får kännedom om förhållandena fortsätter att vara sådana att barnet kan fara illa eller om något nytt inträffar som kan påverka barnets situation negativt.

Hur ska en anmälan göras?

Aktuella kontaktuppgifter till socialtjänsten

I regel görs anmälan till socialtjänsten där barnet bor. Om man inte vet vilken kommun anmälan ska göras till, kan socialtjänsten i den

kommun som barnet vistas i vara behjälplig. Om man behöver hjälp med adressuppgifter kan man vända sig till Skatteverket.

Socialstyrelsen rekommenderar i de allmänna råden (SOSFS 2003:16) om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) att det vid myndigheter och yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter bör finnas rutiner för hur en anmälan ska göras. Den som har ansvaret för verksamheten bör enligt allmänna råden förvissa sig om att all personal känner till när och hur en anmälan ska göras. Vidare bör enligt allmänna råden en aktuell adress- och telefonlista till ansvariga på socialnämnden, socialjouren, om sådan finns, och polisen alltid finnas tillgänglig.

Socialtjänstens kontaktuppgifter finns ofta på kommunernas webbplatser. En fungerande samverkan mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården kan underlätta arbetet med att ta fram aktuella kontaktuppgifter. Se vidare i text om samverkan på s. 85, 88–96

Möjlighet till konsultation

Som framgått tidigare, inträder skyldigheten att anmäla redan vid en misstanke om att ett barn far illa. När det ändå råder osäkerhet om huruvida förhållandena kring barnet är sådana att en anmälan ska göras, kan den aktuella situationen diskuteras med socialtjänsten utan att barnets identitet avslöjas (se prop. 1996/97:124 s. 106 och prop. 2002/03:53 s. 47 och 66). En konsultation eller ett samråd får inte medföra att en anmälan fördröjs, särskilt inte då omständigheterna är sådana att det man misstänker är allvarligt. Anmälan ska enligt 14 kap. 1 § SoL göras genast vid misstanke om att ett barn far illa. En konsultation kan aldrig ersätta en anmälan om det finns skäl att göra en sådan.

Den som har gjort iakttagelserna angående ett barn kan också känna ett behov av att samråda internt på arbetsplatsen med en erfaren kollega, verksamhetschef, kurator eller en samordningsfunktion, till exempel barnskyddsteam om sådant finns, innan han eller hon tar ställning till om en anmälan ska göras eller inte.

Helst skriftliga anmälningar

Av SOSFS 2003:16 framgår att en anmälan från hälso- och sjukvården och tandvården bör göras skriftligt med hänsyn till de

ingripande åtgärder av socialnämnden som den kan medföra. Vidare framgår att det i en akut situation kan vara nödvändigt att göra en anmälan per telefon som sedan bekräftas skriftligt.

En skriftlig anmälan kan bli tydligare och minska risken för missförstånd. Med en skriftlig anmälan är det möjligt att gå tillbaka och se vad anmälan avsåg, både för den som gjort anmälan och för socialtjänsten som mottagare av anmälan.

Vilka är anmälningskyldiga?

Hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal är anmälningskyldig

Anställda inom hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens verksamheter omfattas av anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL. I prop. 2012/13:10 s. 44 framgår bland annat att myndigheter och befattningshavare som typiskt sett i sin verksamhet kommer i kontakt med barn och ungdomar och deras förhållanden på ett sådant sätt att de kan få indikationer om att barn far illa, har anmälnings- och uppgiftsskyldighet. Det har inte någon principiell betydelse om befattningshavaren arbetar i offentlig eller privat tjänst. Yrkesmässigt bedriven verksamhet inom hälso- och sjukvård eller tandvård, vare sig de är i offentlig eller privat tjänst, omfattas av skyldigheten att anmäla och lämna uppgifter till socialnämnden till skydd för barn och ungdomar.

Alla myndigheter inom hälso- och sjukvården, oberoende av om deras verksamhet riktar sig till barn eller inte, omfattas av bestämmelsen i 14 kap. 1 § första stycket SoL. Det har alltså ingen betydelse om verksamheten enbart riktar sig till vuxna. Exempel på sådana verksamheter som uteslutande riktar sig till vuxna men som är anmälningskyldiga, är vuxenpsykiatriska kliniker och mottagningar i öppenvård för vuxna missbrukare.

Anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL är begränsad till sådant som man får kännedom om i sin verksamhet. Uppgifter som en anställd inom hälso- och sjukvården eller tandvården får kännedom om som privatperson omfattas istället av rekommendationen att anmäla till socialnämnden i 14 kap. 1 c § SoL. JO har i ett

beslut (JO:s beslut den 27 juni 2013, dnr 361-2012) riktat kritik mot en befattningshavare vid en kommunal förvaltning för att hon gjort en orosanmälan i tjänsten trots att den rörde privata förhållanden.

Personligt ansvar att anmälan görs

Det är alltid den som känner till omständigheterna som har ett personligt ansvar för att en anmälan görs. Det är också den som är närmast barnet som har de bästa kunskaperna om barnet och därmed också bäst kan bedöma barnets situation.

Att en överordnad på arbetsplatsen också känner till förhållandena som innebär att en anmälan ska göras medför inte att underordnad personal är frångått sin anmälningskyldighet. Det går aldrig att fransäga sig sitt eget ansvar för att se till att en anmälan verkligen görs med hänvisning till att någon annan åtagit sig att göra en anmälan.

Det gäller även om det är en överordnad person som åtar sig detta eller eventuellt förbjuder personalen att kontakta socialnämnden [17].

Socialnämnden bör enligt 14 kap. 1 a § SoL erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som har gjort anmälan enligt 1 § ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. Det är alltså bland annat den som har gjort anmälan som ett sådant erbjudande om möte riktar sig till. Av prop. 2012/13:10 (s. 136) framgår att syftet med bestämmelsen i 14 kap. 1 a § SoL är att ta tillvara anmälarens engagemang och kompetens och att uppmärksamma barnets situation, oavsett om anmälan leder till utredning eller inte.

Anonym anmälan inte möjlig

Den som är skyldig att anmäla enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL, kan inte göra anonyma anmälningar. Uppgift om vem som har gjort anmälan dokumenteras hos socialnämnden. Som huvudregel har den som är part rätt till insyn i allt material i ett ärende. Det följer av bestämmelser i 16–17 §§ förvaltningslagen (1986:223), FL, och 10 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

Verksamhetschefens stöd

Socialstyrelsen rekommenderar i SOSFS 2003:16 att arbetsledningen på respektive arbetsplats bör utarbeta rutiner för det stöd som den anmälningskyldiga kan behöva i samband med att en anmälan övervägs eller har gjorts.

Inom hälso- och sjukvården är det vanligtvis verksamhetschefen som har den uppgiften. Se vidare i text om verksamhetschefens ansvar på s. 70

Om den som är anmälningskyldig känner rädsla inför föräldrarnas reaktion till följd av en anmälan eller osäkerhet inför en anmälan kan han eller hon behöva stöd. Skyldigheten att anmäla är absolut och ett hot om våld kan i sig vara en anledning till att en anmälan behöver göras till skydd för barnet. I ärenden där det finns en risk för att föräldern reagerar med aggressivitet eller hot om våld, förekommer det att flera personer som iakttagit det anmälda förhållandet skriver under en gemensam anmälan [17]. Olika professioner kan vid samma vårdtillfälle ha uppmärksammat olika tecken och signaler på att barnet kan fara illa, vilket kan ge ett bredare perspektiv på en anmälan till socialtjänsten.

En anmälan kan även göras gemensamt med verksamhetschefen [17, 18]. Behov av stöd i ett anmälningsförfarande är inte skäl till att avvakta. En anmälan ska enligt 14 kap. 1 § SoL ske genast.

Påföljd vid underlåtenhet att anmäla

En anmälningskyldig anställd som låter bli att anmäla enligt 14 kap. 1 § SoL kan dömas till tjänstefel enligt 20 kap. 1 § brottsbalken, BrB. Den som uppsåtligt eller av oaktsamhet vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften ska enligt bestämmelsen dömas för tjänstefel till böter eller fängelse i högst två år.

Uppgiftsskyldigheten

Uppgiftsskyldighet under pågående utredning

Den som är skyldig att göra anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL är också, enligt tredje stycket samma paragraf, skyldig att lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd till socialnämnden. Uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § tredje stycket SoL gäller då det är fråga om en utredning av ett barns behov av stöd och skydd. Uppgiftsskyldigheten gäller även om någon annan har gjort anmälan eller om socialtjänsten har inlett en utredning på eget initiativ [17].

Förändrade förhållanden

Barnets situation kan förändras till det sämre på relativt kort tid och socialtjänsten kan behöva göra nya utredningar eller ingripanden. Av 14 kap. 1 § tredje stycket SoL följer att den som har gjort en anmälan är skyldig att informera socialtjänsten vid förändrade förhållanden [17, 18].

Sekretessbrytande bestämmelser

Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten är sekretessbrytande

En sekretessbrytande bestämmelse är en bestämmelse som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar. Det framgår av 3 kap. 1 § OSL. Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL bryter sekretessen mellan myndigheter med stöd av 10 kap. 28 § OSL (se prop. 2012/13:10 s. 44). Enligt den bestämmelsen hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

Av 12 kap. 2 § och 10 kap. 1 § OSL framgår att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilda samtycker till det.

Sekretess hindrar inte heller att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet (10 kap. 2 § OSL).

Sekretessregler hindrar inte heller hälso- och sjukvården att anmäla vissa brott mot barn till åklagarmyndighet eller polismyndighet. Bestämmelser om det finns i 10 kap. 21 § OSL, se vidare nedan under rubriken Polisanmälan vid misstänkta brott mot barn.

OSL gäller i det allmännas verksamhet. För privata vårdgivare finns bestämmelser om tystnadsplikt. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får enligt 6 kap. 12 § första stycket PSL inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Av bestämmelsen framgår vidare att som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

När barnet och familjen flyttar

Det händer att familjer som har problem och som värjer sig mot inblandning av myndigheter flyttar när en myndighet börjar reagera. Det finns även en risk att kontakten mellan anmälaren och familjen bryts och/eller att familjen byter vårdgivare vid en anmälan. Detta problem kan uppstå både inom hälso- och sjukvård och tandvård. Det är viktigt att komma ihåg att en anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL ska ske genast vid misstanke om att ett barn far illa.

Socialtjänsten är skyldig att slutföra den utredning som de inlett när ett barn misstänks fara illa, även om familjen flyttar. Den nya kommunen är skyldig att på begäran bistå med den utredning som socialnämnden i den gamla kommunen kan behöva för att kunna fatta beslut i ärendet. Det är också möjligt för den nya kommunen att ta över ansvaret för utredningen och slutföra den. Det följer av 11 kap. 4 § SoL.

Det kan bli aktuellt för både personal inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården att göra en anmälan till den nya kommunen dit familjen flyttar enligt 14 kap. 1 § SoL. Se avsnittet Aktuella kontaktuppgifter till socialtjänsten s. 21.

I de fall familjen flyttar utomlands, får de uppgifter som annars skulle ha lämnats till svensk myndighet i vissa fall lämnas till utländsk myndighet (se 8 kap. 3 § OSL). UD kan hjälpa till att hitta rätt myndighet i det aktuella landet [17].

Polisanmälan vid misstänkta brott mot barn

Såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården har en möjlighet att polisanmäla misstänkta brott mot barn utan att sekretessen hindrar dem. Hälso- och sjukvårdssekretessen och socialtjänstsekretessen hindrar inte att uppgifter angående misstanke om vissa brott mot barn lämnas till en åklagarmyndighet eller polismyndighet (10 kap. 21 § OSL). Bestämmelsen gäller i fråga om brott som avses i 3, 4 och 6 kap. BrB och lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor.

Det kan vara en fördel om hälso- och sjukvården samt tandvården gör en polisanmälan direkt till polisen, samtidigt som de gör en anmälan till socialtjänsten. De olika myndigheterna har olika ansvar och uppgifter. Vid misstanke om brott finns det ett behov av en förundersökning, och bevis måste säkerställas för att misstanken om brott ska hålla i en rättslig prövning. Bevisen kan exempelvis vara skador på barnet.

En polisanmälan innebär inte att barnet får stöd och skydd på alla sätt i sin situation, det är fortfarande anmälan till socialtjänsten och arbete i samverkan mellan olika aktörer som ska säkerställa det. Se vidare i text om samverkan på s. 85, 94–95.

Det behövs inga bevis för att göra en polisanmälan

Hälso- och sjukvårdspersonalen eller tandvårdspersonalen måste inte kunna bevisa sina misstankar för att göra en polisanmälan. Det är rättsväsendets uppdrag att bedöma om ett brott mot ett barn misstänks eller har begåtts, i en förundersökning eller utredning.

Tidsaspekten för att polisen ska kunna göra ett så bra arbete som möjligt är en viktig faktor ur barnets perspektiv. Beslut om förhör kan behöva fattas snabbt av polisen för att säkra bevis, exempelvis i form av skador på barnet. Det kan också gälla hotsituationer, risk för att den misstänkte ska påverka eller trakassera barnet samt när det är svårt att hemlighålla misstanken. En förundersökning prövas av åklagare utifrån ett strikt juridiskt perspektiv, om det går att bevisa brott. En nedlagd förundersökning innebär inte att vårdpersonalen har gjort fel som har gjort en polisanmälan eller att barnet inte har farit illa, utan att det inte går att hitta bevisning som kan underbygga ett åtal om brottslig gärning.

Förhållanden under vilka barn kan fara illa

Skyldigheten att anmäla till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL inträder när anmälningsskyldiga får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

Alla barn kan fara illa, men vissa barn löper högre risk än andra att fara illa. De yrkesgrupper som möter barn har behov av en gemensam kunskapsbas och samsyn om risk- och skyddsfaktorer för förhållanden och situationer där ett barn kan fara illa [19].

I forskningen, det praktiska arbetet, allmänna råd och lagtexter förekommer bland annat begreppen *omsorgssvikt*, *barnmisshandel*, *sexuella övergrepp* och *vanvård* parallellt eller som undergrupper till begreppet *barn som far illa eller riskerar att fara illa* [20] (Vanvård i social barnavård under 1900-talet. Delbetänkande av Utredningen om vanvård i den sociala barnavården. (SOU 2009:99) s. 117). Dessa begrepp är kopplade till att barnet utsätts för olika former av övergrepp från en förälder eller annan person. Socialtjänstens ansvar för barn och unga är vidare än så. I betänkandet Lag om stöd och skydd för barn och unga (SOU 2009:68) s. 230 menar barnskyddsutredningen att begreppet *barn som far illa eller riskerar att fara illa* inkluderar samspelet mellan risk- och skyddsfaktorer som har sin grund i hemsituationen och barnets eller den ungas beteende eller sociala situation i övrigt.

Begreppet *barn som far illa* har sitt ursprung i det engelska begreppet *Child maltreatment* [21] som enligt WHO:s definition innefattar alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling. Detta oavsett om det är avsiktligt eller oavsiktligt, har kulturella bakgrundsfaktorer eller beror på okunskap om barns behov [22].

Det är inte möjligt att göra en enkel definition av begreppet barn som far illa (prop. 2012/13:10 s. 47) och en uppräkningslista av de sammanhang ett barn kan fara illa i kan inte bli heltäckande, eftersom många av områdena går i varandra, kunskaperna på området förbättras och nya områden uppstår [23].

Arten och graden av missförhållanden har också betydelse för om barnet behöver socialtjänstens insatser. Utgångspunkten för att bedöma vilka barn som far illa och som ingår i socialtjänstens målgrupp är barnets hälsa och utveckling. Kunskap om risk- och skyddsfaktorer samt tecken och symtom som barn som far illa kan uppvisa är också viktiga utgångspunkter [19, 23].

Begreppet barn som far illa innefattar alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling. Det kan till exempel avse barn och ungdomar som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller om barnet har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj, likaså om det blir vittne till våld eller lever i en miljö där våld och hot om våld förekommer. Vidare ingår barn och ungdomar som far illa på grund av sitt eget beteende, exempelvis på grund av missbruk, kriminalitet och annat självdestruktivt beteende. Barn som utsätts för hot, våld eller andra övergrepp från jämnåriga eller från andra, samt barn med stora problem i skolsituationen föranledda av en social problematik kan också anses ingå i socialtjänstens målgrupp (se prop. 2012/13:10 s. 47, prop. 2002/03:53 s. 46–49 och prop. 2005/06:166 Barn som bevittnat våld) [9, 19].

Anmälningsskyldiga ska inte utreda mer än vad som behövs inom sin egen yrkesverksamhet eller sitt eget ansvarsområde. Det finns en skyldighet, enligt 14 kap. 1 § SoL, att genast anmäla till socialnämnden vid misstanke om att barn far illa.

Här följer en redogörelse av olika termer och begrepp som beskriver olika sätt som barn kan far illa på och som alla kan vara orsaker till en anmälan till socialtjänsten. Beskrivningarna är inte en uttömmande uppräkningslista och flera av begreppen går i varandra.

Barnmisshandel – brott mot barn

Misshandel innebär enligt 3 kap. 5 och 6 §§ BrB, att någon tillfogar en annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta eller

försätter honom eller henne i vanmakt eller något annat sådant tillstånd. I kommittén mot barnmisshandels slutbetänkande Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda (SOU 2001:72) s. 120 definieras *barnmisshandel* som när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov. Definitionen utgår från barnet och gäller både avsiktliga och oavsiktliga handlingar, aktiv och passiv försummelse samt tydliggör bristen i den vuxnas ansvar och handlingens skadliga inverkan på barnet.

Våld mot barn kan falla under olika lagrum i brottsbalken, och betraktas som brott oavsett om de begås i hemmet, skolan eller på annat ställe. Vid straffmätningen ska det betraktas som en försvårande omständighet om brottet varit ägnat att skada tryggheten och tilliten hos ett barn i dess förhållande till en närstående person (29 kap. 2 § BrB). Det gäller både brott som barnet självt har varit utsatt för och brott som barnet har fått bevittna (prop. 2002/03:53 s. 111 f).

Omsorgssvikt

Omsorgssvikt är ett övergripande begrepp för när barns fysiska och/eller psykiska utveckling är i fara på grund av *föräldrarnas* bristande omsorgsförmåga. Omsorgssvikt innefattar både känslomässig otillgänglighet, det vill säga psykologisk omsorgssvikt, och fysisk vanvård, det vill säga fysiska och psykiska övergrepp/våld från föräldrarna. Barn som inte får sina grundläggande behov tillgodosedda i hemmet, oavsett om det är avsiktligt eller oavsiktligt, är utsatta för omsorgssvikt [21, 24, 25]. Barn som utsätts för omsorgssvikt kan utveckla en otrygg anknytning, där särskilt den desorganiserade anknytningen¹ utgör en stor risk för att barnet utvecklar psykologiska och psykiatriska symtom. Desorganiserad anknytning kan påverka hjärnans utveckling negativt [18, 21, 26–28].

Omsorgssvikt ansluter sig till den vidare definitionen av begreppet barn som far illa genom att fokus är på om barnets utveckling är i fara eller inte. Det behöver inte betyda att det redan finns en påvisbar skada [21]. För att förstå det hot mot ett barns utveckling som omsorgssvikt innebär behövs en förståelse för barns normala utveckling, föräldrarnas aktiva del i barns utveckling och vad som sker när barn utsätts för omsorgssvikt [21, 29].

1. Desorganiserad anknytning beskrivs på sid 40

Omsorgssvikt handlar om bristen på erkännande och respekt för barnets behov; avvisande och likgiltighet och att barnets mest grundläggande behov inte sätts framför de egna behoven. Ofta förekommer olika former av omsorgssvikt tillsammans. Omsorgssvikt kan innebära allt i från okänsligt och kärlekslöst bemötande till grovt fysiskt våld och övergrepp [18, 21, 30].

Psykologisk omsorgssvikt

Psykologisk omsorgssvikt innebär att föräldrarna är känslomässigt otillgängliga för barnet och innefattar *psykisk försummelse, psykiskt våld, kränkningar, barn som bevittnat/upplevt våld samt hedersrelaterat våld och förtryck*. Omsorgssviktande föräldrar har svårare än andra föräldrar att till exempel sätta barnets behov framför sina egna, låta barnets utvecklingsnivå styra sina förväntningar på barnet, uppskatta barnets speciella erfarenheter och perspektiv samt att uppmuntra öppenhet för nya erfarenheter. Den känslomässiga otillgängligheten kan skada barnets utveckling [20, 21, 31, 32].

Psykisk försummelse

Psykisk försummelse är en form av psykologisk omsorgssvikt som kan innebära att föräldern är känslomässigt frånvarande och visar likgiltighet eller okänslighet i samspillet med barnet. Barnets behov av uppmärksamhet, bekräftelse, tillhörighet, fostran, vägledning, stimulans och utveckling tillgodoses inte på grund av föräldrarnas bristande omsorgsförmåga (prop. 2002/03:53 s. 49). Psykisk försummelse kan bland annat innebära underlåtenhet att ge barnet erfarenhet, lära barnet sociala regler, se till att barnet går i skolan och får utbildning [33].

Psykiskt våld

Psykiskt våld mot barn är en form av psykologisk omsorgssvikt som innebär att ett barn systematiskt och aktivt utsätts för nedvärderande omdömen, nedbrytande behandling eller avsiktligt känslomässigt lidande (prop. 2002/03:53 s. 48). Oftast sker detta under en lång tid, men även enstaka allvarlig företeelse kan betecknas som psykiskt våld. Psykiskt våld förekommer mer eller mindre vid all utsatthet hos barn (SOU 2001:72 s.122). Psykiskt våld kan vara att någon person i ord eller handling behandlar barnet nedlåtande eller angriper barnets

personlighet genom att barnet till exempel utsätts för kritik, orimligt hårda bestraffningar eller krav, hån, påtvingad isolering från sociala kontakter eller åldersanpassade aktiviteter. Likaså om barnet får höra förnedrande kommentarer om sitt utseende, språk och begåvning eller nedsättande jämförelser med sina syskon. Det kan också innebära avvisande och en konstant vägran att lyssna på barnets synpunkter (prop. 2002/03:53 s. 48) [34]. Psykiskt våld kan vara våld eller hot om våld som riktar sig mot barnet, annan förälder, egendom eller mot husdjur [35, 36]. Det kan även innebära fostran till asocialt eller kriminellt beteende (SOU 2001:72 s. 122) eller att barnet utsätts för mediavåld². Forskning visar också att familjer som blir aktuella för rättsliga konflikter såsom vårdnadstvister också lever eller har levt i utsatta situationer. Föräldrars konflikter kan ha negativ påverkan på barns psykiska hälsa [3].

Barn som har bevittnat eller upplevt våld

Det är skadligt och psykiskt påfrestande för barn att tvingas bevittna våld i sin närmiljö eller att leva i en miljö där hot och våld ofta förekommer [37, 38]. Barn som lever i en sådan miljö utsätts för psykiskt våld (se prop. 2002/03:53 s. 48 och prop. 2005/06:166 s. 13–16).

Av 5 kap. 11 § SoL framgår att socialnämnden särskilt ska beakta att barn som har bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående är brottsoffer, och kan vara i behov av stöd och hjälp. Forskningen går alltmer mot att använda sig av begreppet upplevt våld, eftersom barnet även kan höra våld och leva i en miljö där våld förekommer [39]. Att uppleva eller bevittna våld kan vara minst lika skadligt för ett barns psykiska hälsa som att själv utsättas för våld [40].

Hedersrelaterat våld och förtryck

Hedersrelaterat våld och förtryck är en form av psykiskt våld eller kränkning, men kan även ta sig uttryck i fysiskt våld, sexuella övergrepp och social kontroll. Hedersrelaterat våld och förtryck har sin grund i kulturella föreställningar om kön, makt och sexualitet. Hot, tvång och mord i hederns namn kan förekomma i samhällen eller grupper med starkt patriarkala familjesystem och gruppcentrerat skamtänkande. Det är i första hand flickor som utsätts för

2. Med mediavåld menas i denna vägledning att barnet tillåts att se våld i media som det inte kan hantera eller förstå. Det kan även vara dataspel eller Tv-spel som innehåller våld.

hedersrelaterat förtryck eller våld. Familjens rykte och anseende kan vara kopplat till flickors och kvinnors faktiska eller påstådda beteende i frågor om oskuld och kyskhet. Pojkarna i familjerna kan hamna i dilemman då de kan få till uppgift att kontrollera sin syster eller kusin. Ibland blir de tvingade till, eller tar på sig, ett bestraffningsansvar. Pojkar kan också drabbas om de ger uttryck för homosexualitet, bisexualitet eller könsöverskridande identitet.

Den sociala kontrollen kan sträcka sig från begränsningar i klädval, socialt umgänge och rörelsefrihet till livsval som utbildning, jobb, giftermål och skilsmässa. I sin extrema form kan kontrollen leda till hot om våld eller våld, inklusive dödligt våld [41–44].

Kränkning

Det finns ett starkt samband mellan de olika begreppen som redovisats ovan. Barn som får bevittna eller uppleva våld, utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp eller hedersrelaterat våld kränks (prop. 2002/03:53, s. 48, 2012/13:10 s. 97). *Kränkning* är olika variationer av psykologisk omsorgssvikt som finns reglerade i lagstiftningen. Kränkning regleras bland annat i 2 kap. 3 § och 5 kap. 6 § skadeståndslagen (1972:207), 6 kap. 1 § och 4 kap. 4 a och 4 b § BrB.

Fysisk vanvård

Fysisk vanvård innebär att en förälder, oftast under lång tid, skadar eller äventyrar barnets fysiska hälsa eller utveckling genom att underlåta att ge barnet god fysisk omvårdnad och omsorg (prop. 2002/03:53 s. 49). Fysisk vanvård kan vara brister i hygien, inklusive mun- och tandhygien, kost, omvårdnad eller årstids- och åldersanpassade kläder. Det kan även vara underlåtenhet att ge barnet möjlighet till vila och sömn, skydd och husrum samt skydd mot olyckor och skadlig exponering. Till skadlig exponering räknas till exempel vistelse i miljöer med droganvändning eller hög alkoholkonsumtion. Underlåtenhet att ge barn möjlighet till hälso- och sjukvård samt tandvård i form av de hälsobesök som erbjuds av barnavårdscentralerna, elevhälsan och tandvården, är en form av fysisk vanvård. Att föräldrarna inte sköter barnets medicinska vård, som till exempel insulininjektioner vid diabetes, astmabehandling vid astma eller liknande är också en form av fysisk vanvård [31, 45].

Fysiskt våld mot barn

Fysiskt våld är ett aktivt övergrepp som kan förekomma mellan partner, familjemedlemmar, vänner och bekanta, eller mellan människor som är okända för varandra [35, 46]. Fysiskt våld mot barn innebär att ett barn tillfogas en kroppsskada, sjukdom, smärta eller försätts i vanmakt³ eller annat liknande tillstånd av annan person. Varje form av kroppslig bestraffning, oönskad fysisk beröring och fysisk handling som skadar eller orsakar fysisk smärta räknas som fysiskt våld. Både kroppslig bestraffning som används i uppfostringssyfte och ett mer okontrollerat våld där den vuxne saknar spärrar mot fysiska övergrepp, ingår i begreppet fysiskt våld. Fysiskt våld kan ske i form av örfilar, slag med öppen eller knuten hand, slag med eller utan tillhyggen, nyp, sparkar, knuffar, skakningar, kast, luggningar eller genom att en vuxen biter eller river barnet. Det kan även vara förgiftning, bränning, skällning, försök till att dränka eller kväva barnet samt om den vuxne trampar eller stampar på barnet eller tvingar in föremål i barnets mun (se prop. 2002/03:53 s. 48) [33, 47–48]. Samtliga svenska studier har visat att det är de yngre barnen som huvudsakligen bestraffas med fysiskt våld, och att barn som inte kroppsligen bestraffas före 12 års ålder, nästan aldrig råkar ut för det senare i livet [38].

Abusive Head Trauma

Abusive Head Trauma är en svår form av fysiskt våld som i första hand drabbar nyfödda barn, men även barn upp till fem års ålder. Abusive Head Trauma innebär att barnets huvud skakas eller dunkas mot ett mjukt eller hårt underlag. Barnets mjuka och omogna hjärna kommer i svängning och i otakt med skallen. Hjärnan stöter då med kraft mot insidan av det hårda skallbenet. Uppbromsningen som då sker kan orsaka krosskador, kontusioner, ytligt på hjärnans yta, men också avslitning av de små blodkärl som går mellan hjärnan och hjärnhinnorna. Följden blir en blödning som ligger utanpå hjärnan och under den hårda hjärnhinnan. Detta kan leda till svåra hjärnskador, spasticitet, nedsatt begåvning, koncentrationssvårigheter eller död [48–52].

3. Vanmakt kan definieras som maktlöshet, svaghet, oförmåga, medvetlöshet eller svimning.

Misshandelsfrakturer

Skelettskador som kan uppkomma vid olycksfall kan även uppkomma vid fysiskt våld. De skelettskador som normalt sällan uppkommer vid olycksfall är multipla revbensfrakturer samt frakturer på de långa rörbenen i anslutning till tillväxtzonen. Skelettskadorna kan uppstå genom slag eller genom att hålla om någon av barnets extremiteter och skaka eller vrida det. Multipla revbensfrakturer belägna baktill på små barn är karakteristiska för fysiskt våld i form av slag eller kraftig kompression [49, 50, 53].

Barnmisshandel genom förfalskning av symtom

Child Abuse by Factitious Disorder by Proxy är en form av misshandel som innebär att förälder, oftast modern, vid upprepade tillfällen söker vård för påhittade eller framkallade sjukdomar eller symtom hos barnet. Detta kan leda till pålägsamma undersökningar eller skadliga behandlingar av barnet [45, 49, 50, 54–55]. Ett annat begrepp som används för att beskriva denna form av misshandel är *Barnmisshandel genom sjukvårdsinsatser* som är en översättning av *Medical Child Abuse*.

Sexuella övergrepp mot barn

Sexuella övergrepp mot barn innefattar alla former av sexuella handlingar eller situationer med sexuell innebörd som påtvingas ett barn av en annan person. Sexualbrott regleras i 6 kap. BrB. Till sexualbrott hör bland annat våldtäkt, sexuellt tvång, sexuellt ofredande och sexuellt utnyttjande av barn (6 kap. 5 § BrB). Enligt 6 kap. 4 § BrB betraktas samlag och jämförbara sexuella handlingar med barn under 15 år som våldtäkt mot barn.

En sexuell handling är alltid ett sexuellt övergrepp om barnet är under 15 år. Likaså om barnet är mellan 15 och 18 år och är avkomling till den vuxne, står under fostran av eller har liknande förhållande till den vuxne är det att betrakta som sexuellt övergrepp. Sexuella övergrepp innebär att förövaren utnyttjar barnets beroendeställning, utgår från sina egna behov och kränker barnets integritet. Sexuellt övergrepp är en handling som barnet inte kan förstå, inte är moget för och inte kan ge samtycke till (prop. 2002/03:53 s. 48). Även sexuella händelser och ageranden som skenbart inte har ”påtvingats” en ungdom kan vara sexuella övergrepp, eftersom det ständigt finns ett

maktförhållande mellan barn och vuxna där den vuxna måste ta sitt ansvar [56].

Det finns en stor variation mellan de handlingar som ryms i begreppet sexuella övergrepp. Det kan vara verbala sexuella anspelningar, att någon blottar sig inför barnet eller att någon ser på pornografisk film/video tillsammans med barnet, vilket kan vara både obehagligt och skrämmande för barnet (prop. 2002/03:53 s. 48). Barnet kan utsättas för sexuella smekningar samt förmås utföra onani på den vuxna, eller på sig själv inför den vuxna. Den allvarligaste formen av sexuellt övergrepp är fullbordade vaginala, anala eller orala samlag.

Sexuella övergrepp förekommer i alla åldersgrupper, samhällsklasser, miljöer och kulturer samt i alla kombinationer av kön, ålder och social relation mellan förövare och offer, samt på alla anatomiskt genomförbara sätt. I majoriteten av fallen har förövaren någon form av relation till barnet till exempel förälder, släkting, fritidsledare eller granne, men även syskon [57]. Pappor, styvpappor och bröder står för närmare tre fjärdedelar av de som anmäls inom varje åldersgrupp [57]. Även om övergreppen sker av en biologisk förälder eller styvförälder kan den andra föräldern vara helt ovetande om övergreppen, trots att dessa kan pågå under flera år [58].

Sexuell exploatering

Sexuell exploatering av barn innefattar handel med barn för sexuella ändamål (trafficking), sexuella handlingar mot ersättning (barnprostitution), och sexuella bilder eller utnyttjande av barn för sexuell posering (barnpornografi) [59]. Barnpornografiskt brott (16 kap. 10 a § BrB) beskrivs i 6 kap. brottsbalken. Sexuell exploatering i form av människohandel för sexuella ändamål är ett relativt nytt fenomen, men sexuell exploatering i andra former, som till exempel sexuellt utnyttjande av unga flickor med missbruksproblem, har förekommit länge. Det är väl känt, men något som inte fokuserats på i utredningar och behandlingar.

Ett av de två tilläggsprotokollen till barnkonventionen, de så kallade fakultativa protokollen, handlar om handel med barn, barnprostitution och barnpornografi. I detta protokoll definieras sexuell exploatering som en handling som kan ske både genom internet och vid ett fysiskt möte [14].

Ersättningen för sexuella handlingar kan vara i form av pengar, alkohol, presenter, kontantkort till mobil, skjuts, tak över huvudet eller annat. Det kan vara svårt för barn att förstå att de utsätts för sexuell exploatering då de säljer sex via nätet och inte har fysisk kontakt. Sexuell exploatering av barn innebär ofta, men inte alltid, att barnet också utsätts för sexuella övergrepp. [59].

Kvinnlig könsstympning

Kvinnlig könsstympning är förbjudet enligt lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor. Ingreppet är straffbart i Sverige även när det utförs i ett annat land [60].

Eget beteende eller social situation i övrigt

I socialtjänstens ansvarsområde ingår barn och unga som far illa på grund av sitt eget beteende, exempelvis missbruk, kriminalitet och annat självdestruktivt beteende (prop. 2012/13:10 s. 47, 163) [61]. Enligt 5 kap. 1 § SoL ska socialtjänsten aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel.

I socialtjänstens ansvarsområde ingår även barn och unga som far illa på grund av att de utsätts för hot, våld eller andra övergrepp från jämnåriga. Barn med stora problem i skolsituationen föranledda av en social problematik kan också ingå i målgruppen.

Psykisk ohälsa eller störning hos barn och unga, exempelvis depression, självskadebeteende eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, faller däremot utanför socialtjänstens kompetensområde om det inte finns en social problematik kopplat till detta. Inte heller renodlade inlärningsproblem är ett ansvar för den sociala barn- och ungdomsvården (prop. 2012/13:10 s. 47).

Barn och unga som uppvisar skadligt beteende är en stor grupp inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Risker för att barn kan fara illa

Att känna till riskfaktorer för att barn ska fara illa är ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal när det gäller både att förebygga och att upptäcka barn som riskerar att fara illa. Insatser för att förebygga och upptäcka att barn far illa är av central betydelse i arbetet med att stärka skyddet för barn i utsatta situationer och det förebyggande arbetet bör därför ges hög prioritet. En viktig aspekt när det gäller hälso- och sjukvårdens del i arbetet med att förebygga att barn far illa, är att det finns en barnkompetens inom hälso- och sjukvården (prop. 2002/03:53 s. 49 och 51). Genom att öka kunskapen om risker för att barn kan fara illa kan hälso- och sjukvården samt tandvården arbeta förebyggande för att minska riskerna [20].

Detta avsnitt beskriver hur risk- och skyddsfaktorer samverkar när det gäller barns situation i hemmet. Vidare beskrivs hur en trygg anknytning är nödvändig för barns psykiska utveckling och de risker som kan uppstå i samband med brister i anknytning mellan barn och föräldrar, egenskaper hos barnet, egenskaper hos föräldrar och familj, och egenskaper i den sociala och kulturella omgivning där barnet och familjen lever [62]. Avslutningsvis beskrivs olika faktorer som kan utlösa (trigga) att barn blir misshandlade eller kan fara illa på andra sätt.

Risk- och skyddsfaktorer brukar ofta behandlas gemensamt, men eftersom denna vägledning har fokus på skyldigheten att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att barn far illa, behandlas skyddsfaktorer marginellt. Avsnittet är varken uttömmande eller heltäckande inom området, utan ger exempel på risker för att barn kan fara illa. Förekomsten av en eller flera riskfaktorer hos ett barn eller i barnets miljö är inte liktydigt med att barnet far illa.

Risk- och skyddsfaktorer samverkar

Barn i utsatta situationer utgör inte någon homogen grupp (prop. 2002/03:53, s. 35). Barn kan fara illa i alla kulturer, religioner eller sociala skikt i samhället, men vissa barn löper högre risk än andra att fara illa. När det gäller misshandel av spädbarn förefaller sociala faktorer ha en underordnad betydelse [50].

Risikfaktorer är förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn ska fara illa. Vissa riskfaktorer i sig kan betraktas som tecken på att barnet far illa [21, 38, 62, 63]. Skyddsfaktorer är sådana faktorer som ökar personens motståndskraft mot belastningar eller dämpar effekten av riskfaktorer.

Risk- och skyddsfaktorer samverkar ofta på komplicerade sätt, och varje barn behöver därför få sin egna individuella bedömning. Förhållande som kan utgöra en risk för barns hälsa och utveckling beaktas i socialtjänstens utredningar. Föräldrarnas problem betyder inte med automatik att barn far illa, utan problemen betraktas i ett helhetssammanhang. Det kan finnas andra faktorer i och utanför familjen som kan uppväga och kompenesera problemen [64].

Exempel på riskfaktorer för att barn ska fara illa är när en familj lever i fattigdom. En skyddsfaktor kan då vara aktivt stöd från socialtjänsten. En riskfaktor behöver inte vara orsaken till ett specifikt problem, utan är något som i forskning har visats öka risken för en negativ utveckling. Det kan vara andra faktorer som bidrar till att ett problem permanentas än de som bidrar till att det uppkommer. Barn har från födseln olika genetiska förutsättningar. De växer upp med föräldrar som har olika förmågor och resurser, lever i olika närmiljöer med förskolor och skolor som har varierande inriktning och arbets sätt, möter olika kamrater och tar del av olika samhällsliga och kulturella erfarenheter. Det innebär stora olikheter i barns förutsättningar och uppväxtvillkor, vilket gör att riskfaktorer påverkar barn på olika sätt. Betydelsen av en viss risk beror på hur varaktig och intensiv den är, men också på barnets förutsättningar och sårbarhet.

En enstaka riskfaktor har sällan någon avgörande betydelse för ett barn, men risken för en negativ utveckling ökar om ett barn utsätts för flera risker.

Polyviktisering är ett begrepp som används för att beskriva risker för att ett barn som har utsatts för en form av övergrepp kan utsättas för fler. Risken att drabbas av psykologiska symtom ökar i takt med ökat antal övergrepp, trauman eller händelser som är negativa för barnets hälsa och utveckling. När risker återfinns på flera nivåer, det vill säga hos barnet självt, föräldrar och familj samt nätverk och samhälle, kan detta ge kumulativa effekter, vilket innebär en förstärkt risk för att barnet ska utsättas för fler övergrepp över tid. Varje ny belastning läggs till den negativa inverkan från tidigare riskfaktorer,

vilket ger en växande negativ effekt [65–67]. Barn som har misshandlats upprepade gånger lever i miljöer med flera riskfaktorer [68].

Undersökningar visar att barn som utsätts för våld av vuxna i hemmet i högre grad än andra blir mobbade i skolan, eller mobbar oftare än andra. Flickor som utsätts för våld av sina föräldrar blir i högre utsträckning utsatta för våld i vuxen ålder [69].

Om ett barn har många riskfaktorer blir skyddsfaktorerna särskilt viktiga för att neutralisera eller dämpa risken [62].

Anknytning

Det behövs en förståelse för barns normala utveckling, för att förstå de hot som kan uppstå mot barns möjlighet att få sina utvecklingsmässiga behov tillfredsställda. Anknytningsteorin handlar om hur samspelet mellan individ och omgivning påverkar den psykologiska utvecklingen [27]. Barn behöver ha en eller några personer att knyta an till för att utvecklas väl. Föräldrarnas förmåga att utgöra en fysiskt och psykiskt tryggt bas för barnet påverkar kvaliteten på barnets anknytning. Det som föräldrarna lär sitt barn om tidiga anknytningsrelationer och de känslor som hör till, har betydelse för barnets senare anpassning och utveckling [21, 27–28].

Trygg anknytning

En av de mest grundläggande förutsättningarna för ett barns hälsosamma utveckling är möjligheten att skapa en *trygg* anknytning. Barnets anknytning grundar sig i det dagliga samspelet mellan föräldrar och barn, det vill säga hur barnet blir bemött när han eller hon är ledsen och rädd. Utifrån hur föräldern förmår att uppmärksamma, skydda, lugna och trösta barnet när dess anknytningssystem aktiveras, utvecklas olika anknytningsmönster. Barn som har erfarenhet av att få sina behov av tröst och skydd tillgodosedda kan utveckla en trygg anknytning. Mycket talar för att en trygg anknytning utgör ett skydd mot påfrestningar under uppväxten och i vuxenlivet [27]. Barn med trygg anknytning lever i förvissning om att de är värdefulla och att föräldern finns där när de behöver. Trygg anknytning, god omvårdnad och tillsyn samt god hälsa hos anknytningspersonen har visat sig vara viktiga generella skyddsfaktorer mot både hälsoproblem och utsatthet hos barn [62, 70].



Barn som har erfarenhet av att få sina behov av tröst och skydd kan utveckla en trygg anknytning.

Brister i anknytningen

Ett barn som utsätts för omsorgssvikt, det vill säga känslomässig otillgänglighet [21, 25, 71] kan utveckla en *otrygg undvikande*, *otrygg ambivalent* eller *desorganiserad* anknytning, vilket utgör en stor risk för barnet att utveckla psykologiska och psykiatriska symtom. Brister i anknytningen kan påverka hjärnans utveckling negativt [27, 72].

En otrygg undvikande anknytning kan uppstå om föräldern avvisar barnet när det söker närhet och tröst. Föräldern ägnar för lite tid åt barnet, brister i kommunikationen, har bristande kropps- och ögonkontakt, undviker att trösta och visar irritation. Barnet skruvar ner sitt anknytningsbeteende och kan verka klara sig självt. Det undvikande barnet söker sig inte till anknytningspersonen i anknytningsrelevanta lägen [27, 63].

Barn som har erfarenheter av att föräldrarnas tillgänglighet varierar utifrån hur föräldern själv mår, kan utveckla ett *otryggt ambivalent* anknytningsmönster. De skruvar upp sitt anknytningsbeteende för att försäkra sig om föräldrarnas tillgänglighet, vilket gör att de ofta upplevs som klängiga, krävande eller utåtagerande [21, 27].

Den *desorganiserade* anknytningen är den allvarligaste formen av anknytning och kan påverka hjärnans utveckling negativt [18, 21]. Desorganiserad anknytning karakteriseras av att samspelet mellan barn och vuxen i hög grad bygger på rädsla, och att den vuxna saknar lyhörddhet, kontinuitet och förutsägbarhet. Den person som barnet är anknutet till är samma person som väcker rädsla. Barn som av anknytningspersonen utsätts för psykiska eller fysiska övergrepp kan utveckla en desorganiserad anknytning. Barnet hamnar i en omöjlig konfliktsituation och saknar strategi för att hantera sin stress. Barn som bara ibland får den omvårdnad de behöver kan reagera med att stänga av sitt anknytningssystem eller tvärtom ha det igång hela tiden. Detta kan leda till att barnet blir passivt eller utagerande [21].

Riskfaktorer hos det individuella barnet

Barn föds till med olika förutsättningar. Faktorer som kan hänföras till barnet självt kan vara kön, ålder, fysisk hälsa, beteende, utseende, inlärningsförmåga, social kompetens samt psykisk och fysisk utveckling. Beteendeproblem, kronisk sjukdom och fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar kan öka ett barns risk att fara illa. Hos små barn kan så kallade regleringssvårigheter med sömn- och matsvårigheter, skrikighet, och ett så kallat ”svårt temperament” vara riskfaktorer, eftersom detta medför ökad stress för en skör förälder. Hos äldre barn är utagerande, missbruk eller självskadebeteende uppenbara riskfaktorer. Ofta är det mängden riskfaktorer snarare än en speciell enskild faktor, som ökar risken för problem [62, 70]. Barn har en varierande förmåga att hantera omsorgssvikt. Barn reagerar olika och har olika sätt att utveckla överlevnadsmekanismer. Barn som reagerar med ett utagerande, störande och destruktivt beteende är lättare att upptäcka än de barn som verkar välanpassade eller kanske tillbaka-dragna.

Små barn löper högre risk att fara illa

Risken att bli allvarligt misshandlad av en förälder eller annan närstående vuxen är sannolikt störst för de allra yngsta barnen [38, 69, 73–75]. Små barn är i större utsträckning beroende av sina föräldrar, är i högre grad försvarslösa och risken att de får bestående men är större än hos äldre barn.

Hälsoproblem och funktionshinder ökar risken att fara illa

Studier visar att barn med svår långvarig, kronisk sjukdom eller fysisk och kognitiv funktionsnedsättning löper dubbelt så hög risk att bli slagna i hemmet jämfört med andra barn [76]. I dessa familjer är det också vanligare att det har förekommit våld mellan de vuxna i familjen [38, 77]. Orsaker till våld mot barn med funktionshinder kan vara fysisk och psykisk utmattning hos föräldrarna, eller att barnet och vårdtyngden inte motsvarar föräldrarnas förväntan och förmåga [78]. Barn med funktionshinder är mer beroende av sina föräldrar och detta betyder att föräldraskapet ofta blir mycket krävande.

Vissa sjukdomar och funktionshinder kräver vård dygnet runt. Blåmärken och andra skador som kan bero på balanssvårigheter eller impulsivitet kan också orsakas av fysiska övergrepp. Därför kan inte dessa symtom med automatik ses som konsekvenser av funktionsnedsättningarna. Likaså kan inte heller ökade koncentrationsnedsättningar eller utåtagerande hos barn med diagnostiserade psykiska funktionshinder, som till exempel ADHD, per automatik kopplas till funktionshindret. Barn med funktionsnedsättningar och kommunikationsnedsättningar kan ha särskilt svårt att berätta om övergrepp eller missförhållanden, inklusive mobbing [18].

Barn placerade i samhällsvård

Barn som växer upp i samhällets vård har mycket höga överrisker för ogynnsam utveckling över tid. Studier visar att personer som har vuxit upp i familjehem har en mycket hög (sexfaldig) överrisk för självmord i sena tonåren och i ung vuxen ålder, jämfört med jämnåriga av samma kön i referenspopulationen. Cirka en av sju män som har vuxit upp under samhällets ansvar hade indikationer på narkotikamissbruk, jämfört med en av fyrtio män i referenspopulationen. Alkoholmissbruk visade samma mönster [79].

Det finns studier som visar på risker för barn att fara illa under placering i samhällsvård. Studier visar att placerade barn har hög nivå av psykisk ohälsa, och att de inte i samma utsträckning som andra barn har tillgång till hälso- och sjukvårdens insatser [80].

Hälso- och sjukvården samt tandvården har en skyldighet att anmäla till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL om de misstänker att barn som är placerade i samhällsvård far illa [81]. Läs mer i Socialstyrelsens vägledning ”Placerade barns skolgång och hälsa” [82].

Risikfaktorer hos föräldrar och familj

Barn utvecklas i relation till sin sociala omgivning och föräldrarna är centrala för barns utveckling. Föräldrarnas förmåga att tillgodose sitt barns behov har en avgörande betydelse när socialtjänsten utreder och bedömer om ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Föräldrar har varierande förmåga att förstå och hjälpa sina barn under olika stadier av deras utveckling [64].

Risikfaktorer som kan hänföras till föräldrarna är bland annat omognad, våldsbenägenhet, svår uppväxt, missbruk, kriminalitet, stress, psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning eller andra begränsningar i föräldrarnas kapacitet och personliga egenskaper. [21, 63, 75, 83] Det är viktigt att komma ihåg att förekomsten av en eller flera riskfaktorer är inte liktydigt med att barn far illa i de miljöer där riskfaktorerna förekommer.

Föräldrars bristande omsorgsförmåga kan bero på svårigheter med att sätta barnets behov före sina egna, och att låta barnets utvecklingsnivå styra hur barnet vårdas, uppfostras och stimuleras. Kunskapsbrist om barns utveckling och vad som kan förväntas vid olika åldrar kan betraktas som individuella föräldrarelaterade riskfaktorer. En förälder som inte har kunskap om barns normala utvecklingsfaser kan uppfatta barnet som provokativt, besvärligt, avsiktligt elakt och olydigt och därför använda fysisk bestraffning i högre grad än andra föräldrar [63].

Föräldrarna som har en positiv attityd till att använda våld i uppfostringssyfte utsätter i högre grad sina barn för kroppslig bestraffning än andra föräldrar [38].

Barn som växer upp i familjer med utländsk bakgrund har stark ökad risk för att utsättas för våld i uppfostringssyfte. Studier visar att utlandsfödda, särskilt pojkar, oftare har blivit slagna och har en ökad risk för att utsättas för fysiskt våld jämfört med andra barn [38, 73, 77].

Barn som växer upp i familjer med arbetslöshet, sjukskrivning, låg utbildningsnivå eller ekonomiskt bistånd är extra utsatta [62, 68]. Att under lång tid leva under knappa ekonomiska villkor kan utgöra allvarlig stress som kan leda till negativa konsekvenser för barnen. De yngre barnen (0–5 år) påverkas mest när det gäller risk för ohälsa, sämre kognitiv utveckling, skador och dödsfall [18, 63, 83]. Barn i resurssvaga familjer och i resurssvaga grannskapsmiljöer löper även

högre risk att drabbas av olyckor i trafiken, på lekplatsen, drunkningsolyckor och fall från byggnader jämfört med familjer med hög utbildning, goda ekonomiska resurser och välordnade förhållanden. En del av förklaringen kan vara bristande tillsyn och försummelse [18, 38].

Barn med unga föräldrar, ensamstående förälder, eller familjer med bristande socialt stödjande nätverk eller social isolering löper högre risk att fara illa [18, 63]. Även barn i vårdnadstvister löper hög risk att fara illa [3, 63].

Våld i hemmet

Den allvarligaste riskfaktorn för våld mot barnet är om det förekommer våld mellan de vuxna i hemmet [38]. Barn till misshandlade kvinnor har i upp till 60 procent av fallen blivit misshandlade själva, vilket ofta inte är känt av vare sig hälso- och sjukvård eller socialtjänst [84]. Vid partnervåld är barn och unga ofta i det rum där våldet pågår. Förutom att de själva riskerar att bli misshandlade, är psykisk traumatisering mycket vanligt. Forskning har visat en hög stressnivå hos mammor som har utsatts för våld i nära relationer, och att de själva har en ökad risk för att använda fysiskt och psykiskt våld mot sina barn eller försumma dem [85]. I en svensk nationell enkätundersökning med 2 500 deltagare och där 1 358 föräldrar svarade på enkäten, medgav ungefär tre procent av föräldrarna att de hade slagit barnet någon gång under det senaste året [38].

Om en förälder eller ett barn i familjen har blivit utsatt för övergrepp av något slag är det hög risk att andra familjemedlemmar också ska drabbas [86]. I fyra av tio polisanmälningar om barnmisshandel (0–6 år) har även syskon varit utsatta för brott [87]. I de familjer där våld förekom mellan de vuxna var det oftare en man – pappan eller mammans partner – som hade slagit barnen vid upprepade tillfällen [68]. De tre huvudsakliga skälen till att föräldrar slår sina barn är fysisk bestraffning som en del av barnuppfostran, stressutlöst våld eller våld till följd av föräldrars psykiska problem [18].

Föräldrar med missbruk

Alkoholbruket, riskkonsumtionen och antalet berusningstillfällen bland vuxna i Sverige har ökat kraftigt under det senaste decenniet [88, 89]. Barn som växer upp med missbruk i familjen kan behöva stöd och skydd från socialtjänsten. Alkohol- eller narkotikamissbruk hos en förälder är en riskfaktor för barnen [63, 77].

En förälders missbruk påverkar alltid barnen och relationerna inom familjen. Vardagen påverkas och det känslomässiga klimatet, konfliktnivån, förutsägbarheten och föräldraansvaret [90] påverkas. Missbruk i familjen kan innebära att den grundläggande omsorgen brister. Föräldern har svårt att organisera tillvaron, engagera sig i barnet och brister i kommunikation och lyhördhet [89]. En missbrukande förälders föräldraskap påverkas av faktorer som dålig impuls kontroll, försämrade minnesförmåga, förvriden verklighetsuppfattning, humörsvängningar, upptagenhet med egna omedelbara behov samt bristande uppsikt och tillsyn av barnet. Kriminalitet och bristande hemmiljö förekommer också ofta vid missbruk.

Problemen kan variera från allvarligt missbruk med omfattande negativa konsekvenser för barnet, till konsekvenser som ännu inte är kända. I vilken omfattning barnet far illa beror bland annat på hur allvarligt missbruket är, om den ena eller båda föräldrarna missbrukar samt andra skydds- och riskfaktorer. Barnets sårbarhet, ålder och missbrukets omfattning, familjens sammansättning med mera har betydelse för hur omfattande konsekvenserna blir. Barnet behöver så långt som möjligt skyddas från att bevittna missbruk [91].

Föräldrar med psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom hos en förälder ökar risken för att barn far illa [92, 93]. När föräldrar har manifest eller återkommande psykisk sjukdom eller är traumatiserade av krig, konflikter eller annat våld är situationen ofta mycket svår med behov av stöd från olika aktörer i samverkan [18, 81]. Det är viktigt att inse att många patienter inom psykiatri har barn som de bor tillsammans med [94, 95]. Medvetenhet om detta och vederbörligt stöd med avseende på föräldraskapet är en viktig fråga för vuxenpsykiatri. Minst 2 procent av barnen i Sverige som är 0–15 år har minst en förälder med diagnos från psykiatrisk slutenvård [96].

Omkring 10 procent av alla nyblivna mödrar drabbas av olika grader av depression efter förlossningen. Tiden kring graviditet, förlossning och spädbarnstid är en psykiskt påfrestande period för kvinnor, då psykiska problem kan debutera eller återkomma. En förälder som är djupt deprimerad kan ha svårt att engagera sig i barnet och svara på dess signaler och behov. Risken för störd anknytning är då stor. Det kan också finnas risk för misshandel av barnet och ytterligare försämrat psykiskt tillstånd hos modern. Barn som skriker om nätterna är påfrestande för alla föräldrar. För en förälder i psykisk obalans kan barnets skrik få mycket svåra följder [63, 77]. Depression hos en förälder till litet barn kan alltså vara ett mycket allvarligt tillstånd, särskilt om det saknas stödjande partner eller nätverk samt adekvat sjukvård. Även fysisk sjukdom hos en förälder kan allvarligt begränsa förmågan att ta hand om barnet.

Föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning

Föräldrar med intellektuella och kognitiva funktionsnedsättningar kan ha svårigheter att anpassa omvårdnaden till barnets behov och utvecklingsnivå. Det kan innebära svårigheter att sätta sig in i barnets känslor, tankar samt svårigheter med anknytning och samspel. Dessa föräldrar kan ha låg stresstolerans eller samtidig psykisk ohälsa. Sammantaget finns det en ökad risk för omsorgssvikt eller för att barnet far illa på andra sätt. [63, 97]. Barn till föräldrar med funktionsnedsättning kan få ta ett allt för stort ansvar för hemmet som kan ge negativa effekter såväl under barndomen som i vuxenlivet [97].

Risikfaktorer i omgivningen

Med omgivningen i detta sammanhang menas både det grannskap och samhälle där barnet lever, och de övergripande sociala och kulturella värderingar som präglar detta. Skyddsfaktorer för barn på samhällslevelig nivå är den lagstiftning och de strukturer som är till för att motverka att barn ska fara illa [98]. Undersökningar som har jämfört olika länder pekar på att det finns en lång rad omgivningsfaktorer som ökar risken för att barn ska fara illa. Normer i samhället som innebär tolerans för aga, barnmisshandel, mobbning, våld, ojämlikhet mellan könen, ekonomisk och utbildningsmässig ojämlikhet samt diskriminering på grund av etnicitet eller sexuell orientering betyder

också ökad risk för att barn ska fara illa. Vidare har brist på bra bostäder, skola och hälsovård samt brist på myndighetskontroll avseende barnmisshandel och andra kränkningar av barn ett givet samband med ökad risk för utsatthet. Hög andel fattigdom och arbetslöshet, liksom hög tillgänglighet av alkohol och droger är också negativt för barns situation. Sammantaget kan man benämna de faktorer i samhället som inte främjar barns välbefinnande och utveckling som samhällelig omsorgsbrist [48, 63, 99].

Skyddsfaktorer hos barnet, i familjen och i omgivningen

Skyddsfaktorer för det individuella barnet kan vara god social kompetens, hög begåvning, ett gott självförtroende och *intern locus of control*. Locus of control innebär att barnet upplever sig kunna styra det viktiga som sker i dess omgivning och på så sätt kunna hantera sin situation. I detta ligger även förmågan att kunna sätta upp mål i livet [18, 62, 63].

Trygg anknytning, mellan barn och föräldrar är inte bara en förutsättning för barnets normala utveckling, utan kan också vara en skyddsfaktor mot utsatthet. Exempel på andra skyddsfaktorer på familjenivå är god hälsa hos modern, familjesammanhållning och tillgång till ett socialt nätverk samt god utbildning hos föräldrarna [18, 62].

Skyddsfaktorer i omgivningen är en god och kontinuerlig kontakt med grannar, lärare, fritidsledare, positiv tillvaro i förskola och skola, att barnet får hjälp att bearbeta smärtsamma upplevelser, att barnet får hjälp med att hantera sin aktuella situation så bra som möjligt och att barnet upplever kontinuitet och sammanhang i livet [18, 62].

Utlösande faktorer (triggers)

Utöver riskfaktorer är det viktigt att även nämna begreppet ”triggers”. Triggers är omständigheter eller utlösande faktorer som akut ökar risken för olika former av övergrepp eller försummelse. Det kan vara akut stress eller stress i den allmänna livssituationen [38]. Det kan också röra sig om en förändring i en familj eller annan miljö. Exempel på utlösande faktor för misshandel eller omsorgssvikt kan

vara en förälder med återfall i missbruk, en psykiskt eller kroppsligt sjuk förälder som försämras, akut ekonomisk stress, eller när föräldrar upplever frustration i samband med spädbarnsskrik. Delar av barns normala utveckling såsom kolik med spädbarnsskrik, nattliga uppvaknanden, separationsångest, utforskande nyfikenhetsbeteende, självständighetsutveckling och övergående matvägran kan vara sådana triggers. En utlösande faktor som tycks vara svår att förebygga och som kan drabba barn i alla samhällsklasser är när föräldrarna drivs hårt av stress och svårigheter att få ihop livspusslet. Föräldrar med bristande impuls kontroll och orealistiska förväntningar på sitt barn har ökad risk för att utöva våld eller försumma barnet i perioder med ökad stress eller ohälsa [18, 62].



God social kompetens, hög begåvning, ett gott självförtroende och *intern locus of control* är individuella skyddsfaktorer.

Tecken på att ett barn far illa

Professionella aktörer inom hälso- och sjukvården samt tandvården behöver ha kunskap och en ständig beredskap för att överväga om det finns tecken på att ett barn far illa eller riskerar att fara illa [18, 100]. Detta avsnitt ger inte en uttömmande beskrivning på de tecken och symtom som ett barn eller förälder kan uppvisa i samband med att barn utsätts för omsorgssvikt och känslomässig otillgänglighet hos föräldern. Barn som far illa och utsätts för omsorgssvikt kan uppvisa både psykiska och fysiska symtom [18, 21]. Flera tecken och symtom är desamma oavsett vilken typ av utsatthet ett barn utsätts för. Det viktiga är att upptäcka om barnet far illa eller riskerar att fara illa.

Allmänt om ålder och utsatthet

Barns reaktioner på att de far illa är ganska likartade även om symtomen kan variera beroende på ålder, personlighet, utvecklingsnivå, grad av exponering samt andra risk- och skyddsfaktorer kring barnet.

Spädbarn som far illa kan förutom synliga fysiska skador reagera med tillväxthämning, kontaktsvårighet och passivitet [101]. *Förskolebarn* som far illa kan förutom synliga fysiska skador ha beteendeförändringar såsom utåtagerande eller passivitet, vara socialt omogna eller ha ett ansvarstagande som inte är adekvat för sin ålder, ha dålig hygien, ha ovårdade kläder, vara försenade i språkutvecklingen samt ha dålig tillväxt eller hälsa. Man kan även se reaktioner som nedstämdhet, ångest, sömnsvårigheter och psykosomatiska symtom [18, 101]. Många spädbarn och förskolebarn som far illa visar inga tydliga tecken alls till att börja med, trots att deras hälsa och utveckling riskerar att ta skada. Hjärnans utveckling påverkas långt innan barnet visar tecken och symtom [21]. *Skolbarn* som far illa kan förutom synliga fysiska skador ha dålig hygien, vara vanvårdade, ha inlärningssvårigheter och ha problem med kamratkontakter. *Äldre barn och tonåringar* som far illa kan ha hög skolfrånvaro, avancerat uteliv, missbruk, självskaðebeteende och suicidalt beteende [18].

När barn berättar om sin utsatthet

Barn som har varit eller är utsatta för sexuella övergrepp, våld eller liknande försöker ofta hitta ett tillfälle att berätta om sin utsatthet för någon i sin omgivning. Som mottagare av ett sådant förtroende är det viktigt att visa öppenhet mot barnet genom att lyssna, ställa öppna frågor och vara tillgänglig för en fortsatt berättelse [100, 102].

Tillväxthämning

Små barn som far illa kan reagera med tillväxthämning utan att det är orsakat av en sjukdom. Barn som blir psykiskt eller fysiskt försummade, utsätts för psykiskt eller fysisk våld eller sexuella övergrepp kan reagera med avvikande viktkurva. Det kallas failure to thrive och kan uppstå genom att föräldrarna försummar att ge barnet mat, men även vid andra typer av omsorgssvikt som gör att barnet känner stress [103].

Barn som har hög frånvaro

Barn som hålls hemma från förskola eller skola i perioder kan vara utsatta för olika former av omsorgssvikt, som till exempel psykisk försummelse, vanvård eller att barnet lever med missbruk eller våld i familjen. Barn kan hållas hemma på grund av att föräldern ”behöver ha barnet hos sig” eller inte har förmåga att ta barnet till förskola, skola, hälso- och sjukvård eller tandvård. Barn som försummas kan sakna rutiner och barnets dagliga liv kan präglas av oförutsägbarhet [18, 20, 104].

Tecken på hedersrelaterat våld

Flickor som inte får delta i idrotts-, sex- och samlevnadsundervisning, skolresor samt lägerskolor kan vara utsatta för hedersrelaterat våld eller förtryck. Likaså pojkar och flickor som har starka begränsningar i privatlivet när det gäller pojkvän/flickvän, umgänge och fritidsvanor. Det kan vara pojkar som tvingas bevaka sin syster eller kusin på skolan. Andra tecken kan vara sänkt studiemotivation, koncentrationssvårigheter, tidvis nedstämdhet, oro och uppgivenhet, psykosomatiska symtom, sömnsvårigheter eller rädsla [41–44].

Tecken på att barn har bevittnat eller upplevt våld

Barn som har bevittnat eller upplevt våld riskerar allvarlig och långvarig psykisk ohälsa som depression, ångest och självdestruktivitet. De kan utveckla aggressivitet, bristande social kompetens i umgänget med andra barn och hyperaktivitet som grundar sig i ständigt beredskapsläge. För förskolebarn kan det röra sig om symtom av posttraumatisk stress (PTSD) [85].

Symtom som magont eller huvudvärk kan förekomma. Förskolebarn återupprepar ofta traumatiska händelser i sina lekar. Skolbarn försöker ofta hålla våldet i familjen hemligt, eftersom de kan känna skuld över att de inte har kunnat förhindra våldssituationerna eller rädsla för att avslöja hemligheten.

Barn till våldsutsatta kvinnor har ofta samma symtom som barn som far illa av andra orsaker medan en del barn inte visar några symtom. Åldern kan spela roll för om symtom överhuvudtaget blir synliga och på vilka sätt de i så fall kommer till uttryck. Små barn tenderar att få somatiska symtom, medan äldre barn ofta utvecklar ett eller flera specifika symtom. Symtombilden är emellertid komplex och avhängig en mängd olika faktorer. Enligt utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor (SOU 2006:65) kan barnen drabbas av till exempel svåra hälsoproblem men även av långvariga psykiska problem, koncentrationssvårigheter samt skolsvårigheter och genomsnittligt sämre skolresultat. Barnen kan också känna en oro för att det allra värsta skall hända – att mamma skall dö. Vissa av barnen kan utveckla problem eller symtom som tillsammans utgör posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Proposition 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor s. 23).

Liksom barn som har blivit konkret utsatta för våld, är barn som har bevittnat våld mer olycks- och skadedrabbade, samt har i högre utsträckning än andra barn både mobbat och blivit mobbade i skolan [36, 105]. Barn som har bevittnat eller upplevt våld är i högre grad själva utsatta för direkt våld [68].

Tecken på att barn lever med missbruk i familjen

Barn som växer upp med föräldrar som missbrukar kan ha liknande symtom som vid andra problem och missförhållanden i hemmet. Dessa familjer kan dessutom ha en rad andra problem i kombination med missbruket [89].

Barns reaktioner kan variera från påtagliga beteende- eller kroppsliga symtom, till att de är högpresterande och utåt sett välanpassade. Reaktionerna kan visa sig i koncentrationssvårigheter, trötthet, håglöshet och nedstämdhet, försenad motorisk eller språklig utveckling, kroppsliga symtom såsom huvudvärk, magont, humörsvingningar, inåtvändhet, trots, hyperaktivitet eller ångslighet [89, 106, 107].

I de fall då föräldrars riskbruk eller missbruk inte är känt inom vuxenvården kan det komma fram i samtal med barnet inom någon av de verksamheter som möter barnet direkt, som till exempel barnhälsovården, elevhälsan, ungdomsmottagningen, BUP eller tandvården. Förutom vad barnet eller den unga berättar om sin hemsituation, kan slutenhet eller ilska vara tecken på att situationen försämrats, likaså om barnet inte kommer på avtalad tid eller vill avbryta samtalskontakten [108].

Tecken på fysisk vanvård

Brister i barnets hygien som till exempel ingrodd smuts eller att barnet luktar illa kan vara tecken på fysisk vanvård. När det gäller små barn kan fysisk vanvård vara att blöjan inte byts tillräckligt ofta, att barnet inte har adekvat klädsel för årstiden eller får för lite, för mycket eller olämplig kost. Barnet kan vara ovanligt hängigt och trött i brist på möjlighet till vila, sömn och husrum. Det kan också handla om att barnet inte får ta del av den förebyggande barnhälsovården eller medicinsk vård, inklusive tandvård, som det har rätt till eller annan medicinsk eller psykiatrisk vård [20, 21].

Tecken på fysiskt våld mot barn

Tillväxtavvikelser, kroppsliga och psykiska symtom, inblandning i mobbning i skolan, skolsvårigheter, hög förekomst av olyckor och

skador, avvikande beteende eller missbruk kan vara det enda tecknet på att ett barn är utsatt för fysiskt våld [18, 38, 109]. Andra tecken kan vara oförklarliga fysiska skador i form av skador i mjukvävnader, frakturer eller inre blödningar. Med undantag för de mest uppenbara fallen är det ofta svårt att säkert avgöra om ett barn har varit utsatt för misshandel eller övergrepp, eller om det finns naturliga orsaker till skadorna. Föräldrarna kan söka vård sent och när föräldrarna söker sjukvård kan det vara svårt att avgöra hur de har uppkommit. [38, 110] Hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonalen behöver kunskap om typiska skademönster och andra tecken på misshandel.

Skador i mjukvävnader

Fysiska skador, ofta i mjukvävnader i form av oförklarliga blåmärken kan vara tecken på fysiskt våld. Andra fysiska skador orsakat av fysiskt våld kan vara bitmärken, märken efter fysisk bestraffning, oförklarliga rodnader och irriterade hudpartier, skärsår, rivmärken eller hudavskrapningar kring mun, läppar, ögon eller genitalier. Det kan också vara brännmärken eller tecken på köldskador. Ibland har barnet tecken på både gamla skador i form av ärrbildningar och nya skador [45, 104].

Abusive Head Trauma

Abusive Head Trauma är en svår form av fysiskt våld som i första hand drabbar nyfödda barn, men även barn upp till fem års ålder. Det lilla barnet skakas och drabbas på så sätt av hjärnblödning och andra hjärnskador. Tecken på Abusive Head Trauma kan bland annat vara blödningar i ögonens näthinnor, andningsuppehåll och medvetandesänkning, spasticitet, nedsatt begåvning och koncentrationssvårigheter. I de svåraste fallen kan hjärnskadorna leda till döden [49–52].

Barnmisshandel genom förfälskning av symtom

Vid Child Abuse by Factitious Disorder by Proxy saknas ofta tecken på yttre våld. Tillståndet är svårdiagnostiserat eftersom föräldern ofta ger intryck av att vara genuint orolig för barnet och symtomen är av den art att det kan orsakas av en sjukdom. Child Abuse by Factitious Disorder by Proxy kan misstänkas vid en oklar och motsägelsefull sjukdomsbild, samt om aktuella tecken och symtom avtar eller försvinner när föräldern inte är närvarande [45, 48–50, 54, 55].

Misshandelsfrakturer

Skelettskador som normalt sällan uppkommer vid olycksfall, såsom revbensfrakturer, frakturer i anslutning till tillväxtzonen på långa rörben eller skulderbladsfrakturer, kan vara tecken på fysiskt våld.

Multipla revbensfrakturer som är belägna baktill på små barn kan vara tecken på fysiskt våld i form av slag eller kraftig kompression. Revbenen hos små barn består till mycket stor del av brosk vilket gör bröstkorgen eftergivlig. Små barn får därför sällan revbensfrakturer vid fall eller vardagliga olycksfall [49, 50, 53].

Classic Metaphyseal Lesion, CML, är en frakturtyp som är förknippad med barnmisshandel. Det är en fraktur belägen i anslutning till tillväxtzonen (metafysärt) på små barns långa rörben. Här är det angeläget med ett utlåtande av specialister inom barnradiologi och annan högspecialiserad expertis inom barnsjukvården för att ställa rätt diagnos, eftersom det finns ovanliga differentialdiagnoser som till exempel benskörhet som kan vara orsak till skadan [49–50].

Tecken på upprepad form av fysisk barnmisshandel är när barnet har många skador av olika slag och från olika tillfällen, som till exempel flera blåmärken, frakturer och blödningar i hjärnan [45, 53].

Tecken på sexuella övergrepp

Sexuella övergrepp ger upphov till skador hos barnet både på kort och på lång sikt. Barn som utsätts för sexuella övergrepp har oftast väldigt diffusa och ospecifika symtom som kan tyda på andra helt normala svårigheter [111]. Det är svårt att precisera hur sexuella övergrepp tar sig uttryck hos ett barn. Det viktigaste tecknet på att barnet är utsatt för sexuella övergrepp är att hon eller han själv berättar om det som har hänt [100]. Följande beskrivning av tecken är exempel och är inte en komplett sammanställning inom området.

Fysiska tecken som kan tala för sexuella övergrepp på barn är rodnade könsorgan, sveda, flytningar, sexuellt överförbara sjukdomar, blödningar, rodnad/förstorad analöppning och greppmärken på lår och skinkor [45, 100].

Beteendemässigt kan tecken på sexuella övergrepp vara onormalt sexuellt intresse, tvångsmässigt onanerande, sexuellt betonade teckningar samt antydningar i ord eller lek. Sexuella övergrepp kan medföra påtagliga förändringar i agerande eller tillbakagång i utveck-

lingen samt rastlöshet och passivitet. Det kan också innebära post-traumatiskt stresstillstånd, ångest, oro, rädsla och/eller mardrömmar.

För skolbarn kan det också förekomma sexuella övergrepp mot andra barn, aggressivitet, rymningar hemifrån, skolsvårigheter, psykosomatiska symtom och självmordsförsök.

Tecken hos tonårsbarn som har blivit utsatta för sexuella övergrepp kan vara självskadebeteende, missbruk, en överdriven sexualitet, tidig graviditet eller en fientlig inställning till sex [43, 56].

Tecken inom tandvården

Förutom de tecken på att barn kan fara illa som hittills har beskrivits, finns det tecken som är av särskild vikt för tandvården att uppmärksamma.

Dental försummelse (bristande tandvård)

Dental försummelse innebär bland annat omfattande kariesskador på grund av att föräldern har försummat den grundläggande skötseln av barnets tänder. Det kan även vara att föräldern återkommande missar barnets tider till tandvården. När barnet har tandskador eller obehandlad karies och föräldrarna inte ser till att barnet får den tandbehandling som krävs, trots vetskap om vårdbehovet, är det en allvarlig fysisk vanvård [112–114]. Obehandlade tandskador kan leda till dental funktionsnedsättning, sömnproblem, problem med näringsintag och nedsatt möjlighet att fungera optimalt i vardagen [115–117]. Obehandlad karies och infektioner i munhålan kan skada tänderna och bettet permanent. Dessutom innebär obehandlade vårdbehov mycket stora ekonomiska kostnader i vuxen ålder om barnet inte får den behandling det behöver i den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Därför bör tandvården reagera även på tonåringar med stora vårdbehov som uteblir från besök. Studier visar att barn som uteblir från tandvårdsbehandling har väsentligt större vårdbehov än andra [115–117].

Skador på tänder

Svår misshandel riktad mot mun, käkar och ansikte kan innefatta sårskador, blåmärken, utslagna tänder och frakturer i käkar eller tänder [118]. Munskaador kan orsakas av bland annat olika instrument, knytnävsslag eller vätskor som bränner eller fräter [116]. Kunskap

om de vanligaste tandskadorna är viktig för att tandvårdspersonalen ska kunna bedöma hur skadornas omfattning stämmer överens med redogörelsen för hur skadorna har uppkommit [117].

Vid flertalet olyckor, såsom skador som uppkommit vid fall i samband med cykling, lek eller likande, ses även skador på mjukvävnaderna. Ibland förekommer då omfattande skrapsår och svullnad på flera delar av ansiktet såsom panna, näsa, läppar och haka. Om mjukvävnadsskador saknas bör tandläkaren överväga om skadorna har tillfogats på annat sätt, det vill säga om det kan röra sig om fysisk misshandel. De vanligaste tandskadorna ses på framtänderna. Skador i sidotandsområdet är mer ovanliga och är sällan förorsakade av till exempel fallolyckor. Skador på slemhinnorna i munnen utan att dessa åtföljs av mjukvävnadsskador i ansiktet kan ha orsakats av att någon har fört in ett föremål i munnen med tvång [116].

Om en vuxen person söker vård för tandskador som kan ha uppstått på grund av misshandel eller våld i hemmet bör tandvården förhöra sig om huruvida det finns barn i hemmet. I så fall betraktas detta som psykiskt våld mot barn.

Tecken på sexuella övergrepp

Tecken på sexuella övergrepp inom tandvårdens arbetsområde är ofta komplicerade att bedöma, och kräver vanligen insatser från olika professioner. Exempel på specifika tecken på orala sexuella övergrepp kan vara rodnad i gommen eller oral manifestation av könssjukdomar [116].

Kväljningar

Kväljningar är ganska vanligt bland barn även om de inte har varit utsatta för sexuella övergrepp eller våld. Omfattande kväljningsproblematik eller att barnet dessutom uppvisar panikreaktioner tillsammans med kväljningarna i samband med tandbehandling, kan vara tecken på fysiskt våld där någon tvingat in föremål i munnen eller sexuella övergrepp [119].

Tandvårdsrädsla

Tandvårdsrädsla är vanligt hos barn oavsett om de far illa eller inte, men undersökningar visar att det finns ett samband mellan tandvårdsrädsla och att barn far illa. I sådana fall kan det finnas tecken

på andra skador i ansikte, mun och käkar, liksom på andra ställen på kroppen. Exempel på misshandels- eller övergreppsskador på tänder, i mun, i ansikte och på käkar återfinns på Child protection and the dental teams webbplats (www.cpdtd.org) [115, 117]. Det finns studier som visar på samband mellan sexuella övergrepp och tandvårdsrädsla [120–122]. Hos majoriteten av barn orsakas tandvårdsrädsla och behandlingsproblem av faktorer som erfarenhet av smärta vid tandbehandling, personlighetsdrag som en allmän generell ängslighet och temperamentsfaktorer. Det finns ett samband mellan tandvårdsrädsla hos barnet och tandvårdsrädsla hos en eller båda föräldrarna. Ibland förekommer det att en förälder inte klarar av att hjälpa sitt barn till tandvården på grund av sin egen tandvårdsrädsla. För att inte barnet ska drabbas av omsorgssvikt kan tandläkare och mottagningar som arbetar med tandvårdsrädsla hos vuxna fråga om den vuxna patienten har barn och om barnet går hos tandläkare [123].

Frätskador på tänderna

Frätskador på barns tänder orsakas framför allt av att barnet intar sura födoämnen eller av sura uppstötningar eller kräkningar. Sura uppstötningar och kräkningar är vanligt förekommande vid en del funktionsnedsättningar och kan ge omfattande skador. Frätskador kan även uppkomma vid både ätstörningar och sexuella övergrepp [124]. Om det inte finns någon naturlig förklaring till varför frätskador har uppkommit ska tandvården överväga om kräkningar kan vara ett tecken på att barnet far illa [117].

Tecken på bristande omsorgsförmåga hos föräldrar

En del förskolebarn som utsätts för omsorgssvikt visar inga tecken på utsatthet, trots att deras hälsa och utveckling är på väg i en inte önskvärd riktning. Brister i föräldrars omsorgsförmåga är riskfaktorer som i förlängningen kan leda till att barns hälsa och utveckling skadas. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal har kunskap om bristande omsorgsförmåga, om anknytning och samspel mellan föräldrar och barn, samt de riskfaktorer som i förlängningen kan leda till att barns hälsa och utveckling skadas [21].

Tecken på känslomässig otillgänglighet i samspelet mellan barn och förälder

- barnet blir känslomässigt avvisat av föräldrarna
- barnets föräldrar är i begränsad omfattning i stånd att reagera på barnets känslor och signaler, till exempel att små barn får skrika länge
- barnet ignoreras aktivt av föräldrarna
- barnet hotas av föräldrarna med ”förlust av kärlek” och/eller att barnet kommer att mista viktiga relationer
- barnet hotas av föräldrarna att bli bortlämnat eller att föräldrarna ska gå ifrån det
- barnet hotas med våld
- barnet beskrivs på ett kränkande sätt
- föräldrarna förhåller sig fientliga till barnets behov
- barnets kontaktförsök avvisas vid upprepade tillfällen
- föräldrarna visar vid upprepade tillfällen att de inte förmår att möta barnet på ”dess nivå” [20, 21].

Tecken hos föräldrarna vid misstanke om fysiskt våld

Det finns tydliga mönster för hur föräldrar som har utsatt sitt barn för våld söker vård. Det finns skäl att misstänka att ett barn kan fara illa beroende på föräldrars beteende i samband med ett vårdtillfälle. Följande situationer kan föranleda en misstanke om att ett barn har utsatts för fysiskt våld:

- Medicinsk hjälp söks påtagligt långt efter att skadan har uppkommit, med hänsyn till skadans omfattning och art. Det är inte ovanligt att man söker kvällstid.
- Föräldrarna söker primärt för någon annan skada, till exempel feber eller öroninflammation, och nämner ganska sent i undersökningen att barnet exempelvis inte kan röra armen, alternativt att sjukvårdspersonalen frågar.
- Skildringen av skadeförloppet är vag eller så detaljerad att det inte verkar sannolikt.
- Skadan beskrivs på ett sätt som inte är förenligt med skadans omfattning och art, eller om barnets ålder eller förmåga inte stämmer överens med föräldrarnas beskrivning av hur barnet skadat sig.

- Skildringen av skadeförloppet ändras, stämmer inte överens inom familjen, eller nya berättelser av hur skadan uppstod tillkommer.
- Föräldrarna skyller på varandra, syskon eller husdjur.
- Barnet har vid upprepade tillfällen sökt vård för olycksfall och skador och/eller har påfallande många olika vårdkontakter [18, 38].
- Föräldrarna stöttar inte sina barn på ett adekvat sätt vid undersökningen eller behandlingen. Föräldrarnas känslomässiga reaktioner är avvikande [50] och barnets samspel med föräldrarna är avvikande. Barnet vill kanske sitta för sig självt i undersökningsrummet och vill inte bli taget i famnen av föräldrarna. Föräldrar kan visa irritation över barnet, snäsa åt barnet, kritisera och hindra barnet från att komma till tals och korrigerar barnet på ett bryskt sätt. Föräldrarna reagerar inte på, ignorerar, avvisar eller är fientligt inställd till barnets känslor, signaler och behov. Föräldrarna hotar med handling och våld. Föräldrarna beskriver barnet på ett kränkande eller nedlåtande sätt [104].
- Barnet har återkommande uteblivna eller avbokade besök.



Barnet är expert på sin egen situation.

Bemötande av barn och föräldrar

I en anmälningssituation behöver hälso- och sjukvårdspersonalen samt tandvårdspersonalen sätta sig in i barnets perspektiv. Barnet behöver bli delaktigt utifrån sin ålder och mognad och få stöd i sin situation. Barn kan ha frågor, föreställningar eller skuld känslor beträffande det som har hänt eller det som händer, som de behöver få hjälp att hantera. Barn har rätt att få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken [125].

Hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal kan känna osäkerhet i bemötandet av barnet och familjen i samband med att man misstänker eller upptäcker att ett barn far illa. Det kan även gälla osäkerhet i själva anmälningssprocessen. Vad ska man säga? Vad får man säga? Den primära uppgiften är att stödja och vårda barnet och en anmälan till socialtjänsten är en hjälp till både barnet och familjen.

Barnets rätt att bli hört

Barnet är expert på sin egen situation. I bemötandet av barn i samband med att de far illa eller riskerar att fara illa är barnkonventionens artiklar 12 och 19 viktiga utgångspunkter. Barnkonventionens artikel 12 handlar om barnets rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som berör det, och att barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad. Barnet har rätt att bli lyssnat till, och de vuxna behöver skapa möjligheter för barnet att berätta om våld och övergrepp. Artikel 19 tar upp nödvändigheten av sociala program för att ge barnet stöd och för identifiering, rapportering, remittering, undersökning, behandling och uppföljning när barn far illa samt för rättsligt ingripande [10, 12, 13, 102].

Skapa trygghet, relation och förtroende

En orsak till att barn inte berättar om sin utsatthet kan vara rädsla för att inte bli trodda. De kan också känna skuld, skam eller delaktighet i det som de har varit med om eller är utsatta för. De kan även tro att

det är normalt, det vill säga att de tror att de övergrepp som de är utsatta för ingår i det normala och känner en lojalitet mot sina föräldrar.

Barn som far illa kan uppleva att personalen inom hälso- och sjukvården saknar kunskap om det barnen har varit med om eller utsätts för. Att personalen inom de verksamheter som arbetar med barn har kunskap om olika former av omsorgssvikt och våld är en förutsättning för att barnet ska känna förtroende och för att personalen ska förstå. Barn kan också vara rädda för att personalen inte ska orka eller våga ta emot det de har att berätta. Genom att skapa trygghet, relation och förtroende ökar förutsättningarna för att barnet ska våga delge sin berättelse [102].

När barn berättar om sin utsatthet

Gemensamt för många berättelser från barn som har farit illa på olika sätt, är att de hade farit illa länge innan det uppmärksammades. Barn beskriver att de försökte signalera genom olika sätt att agera, dikter, bilder eller genom att de spontant berättade om sin situation, men att de vuxna inte har hört eller förstått. Det viktigaste tecknet för de barn som kan kommunicera och som har varit utsatta för övergrepp eller utsatthet är att de själva väljer att berätta. Om barnet berättar spontant är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen eller tandvårdspersonalen skapar möjlighet till en fortsatt berättelse genom att ställa öppna frågor och låta barnet tala till punkt, utan att lägga in sina egna värderingar och åsikter eller ställa ledande frågor [102]. Barnets berättelse kan vara det avgörande för att inleda en utredning för barnets skydd och stöd [100, 102].

Barn kommunicerar på olika sätt genom ord, bilder och kroppsspråk. Alla barn har inte uppnått en ålder då de kan berätta med ord vad de är utsatta för eller har av andra orsaker svårt att kommunicera.

Av bland annat bestämmelserna om vård på lika villkor och att vården och behandlingen ska planeras och genomföras i samråd med patienten samt skyldigheten att ge individuellt anpassad information följer att tolk kan behövas när patienten har annat hemspråk än svenska (2, 2 a och 2 b §§ HSL och 6 kap. 6 § PSL). En bestämmelse om tolk finns också i 8 § FL.

När det gäller spädbarn är kunskap om anknytning viktig i sammanhanget. Små barn kommunicerar bland annat med ögonkontakt och kroppsspråk.

Våga fråga

Genom att våga fråga barn om hur de mår och om de är utsatta för omsorgssvikt eller annan form av utsatthet för våld och sexuella övergrepp som gör att de far illa kan många fler barn upptäckas. Genom att personalen rutinmässigt frågar om våld kan våldsutsatta barn eller barn som blir vittne till eller upplever våld identifieras och erbjudas vård och omsorg [102].

Barn som motsätter sig en anmälan

Ibland kan barn motsätta sig en anmälan till socialtjänsten. De kan anförtro saker till hälso- och sjukvården eller tandvården i tro om att personalen har fullständig tystnadsplikt. Barnen kan vara rädda för vad som kommer att hända med deras förälder eller syskon. De kan också vara rädda för att deras situation ska bli värre ifall deras utsatthet blir känd av socialtjänsten.

Hälso- och sjukvården eller tandvården kan aldrig lova ett barn att inte anmäla uppgifter som socialtjänsten måste få via den lagstadgade anmälningskyldigheten [17]. Barnen kan då behöva extra stöd från hälso- och sjukvården samt tandvården genom anmälningsprocessen och den eventuella utredningen.



I takt med barnets stigande ålder ska allt större hänsyn tas till barnets synpunkter och önskemål.

Stötta barnet i samband med anmälan

Barn kan tro att de inte kommer att bli trodda av polisen eller socialtjänsten, att de själva är orsaken, att de är delaktiga i brottet eller vara rädda för upptrappning av en redan svår situation. Barnet kan behöva hjälp att förstå att det inte är han eller hon som bär ansvaret för det som hänt. Därför behöver barnet information, allt efter sin mognadsnivå, om vad som kommer att hända, hur rättsprocessen kommer att gå till samt om det stöd och skydd som kommer att erbjudas. Barnet kan också få stöd genom att anmälaren deltar på ett möte med vårdnadshavaren, barnet och socialtjänsten. Se vidare i text om att socialnämnden bör erbjuda ett möte på s. 91.

Professionellt förhållningssätt gentemot föräldrar

Hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal kan ha svårt med de dubbla roller, det vill säga en omvårdande och en övervakande roll, som de kan uppleva att de har i mötet med barn som far illa och deras föräldrar. En svensk studie om sjuksköterskors upplevelse av mötet med misshandlade barn och dess föräldrar visade att det är särskilt komplicerat om föräldrarna är de misstänkta förövarna. Det är svårt att begripa att de som borde skydda barnet från allt ont, är de som misshandlar. Sjuksköterskorna upplevde att de hade en omvårdande roll samtidigt som de hade en övervakande roll [74].

Ett professionellt förhållningssätt innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen samt tandvårdspersonalen bemöter familjen med respekt och empati samt förhåller sig neutralt till föräldrarnas berättelser och inte låta sympatier eller vuxenperspektiv ta över. Hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens ansvar är att vårda, behandla och undersöka barnet, inte att utreda vem som kan vara förövare.

Föräldrarna behöver stöd i en process som har till syfte att öka deras ansvar för och omsorg om sitt barn, genom ett motiverande och stödjande bemötande. Försvårande omständigheter kan vara att föräldrarna inte alltid håller sig till sanningen eller stödjer sina barn i utredningen.

Informera föräldrarna om en anmälan

Det finns ingen skyldighet att informera familjen innan en anmälan görs, men det kan underlätta en fortsatt kontakt och ett eventuellt förestående samverkansmöte om hälso- och sjukvården informerar familjen om att anmälan görs. Utgångspunkten i samtalet är att försöka 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 hälso- och sjukvården samt tandvården har en anmälningsskyldighet vid misstanke om att ett barn far illa. Utarbetade rutiner kring hur ett sådant samtal ska gå till på respektive arbetsplats kan underlätta för personalen. Socialtjänsten kan stödja den anmälningsskyldiga i hur han eller hon ska informera föräldrarna om det nödvändiga i att socialtjänsten får del av de iakttagelser som har gjorts, och socialtjänstens skyldighet att utreda om förhållandena är sådana att barnet och föräldrarna behöver stöd och hjälp [17].

Informera inte föräldrarna vid misstanke om brott

Om någon av föräldrarna eller nära anhörig är misstänkt för övergrepp eller misshandel kan det vara olämpligt att underrätta föräldrarna om att en anmälan till socialtjänsten eller polisen har gjorts. Socialtjänsten eller polisen kan ge vägledning och stöd om den anmälningsskyldige ska informera föräldrarna eller inte. Risken med att informera föräldrarna innan polis har kontaktats vid misstanke om brott, är att föräldrarna kan påverka varandra och ge en samstämmig version av vad som har hänt. Vid misstanke om brott behöver polisen säkra bevis och spår eller fatta beslut om eventuella förhör innan föräldrarna informeras. Barnet kan behöva få möjlighet att lämna sin berättelse kring vad som har hänt utan påverkan från föräldrarna [126].

Hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens ansvar

Hälso- och sjukvården samt tandvården har ett ansvar för preventiva och behandlande insatser, tidig upptäckt, anmälningskyldigheten samt en fungerande samverkan med andra berörda verksamheter kring barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Mödrahälsovården (MHV), barnhälsovården (BHV) och den organiserade barn- och ungdomstandvården når ungefär 99 procent av alla barn i Sverige. Elevhälsan och ungdomsmottagningarna når majoriteten av alla barn i sin målgrupp och vårdcentralerna når 70 procent av landets befolkning [127]. Därutöver finns den specialiserade vården som exempelvis barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicin, barnhabiliteringen och den specialiserade barn- och ungdomstandvården. De verksamheter som i första hand vänder sig till vuxna patienter möter också barn direkt eller indirekt som anhöriga eller medföljare.

I hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens arbete med barn som far illa eller som riskerar att fara illa är bland annat hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, offentlighets- och sekretesslagen, patient säkerhetslagen, föräldrabalken, socialtjänstlagen, brottsbalken och barnkonventionen aktuella. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd som är aktuella i arbete med barn som far illa eller som riskerar att fara illa.

Här följer en redogörelse för de lagar och föreskrifter som berör hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens arbete med barn som far illa eller riskerar att fara illa och som anger vilket ansvar och vilka skyldigheter som gäller för vårdgivare, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal inom verksamheterna.

Hälso- och sjukvård på lika villkor

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla

människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 § HSL).

Tandvård på lika villkor

Enligt 2 § tandvårdslagen är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Av 7 § tandvårdslagen framgår det att folktandvården skall svara för en regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år de fyller nitton år.

Vårdgivarens och verksamhetschefens ansvar

Vårdgivarens ansvar för handlingsplaner, rutiner och kompetens

Ett gemensamt arbetssätt möjliggör ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssättet kan följas upp och utvärderas [125]. Den som har ansvaret för verksamheten bör förvissa sig om att all personal känner till när och hur en anmälan ska göras (SOSFS 2003:16).

I kartläggningen⁴ av landstingens dokument för barn som far illa förekommer en mängd olika begrepp för handlingsplaner och rutiner. En handlingsplan eller rutin är oftast av operativ karaktär och anger konkret vad, vem, när samt hur ett arbete ska utföras. Begreppet rutin uttolkas i definitionen ISO 3.19 som ett ”angivet sätt att utföra en aktivitet eller process” [128].

Vårdgivarens ansvar för kompetensutveckling

I regeringens ”Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige” betonas betydelsen av kompetens inom området och att utbildning om barns utveckling, behov och rättigheter ingår i yrkesutbildningar för berörda professioner. Vårdgivaren ansvarar för att erbjuda berörda yrkesgrupper kontinuerlig och lämplig kompetensutveckling [125].

4. En kartläggning av lokala styrdokument, handlingsplaner, handlingsprogram, vårdplaner, rutiner med mera som finns i landstingen (nationellt inom hälso- och sjukvården samt tandvården) när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa har gjorts i samband med framtagandet av denna vägledning.

Vårdgivarens ansvar för kvalitetsarbete

För både hälso- och sjukvården samt tandvården finns bestämmelser i lagen om kvalitetssäkring. Av 31 § HSL och 16 § tandvårdslagen framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Vårdgivaren ansvarar för utarbetandet av handlingsplaner och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller bestämmelser om hur det ska gå till. Det systematiska kvalitetsarbetet är utgångspunkten för ledningssystemet. I 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 definieras kvalitet på följande sätt: "... att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter". HSL, TL och SoL är lagar som verksamheten har att uppfylla för god kvalitet.

Ledningssystemet är ett verktyg för att uppnå kvalitet

Ledningssystemet ska vara uppbyggt så att kvaliteten, och därmed laguppfyllelse, säkras på alla nivåer inom organisationen. Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård samt tandvård måste ha kunskap om kraven och målen som finns i lagar och andra föreskrifter. Ledningssystemet avser hela verksamheten. Vårdgivaren och verksamhetscheferna kan dessutom ha egna krav och mål på verksamheten utöver det som anges i lagar eller andra föreskrifter [129].

Vårdgivaren har ansvaret men kan delegera uppgiften

Vårdgivaren ansvarar enligt 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9 för att det finns ledningssystem för verksamheten. Ansvaret kan inte överlåtas. Däremot kan vårdgivaren ge någon i verksamheten i uppdrag att utföra olika uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten [129].

Ansvar för samverkan

Vårdgivaren ska enligt 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9, identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska genom processerna och rutinerna säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom bland annat socialtjänsten.

Bestämmelser om processer och rutiner för samverkan finns i 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9. Utöver det finns krav på samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa bland annat i 2 f § HSL. Se vidare i text om samverkan på s. 85–96.

Vårdgivarens ansvar för riskanalyser

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet (5 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Exempel på sådant som kan hanteras inom ramen för den riskanalys som ska ske enligt SOSFS 2011:9 i ledningssystem kan vara hur verksamheten hanterar situationer där föräldrarna väljer att byta BVC, tandvårdsklinik eller annan verksamhet för att undvika inblandning från samhället och anmälan till socialtjänsten. Det systematiska förbättringsarbetet, där riskanalysen är en del, kan medföra att handlingsplaner och rutiner behöver uppdateras eller förändras.

Vårdgivarens ansvar för egenkontroller

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket framgår av 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

I allmänna råd till 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 framgår bland annat att egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355), PDL.

När det gäller uppföljning av anmälningsfrekvensen kan vårdgivaren utvärdera kunskap och följsamhet av anmälningsskyldigheten och sätta krav på verksamheterna. Se avsnitt om vårdgivarens ansvar för dokumentationen s. 80.

Kravet på dokumentation av kvalitetsarbetet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (7 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Verksamhetschefens ansvar för handlingsplaner, rutiner och kompetens

Av 29 § HSL framgår att det inom hälso- och sjukvården ska finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Av samma bestämmelse framgår dock att verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter, endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Vårdgivaren ansvarar för att utse verksamhetschefer för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett ansvar för den löpande verksamheten inom sitt område. Verksamhetschefens ansvar för verksamheten frångår inte andra befattningshavare deras yrkesansvar (Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård).

Socialstyrelsen rekommenderar i SOSFS 2003:16 att arbetsledningen på respektive arbetsplats bör utarbeta rutiner för det stöd den som är anmälningsskyldig kan behöva i samband med att en anmälan övervägs eller har gjorts. Arbetsledningen ska försäkra sig om att personalen känner till handlingsplanerna och rutinerna, och att rutinerna är tillgängliga och uppdaterade.

Hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens ansvar för uteblivna besök

Det behövs en samsyn och samverkan mellan olika myndigheter och verksamheter kring barn som utsätts för omsorgssvikt [9]. Mindre barn är beroende av sina föräldrar när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård. Ett barn kan på grund av bristande omvårdnad utebli från avtalade tider hos hälso- och sjukvården samt

tandvården. Det finns ett professionellt ansvar för att de barn som uteblir från undersökningar och besök ska uppmärksammas. Alla barn har rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård, och om de inte får detta kan det vara ett uttryck för omsorgssvikt. Professionell försummelse av utsatta barns hälso- och sjukvård samt tandvård kan undvikas genom etablerade rutiner och ledningssystem för hur verksamheterna arbetar kring de utsatta barnens rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård [130].

Professionens personliga ansvar

För att rätt kunna hantera situationer där det finns en misstanke om att barn far illa eller riskerar att fara illa, behöver hälso- och sjukvårdspersonalen samt tandvårdspersonalen ha kunskap om anmälningsskyldigheten samt risker och tecken som kan tyda på att ett barn far illa.

Kunskap

Förutom vårdgivarens ansvar att tillhandahålla och möjliggöra kunskapsinhämtning och kunskapsutveckling, har de professionella inom hälso- och sjukvården samt tandvården ett personligt ansvar för sin egen kompetens. De krävs särskilda kunskaper hos hälso- och sjukvårdspersonalen samt tandvårdspersonalen om tecken och symptom på att barn far illa. Det är värdefullt om det inom varje landsting och region finns specialister med särskild kompetens om barn som far illa. Hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal kan vid osäkerhet eller fall som kan leda till rättsliga påföljder vända sig till dessa specialister. En utökad grundkompetens hos alla anställda när det gäller barn som far illa är nödvändig för att hälso- och sjukvården samt tandvården bättre ska kunna hjälpa utsatta barn. Därutöver behöver det finnas yrkesspecifik eller verksamhetsspecifik kunskap.

En anmälan får aldrig underlåtas

Anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL är personlig och kan inte delegeras eller remitteras bort [17]. Se text om personligt ansvar på s. 23

Hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens barn- och ungdomsverksamheter

Här följer en beskrivning av en del verksamheter och deras möjligheter att uppmärksamma och ge adekvata insatser för de barn som far illa eller riskerar att fara illa. Beskrivningen är inte heltäckande, men syftar till att redogöra för att det finns olika områden som kan vara av särskild betydelse för en viss verksamhet. Förutom de övergripande handlingsplanerna kring anmälningsskyldigheten behövs handlingsplaner, rutiner och strukturerade metoder inom de verksamhets-specifika områdena, för att upptäcka barn som far illa eller riskerar att fara illa [62, 89, 129].

Barn- och ungdomstandvård

Den organiserade barn- och ungdomstandvården når ungefär 99 procent av alla barn i Sverige och har därmed stora möjligheter att upptäcka och hjälpa barn som far illa eller riskerar att fara illa. Barn- och ungdomstandvården riktar sig till samtliga barn som är 1–20 år. Barn som lider av omsorgssvikt och fysisk vanvård har ofta brister i munhälsan. Barns munhälsa avslöjar mycket om hur deras behov av omsorg och omvårdnad tillgodoses av föräldrarna [115].

Barnhälsovård

Barnhälsovården erbjuder alla barn (0–6 år) regelbundna hälsobesök via vårdnadshavaren. Barnhälsovårdens mål är att medverka till en så god fysisk, psykisk och social hälsa som möjligt för alla barn. Barnhälsovården arbetar för att stärka föräldrarna i sin omsorgsförmåga om barnet, och personalen där har möjlighet att samtala med föräldrarna kring barns behov, utveckling och anknytning samt ta upp frågor som rör våld i nära relationer, alkoholkonsumtion, föräldrarnas livssituation och mående i övrigt [21, 131, 132].

Barnhälsovården når nästan alla barn i förskoleåldern och har stora möjligheter att upptäcka och hjälpa små barn som far illa eller riskerar att fara illa. Under barns två första levnadsår är barnhälsovården en av de få samhälleliga institutioner som har möjlighet att tidigt uppmärksamma behovet av insatser för barn. Alla barn går inte i förskolan, vilket innebär att barnavårdscentralen (BVC) kan vara den enda instans som möter dessa barn [21].



Barn utvecklas i relation till sin sociala omgivning och föräldrarna är centrala för barns utveckling.

År 1999 genomfördes en State of the Artkonferens anordnad av Medicinska forskningsrådet. I det dokument som producerades efter konferensen framhölls barnhälsovårdens uppgift i förhållande till omsorgssviktande familjer. Där sägs att barnhälsovården, när det gäller barn vars fysiska och psykiska utveckling är i fara, har till uppgift att 1) identifiera utsatthet, 2) ge stöd och hjälp och 3) fullgöra anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL [133].

BVC-sjuksköterskornas förmåga att identifiera omsorgssvikt har stor betydelse för om barn och familjer ska få hjälp tidigt eller inte [21, 133]. Det kan vara svårt att upptäcka och identifiera vilka barn som lever i familjer med våld eller missbruksproblem [89].

Studier har visat att barn som senare placerats i familjehem inte har haft samma följsamhet till barnhälsovårdens hälso- och vaccinationsprogram som andra barn [80]. Barnhälsovården behöver handlingsplaner och fungerande rutiner för att alla barn ska få erbjudandet, samt för agerande vid uteblivna besök [129, 130].

Det är viktigt att BVC fortsätter sitt stödjande arbete även efter att en anmälan har gjorts. Ofta har personalen inom dessa verksamheter ett upparbetat förtroende hos barnen och deras familjer, och i samverkan med socialtjänsten kan professionerna stödja barnet med den yrkesspecifika kompetensen.

Elevhälsa

Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Det framgår av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

Elevhälsan når majoriteten av alla barn och unga i sin målgrupp [127]. Elevhälsan har därför stora möjligheter att arbeta med preventiva insatser, tidig upptäckt och samverkan med andra berörda verksamheter kring barn som far illa. Elevhälsan har möjlighet att samtala med barn enskilt och ge både generell och individuell information om ett barns rättigheter.

Elevhälsan kan i kontakter med elever eller pedagogisk personal få kännedom eller misstankar om att en elev fara illa eller riskerar att fara illa.

Svårtolkade tecken på att ett barn far illa, såsom förändringar i beteendet, förändrade skolresultat, upprepad skolfrånvaro och diffusa psykosomatiska symtom eller psykiska symtom med till exempel tillbakadragenhet eller tillbakagång i utvecklingen, kan vara anledning för anmälan till socialtjänsten. När en elev uppsöker elevhälsan för diffusa symtom kan det finnas en önskan om att någon vuxen ska fråga hur eleven mår, eller bli uppmärksam på elevens situation [102]. När en elev som tidigare har fungerat väl på kort tid förändras, behövs en utredning av medicinska, sociala [18], psykologiska och pedagogiska orsaker. Missbruk eller annat självdestruktivt beteende behöver uppmärksammas (prop. 2012/13:10 s. 46).

Elevhälsan behöver handlingsplaner och fungerande rutiner för sitt agerande vid elevers uteblivna besök. Hälsobesöken är frivilliga, men uteblivande kan vara en signal om att eleven har problem som denna vill dölja, trots behov av stöd. Studier har visat att barn som senare placerats i familjehem inte har haft samma följsamhet till elevhälsans hälso- och vaccinationsprogram som andra barn. Dessutom kan försummade besök till hälso- och sjukvården lägga grunden för bestående men [80].

Ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningarna möter en stor majoritet av målgruppen unga kvinnor eller flickor 13–25 år, och en mindre del av målgruppen unga män eller pojkar 13–18 år [134]. Ungdomsmottagningen har som mål att förebygga oönskade graviditeter, bevara den reproduktiva

hälsan, utföra smittspårning, diagnosticera och förebygga sexuellt överförbara sjukdomar samt främja den psykosociala hälsan. Ungdomsmottagningen är en verksamhet för ungdomar, och personalen har både medicinsk och psykosocial kompetens. Deras stöd är efterfrågat av ungdomar när det gäller den psykosociala hälsan. Arbetet på ungdomsmottagningen är huvudsakligen uppbyggt på individuella besök och samtal [135]. Både ungdomsmottagningarna och barn- och ungdomspsykiatri har en viktig uppgift i att identifiera och att hjälpa barn som har varit utsatta för övergrepp eller sexuell exploatering. Ungdomsmottagningen kan även vara ett led i barnets rätt till fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning om barnet har utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp.

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialistverksamhet som kan ge vård och behandling till traumatiserade barn och barn med en psykisk störning, sjukdom eller relationsproblem som utgör hinder för deras personliga tillväxt och mognad. När barn och unga har psykiska problem av sådan omfattning och intensitet att hjälpinsatser inte rymms inom första linjen⁵, utan insatser på specialistnivå är nödvändiga, kommer de till BUP.

Barn som har remitterats eller söker sig till BUP har ofta en mångfacetterad problematik. Symtom eller tecken på att barn far illa på grund av faktorer i omgivningen kan även vara symtom och tecken på en funktionsnedsättning. Psykisk ohälsa eller störning hos barn, exempelvis depression, självskadebeteende eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, faller utanför socialtjänstens uppdrag om det inte också finns en social problematik (prop. 2012/13:10 s. 47).

På BUP kan barn och unga ges möjlighet att berätta om sin utsatthet. Ett avslöjande om övergrepp kan komma under pågående behandling på BUP, och då har behandlaren anmälningsskyldighet enligt 14 kap. SoL.

5. Första linjen för barns psykiska hälsa definieras av Sveriges Kommuner och Landsting (Modellområdesprojektets slutrapport 2012) som den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn och ungdomar som visar tecken på milda till måttliga psykosociala problem. En välfungerande första linje bör erbjuda tidiga och lättillgängliga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig problematik, samt avlasta specialistnivån och därmed ge förutsättningar för att öka tillgängligheten och utveckla spetskompetens på denna nivå.

En pilotstudie från BUP i Gamlestaden i Göteborg visar att var femte mamma till barn i BUP-vård har utsatts för våld. Studier visar att personal inom BUP inte rutinmässigt frågar om våld i familjen, trots att svaret är viktigt för den fortsatta utredningen eller behandlingen. Behandlare med särskild kunskap och erfarenhet av våld i familjen ställer frågan om våld oftare [102, 136].

Barnkonventionens artikel 39 handlar om barnets rätt till fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning, om barnet har utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp. Barn som utreds för misstänkt misshandel eller övergrepp kan behöva krisstöd, krisbearbetning samt medicinsk och psykologisk behandling.

Barn- och ungdomsmedicin

Barn- och ungdomsmedicinska klinikerna och barnläkare i öppenvården tar emot barn som remitterats från till exempel allmänläkare i primärvården eller elevhälsan. Barn och unga med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar, som till exempel diabetes, neurologiska sjukdomar, reumatism, hjärtsjukdomar, allergier, astma eller andra problem, kan behöva kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvården för behandling och uppföljning.

Studier visar att barn med kroniska sjukdomar och funktionshinder har en ökad risk att utsättas för våld [38].

Till barnklinikernas akutmottagningar kommer barn dygnet runt med akuta besvär eller skador. Ökad kunskap hos hälso- och sjukvårdens personal kan förbättra möjligheten att upptäcka barn som misshandlas. Den medicinska utredningen måste initieras och genomföras på ett professionellt sätt så att inte bara diagnosen kan bekräftas utan också resultaten kan fungera som ett objektiva underlag för socialtjänstens och rättsväsendets utredningar [49].

När barn kommer in till hälso- och sjukvården och är alkohol- eller narkotikapåverkade, samt vid självmordsförsök, görs en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL. Dessa barn kan behöva medicinsk och psykologisk behandling.

Barn- och ungdomshabilitering

Barn- och ungdomshabiliteringen tar emot barn med omfattande och livslånga funktionsnedsättningar som till exempel utvecklingsstörning, autism, rörelsehinder eller flerfunktionsnedsättningar.

Barn med kronisk sjukdom och funktionsnedsättning är mer utsatta för övergrepp än andra barn. Det gäller både i hemmet och i skolan. Barn som är placerade på institution löper högre risk än andra barn både att misshandlas fysiskt och utsättas för sexuella övergrepp. Dessa barn har oftast en ökad sårbarhet på grund av en större isolering och sämre socialt nätverk än andra barn, vilket minskar möjligheterna att upptäcka våldet. Det har framkommit att barn med uppmärksamhetsbrister och koncentrationsstörningar är särskilt utsatta för fysiska övergrepp. Många är beroende av sina föräldrar som vårdare och har sämre kontroll över den egna kroppen [18].

Barn- och ungdomshabiliteringen har en möjlighet att vara ett stöd och stärka föräldrarna i deras föräldraskap. Barn- och ungdomshabiliteringens insatser kan förebygga och minska de svårigheter som funktionsnedsättningen kan medföra för barnet och familjen.

När den vuxna är patient

Skyldigheten att anmäla till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § SoL kan aktualiseras även om det inte är barnet, utan en vuxen, som är patient. Det kan exempelvis handla om verksamheter som ortopedi, kirurgi, akutsjukvård, vårdcentraler och företagshälsovård. Det finns indikationer på att professioner inom den vuxna somatiska vården har kunskapsbrister när det gäller barn som far illa samt anmälnings-skyldigheten [102].

Barnets rätt till information, råd och stöd

Enligt 2 g § HSL ska hälso- och sjukvården särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller är missbrukare av alkohol eller annat

beroendeframkallande medel. Detsamma gäller, enligt bestämmelsen, om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. En liknande bestämmelse finns i 6 kap. 5 § PSL.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt tandvård måste därför i vissa fall ta reda på om det finns barn i en vuxen patients närhet för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt 14 kap. 1 § SoL samt 2 g § HSL [137].

Socialstyrelsen har i uppdrag att leda ett nationellt utvecklingsarbete för stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. Arbetet ska genomföras tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Sveriges Kommuner och Landsting. I det arbetet ingår att stödja hälso- och sjukvården i arbetet att tillämpa bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen [138].

Missbruks- och beroendevården för vuxna

Missbruks- och beroendevården där föräldern utreds och behandlas har ofta ett vuxenperspektiv, vilket gör att barnets behov kan komma i skymundan. Genom att använda strukturerade bedömningsmetoder med frågor om föräldraskap och med stöd till anhöriga i en missbruksutredning blir barnen kända för den som gör utredningen. Bedömningsmetoder som innehåller frågor om barn ökar möjligheten att uppmärksamma dem och deras behov [89]. Socialstyrelsen har gett ut en vägledning: ”Föräldraskap och missbruk, att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården” inom området [139]. Missbruksproblem är ofta kopplat till annan psykisk ohälsa som också kan ha negativa konsekvenser för barnet. Ibland är hälso- och sjukvårdspersonalen inom missbruks- och beroendevården de enda som vet om att dessa barn lever i en problematisk situation. Genom anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL finns ett ansvar att uppmärksamma socialtjänstens barn- och ungdomsvård på barnens behov av stöd och skydd.

Vuxenpsykiatri

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom är en utsatt anhöriggrupp. Vuxenpsykiatrien har en central ställning när det gäller att upptäcka dessa barn och medverka till att de får ett adekvat stöd [140]. Kartläggningar visar att vuxenpsykiatrien gör förhållandevis få anmälningar till socialtjänsten, trots att deras patienter är föräldrar. När det gäller föräldrar som har en kontakt inom vuxenpsykiatrien kan barnens perspektiv ibland glömmas. Inom öppenvård psykiatrien kan det visa sig genom att personal inte anmäler oro för ett barn enligt 14 kap. 1 § SoL på grund av rädsla för att det kan påverka föräldrarnas vilja att komma till behandling [141, 142].

När en förälder drabbas av en psykisk sjukdom behöver det inte innebära att familjen är i behov av kontakt med socialtjänsten. Men enligt 14 kap. 1 § SoL har samtliga som arbetar inom hälso- och sjukvården en skyldighet att uppmärksamma barnens situation, och en skyldighet att genast anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa. Familjens och barnens situation måste uppmärksammas för att socialtjänsten, barnpsykiatrien eller andra berörda myndigheter ska kunna tillgodose barnets behov av stöd och hjälp [142].

Verksamheter för våldsutsatta vuxna

Skyldigheten att anmäla enligt 14 kap. 1 § SoL kan också aktualiseras vid misstanke om att ett barn lever med våld i en nära relation. Om till exempel en våldsutsatt kvinna uppsöker hälso- och sjukvården eller tandvården för skador som är uppkomna av våld i en nära relation, kan professionen behöva ta reda på om det finns barn i familjen. I 5 kap. 11 § SoL står det att ”Socialnämnden ska också särskilt beakta att barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna är offer för brott och ansvara för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver”.

Resultaten av olika studier talar för att det finns mycket starka skäl för att i kontakt med en våldsutsatt kvinna också undersöka om hennes barn utsatts för våld (prop. 2006/07:38 s. 23).

Dokumentation

När det gäller journalhandlingar och utlämnande av uppgifter ur journalen gäller patientdatalagen och offentlighets- och sekretesslagen.

Patientjournalen är i första hand till för att bidra till en god och säker vård av patienten. Dokumentationen används även för bland annat uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning. Det framgår av 3 kap. 2 § PDL. Vid upptäckt av att ett barn far illa, eller vid en anmälan till socialtjänsten, är det viktigt att det sker en dokumentation.

Vårdgivarens ansvar för dokumentationen

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om bland annat rutiner för journalföring.

Enligt 3 kap. 1 § SOSFS 2008:14 ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler. Av 3 kap. 2 § SOSFS 2008:14 framgår att rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Enligt 3 kap. 3 § SOSFS 2008:14 ska rutinerna för dokumentation av patientuppgifter även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Professionens ansvar att dokumentera

I patientdatalagen finns även bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal samt hur informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet. (1 kap. 2 § och 3 kap. 3 § PDL). Bestämmelser om patientjournalens innehåll finns i 3 kap. 5–12 § PDL. I 3 kap. 5–8 och 11 § PDL står det att patientjournalen bland annat ska innehålla uppgifter om aktuellt hälsotillstånd, medicinska bedömningar,

behandlingar, undersökningsresultat, epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.

Dokumentationen kan vara sådant som framkommer i samtal, observationer eller undersökningar, och som har betydelse för patientsäkerheten och kvaliteten. Det kan vara tecken på omsorgssvikt eller skador efter våld eller sexuella övergrepp. En väl underbyggd dokumentation ger goda förutsättningar för en bra utredning inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men även för att ett bra rättsintyg som håller för rättsens bedömning ska kunna skapas.

I 3 kap. 2 § PDL framgår att syftet med att föra en patientjournal i första hand är att bidra till en god och säker vård av patienten, men även att den är en informationskälla för rättsliga krav.

KVÅ-koder

Enhetlig registrering av åtgärder ska ligga till grund för databaser som möjliggör verksamhetsuppföljning på lokal, regional och nationell nivå. Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister (se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26) om uppgiftsskyldighet till patientregistret).

KVÅ-koder beskriver åtgärder utförda av hälso- och sjukvården, och de används för nationell statistisk för vilka åtgärder som utförs i hälso- och sjukvården. En åtgärdskod står för vilken åtgärd som har vidtagits under det aktuella vårdtillfället. GD008 är den åtgärdskod som gäller för Anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL angående barn med möjligt skyddsbehov [143].

Ett bra sätt att uppmärksamma denna åtgärdskod är att vårdgivare och verksamhetschefer ansvarar för att den finns med i de mallar och lathundar som oftast finns inom varje verksamhet för de mest förekommande koderna.

Dokumentera en anmälan

Om det är barnet som är patient så dokumenteras anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL, i allmänhet i barnets journal. För en eventuell fortsatt kontakt med socialtjänsten kan det underlätta om det av dokumentationen framgår till vilken socialtjänst anmälan är ställd, samt

namn och kontaktpuppgifter dit. Detta gäller även om en kopia eller inskannad kopia på anmälan har sparats i barnets journal. Likaså kan det ha betydelse för den fortsatta kontakten med barn och föräldrar om det framgår om barnet och föräldern har informerats om att en anmälan har gjorts.

Patientjournalen ska, enligt 3 kap. 6 § PDL, innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Det kan vara av betydelse för barnets hälsa och utveckling att andra hälso- och sjukvårdsverksamheter som arbetar med barnet (BVC, barnhabiliteringen, barnmedicin eller liknande) får informationen, för att kunna erbjuda barnet god hälso- och sjukvård. Det kan till exempel gälla att BVC får information om ett barn som behöver stöd, eller att en förälder behöver stöd i sitt föräldraskap och att en anmälan har gjorts till socialtjänsten av vuxenpsykiatrien. Den uppgiften kan då dokumenteras i barnets journal.

Vårdnadshavarens insyn i barnets journal

Huvudregeln, enligt 12 kap. 3 § OSL, är att sekretess till skydd för en enskild, om den enskilda är underårig, även gäller i förhållande till hans eller hennes vårdnadshavare. Det finns dock ett undantag från den huvudregeln. Av samma paragraf framgår nämligen att sekretessen inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren, i den utsträckning denna enligt 6 kap. 11 § FB har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter. I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren samtidigt ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Det framgår också av 6 kap. 11 § FB. I takt med att barnet blir äldre flyttas dispositionsrätten över sekretessen över på den unga själv. I de situationer där vårdnadshavaren i princip har dispositionsrätt över sekretessen till skydd för den underåriga, kan det ändå finnas undantagsfall där uppgifter inte kan lämnas ut till vårdnadshavaren. Av 12 kap. 3 § OSL framgår att sekretess gäller i förhållande till vårdnadshavaren om det kan antas att den underåriga lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller det annars anges i OSL.

Det krävs således att det men som kan befaras vid utlämnande av uppgifterna ska vara betydande, till exempel genom att den unga kan skadas allvarligt psykiskt, fysiskt eller på annat sätt om uppgif-

ten lämnas ut. Det kan också vara att en uppgift om den underåriga riskerar att missbrukas av vårdnadshavaren i något avsevärt avseende (prop. 1988/89:67 om sekretessfrågor inom undervisningsväsendet m.m. s. 38).



Samhället ansvarar för att skyddet för barn i utsatta situationer ska vara säkert.

Barn med skyddad identitet

Hälso- och sjukvården samt tandvården kan behöva rutiner för hanteringen av uppgifter om personer som lever med skyddad identitet. Skyddade personuppgifter är ett samlingsbegrepp för tre olika skydd. En *sekretessmarkering* gör att det blir en varningsflagg i systemen, digitalt eller på papper.

Kvarskrivning är att en person är folkbokförd på en ort men bor någon annanstans. *Fingerade personuppgifter* är när en person får ett helt nytt namn och personnummer. När det gäller personer med skyddade personuppgifter kan det finnas behov av specifika rutiner för

säkerhet. Det kan röra sig om tekniska lösningar i dokumentations- och utbetalningssystem och checklistor för säkerhetsåtgärder i kontakter med andra personer, till exempel att man alltid motringer i dessa kontakter. Vid kontakter med enskilda eller myndigheter kan endast säkra kommunikationskanaler användas, det vill säga brev, elektronisk kommunikation med hjälp av elektronisk legitimation eller personligt legitimerat besök av personen. Det är viktigt att iaktta försiktighet med adressuppgifter i alla ärenden där en person har sekretessmarkering eller kvarskrivning. Det kan även vara av vikt att begränsa antalet personer som känner till de uppgifter som är skyddade.

Rättsintyg

När polis eller åklagare ska utreda ett misstänkt brott är det ofta avgörande att snabbt undersöka och dokumentera kroppsskador hos personen som råkat ut för gärningen. På samma sätt kan skador som konstateras hos en misstänkt gärningsman vara viktiga bevis i en kommande rättegång. Sådana undersökningar görs av särskilt utbildade läkare med behörighet att utfärda rättsintyg.

Rättsintyget kan utfärdas efter en rättsmedicinsk kroppsuppsökning eller ett rättsmedicinskt yttrande. Ärendet måste först vara polisanmält, och endast polis, åklagare eller domstol kan begära att ärendet förs över till rättsmedicin eller att en rättsläkare undersöker barnet tillsammans med en barnläkare. Ett rättsintyg är ett skriftligt medicinskt utlåtande om en misstänkt gärningsman eller ett brottsoffer. Lagen (2005:225) om rättsintyg med anledning av brott innehåller bestämmelser om utfärdandet av rättsintyg. Som regel innehåller ett rättsintyg beskrivningar och bedömningar av skador. Ett rättsintyg grundar sig oftast på en läkarundersökning som har utförts med avseende att utfärda ett rättsintyg, men underlaget kan också vara annan dokumentation, exempelvis journalhandlingar och fotografier [144].

Tandläkare i offentlig verksamhet är skyldiga utfärda rättsintyg på begäran av polis eller åklagare. Då ställs begäran vanligen direkt till den aktuella tandvårdskliniken. En betydande stor del av de skador (upp emot 60 procent) som uppkommer vid misshandel drabbar just ansiktet och munnen. Det finns ofta skäl att begära rättsintyg från tandvården.

Samverkan – allas ansvar

Samverkan ska ske kring det enskilda barnet, och på övergripande nivå. Barnets bästa är utgångspunkten oberoende av om samverkan sker på övergripande nivå eller kring ett enskilt barn. Verksamhetsperspektivet är endast ett komplement till barnperspektivet i samverkan kring barn som far illa [9, 19].

Samverkan enligt 5 kap. 1 a § SoL, 2 f § HSL, 3 § polislagen (1984:387), 6 kap. 5 § PSL, 6 § FL och 29 kap. 13 § skollagen (2010:800) ingår i det ordinarie uppdraget och ska utgöra en naturlig del av det dagliga arbetet.

Av 2 f § HSL framgår att hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. En allmän bestämmelse om samverkan mellan myndigheter finns i förvaltningslagen. Enligt 6 § FL ska varje myndighet bistå andra myndigheter med hjälp inom ramen för den egna verksamheten.

Begreppet samverkan

I denna vägledning används den definition av samverkan som anges i den nationella strategin för samverkan från 2007: ”när någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra” [19].

Samverkan ska användas som medel för att lösa sammansatt problematik där kompetens från flera professioner är nödvändig. Den bör ha ett tydligt syfte. Dessutom är det centralt att den läggs på rätt nivå, det vill säga den nivå som kan lösa problemet [9, 19, 81, 145].

Den nationella strategin för samverkan beskriver tre grundläggande förutsättningar för en väl fungerande samverkan, de så kallade tre s:en, som är: styrning, struktur och samsyn [19]. Utvecklingsarbeten, utvärderingar och forskning bekräftar att hinder och framgångsfaktorer kan knytas till frågor kring dessa tre ”s”.

Styrning

Styrning beskriver behovet av styrning på alla ledningsnivåer, såväl på lokal och regional som på nationell nivå [146]. Vårdgivare och verksamhetschefer har en nyckelroll för att samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa ska lyckas. En förutsättning för samverkan på lägre nivå i organisationen är en fungerande samverkan på ledningsnivå mellan de olika aktörerna. Ledningen för verksamheten behöver legitimera samverkan, samt ge mandat och resurser för att den ska kunna genomföras. Det är angeläget att det finns tydliga mål och prioriteringar. Ledningen behöver efterfråga uppföljningar och utvärderingar. Styrning handlar också om samhällets styrning via lagar och regleringar [9, 19, 134].

Struktur

Struktur syftar till att ge tydlighet och fasta konturer när det gäller mål, målgrupper, rutiner och arbetsfördelning i samverkansarbetet. Ett sätt att skapa strukturer kan vara att använda avtal, riktlinjer och handlingsplaner där det klargörs vem som ansvarar för vad, vilka beslut som fattas av vem, vilka befogenheter olika personer har, vilka rutiner man ska ha för arbetet och hur uppföljningen ska gå till. En samordningsfunktion kan bidra med struktur och överblick [9, 19, 134].

Samsyn

Samsyn innebär att parterna behöver förstå varandras roller, uppdrag och värderingar för att kunna överbrygga att de har olika regelverk, utbildningar, kunskapstraditioner och språkbruk. Behov av samsyn uppstår när flera aktörer tillsammans ska lösa ett problem. Det behövs en viss grad av gemensam problemförståelse, samtidigt som yrkesrollerna måste vara tydliga. Olika begrepp behöver tydliggöras liksom syftet med arbetet. Problemförståelsen handlar om att skapa en gemensam utgångspunkt för arbetet, till exempel kunskap om risk- och skyddsfaktorer för barnets utveckling, samt om vilka insatser som är verkningsfulla [9, 19].

Samverkan på alla nivåer

Barn som far illa eller riskerar att fara illa måste sättas in i ett samhälleligt sammanhang, och därför är det nödvändigt med samverkan på övergripande nivå, både lokalt och nationellt. De befintliga

ersättningssystemen och strukturerna ska ge goda förutsättningar för samverkan. Det är strategiskt viktigt med en övergripande samverkan för att samverkan kring det enskilda barnet ska fungera. En väl fungerande samverkan förhindrar att barn bollas runt mellan olika myndigheter och ”faller mellan stolarna” [19, 134].

Samverkan inom hälso- och sjukvården

Det är viktigt att samverkan internt inom hälso- och sjukvården fungerar. Samverkan behövs dels för att aktörerna ska få kunskap om varandras kompetensområden och för utarbetandet av handlingsplaner och rutiner, dels när hälso- och sjukvårdspersonal, tandvårdspersonal eller verksamhetschefer hamnar i situationer där de känner sig osäkra och saknar kunskap [19].

Hälso- och sjukvården samt tandvården avsäger sig inte sitt eget ansvar för barnets hälsa och utveckling i samband med anmälan till socialtjänsten.

Hälso- och sjukvårdens uppgift kan fortsättningsvis vara att påbörja en behandling eller ett vaccinationsprogram, ge stöd i barnets eller familjens krisbearbetning eller att göra en medicinsk bedömning eller utredning. När ett barn och en familj behöver krisbehandling, psykologisk eller medicinsk behandling kan det behövas en *individuell plan* enligt 3 f § HSL. En individuell plan (ISP) upprättas i samverkan med socialtjänst, barnet och dess förälder. Se vidare i text på s. 93.

Barnskyddsteam

Barnskyddsteam finns på några håll i landet och kan fungera som rättsmedicinsk expertis. Ett barnskyddsteam kan vara en konsultverksamhet för sjukvården när det finns misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn. Ett barnskyddsteam kan vara behjälpligt i anmälningsprocessen, utredningsprocessen samt i kontakten med andra berörda myndigheter. Barnskyddsteamerna har barnmedicinsk kompetens, och kan genomföra rättsmedicinska undersökningar på barn då polis eller åklagare begär det. Barnskyddsteamerna kan även bidra med kunskapsspridning.

Samverkan med socialtjänsten

Socialtjänsten ska verka för trygga och goda förhållanden

När föräldrar av någon anledning inte uppfyller sina uppgifter har socialtjänsten det yttersta ansvaret för att barn ska växa upp under goda villkor.

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden. Socialnämnden ska i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver, och om de ungas bästa motiverar det, ska de få den vård och fostran de behöver utanför det egna hemmet.

Av 5 kap. 1 a § SoL följer att socialnämnden aktivt ska verka för att samverka med andra aktörer, som till exempel hälso- och sjukvård samt tandvård, kommer till stånd i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Socialtjänstens verksamhet

Socialtjänstens arbete består av alltifrån generellt förbyggande arbete genom frivilliga insatser, till skyddsåtgärder. När det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa kan bland annat bestämmelser i socialtjänstlagen och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga aktualiseras.

Beslut om åtgärder och insatser grundas på lagstiftning, vetenskap, beprövad erfarenhet och etiska principer.

Socialtjänstens insatser till barn som far illa

Socialtjänstens insatser till barn som far illa kan vara utformade på olika sätt. Det kan vara fråga om insatser som ges till barn som bor i sitt eget hem, eller insatser som innebär placering utanför det egna hemmet. Socialtjänstens verksamhet kan också innefatta olika former av evidensbaserade program, såsom föräldrastöd och samspels-

träning, särskilda program för barn vars föräldrar har problem eller riktad verksamhet till ungdomar.

Det är inte alla anmälningar som leder till insatser från socialtjänsten. Det som avgör om socialtjänsten behöver erbjuda insatser eller vidta åtgärder som går emot barnets eller föräldrarnas vilja, är om barnets behov inte kan tillgodoses av föräldrarna och deras nätverk med stöd av samhällets basverksamheter i form av förskola, skola, fritidsverksamhet samt hälso- och sjukvård [147].

Alla barn som utreds får inte den hjälp eller det stöd som de behöver, även om utredningen har visat att barnen har behov av det. Socialtjänstlagens insatser bygger på frivillighet, och det händer att föräldrar inte vill ha de stödåtgärder som de erbjuds [147].

När samförstånd inte är möjligt, LVU

Socialtjänstlagens krav på frivillighet och samförstånd ska tillämpas så långt det är möjligt, vilket betonas i lagstiftningen. Det finns även vetenskapligt stöd som visar att ett respektfullt samarbete mellan utredare, barn och föräldrar ger bättre utredningsresultat [148]. Om det inte är möjligt att enas och få samtycke kan lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, aktualiseras. Ett barn kan beredas vård med stöd av LVU om det finns en påtaglig risk att hans eller hennes hälsa eller utveckling skadas, antingen på grund av förhållanden i hemmet (2 § LVU) eller på grund av barnets eget beteende (3 § LVU). Beslut om vård med stöd av LVU fattas av förvaltningsrätten efter en ansökan från socialnämnden (4 § LVU). Socialnämnden får enligt 6 § LVU besluta att den som är under 20 år omedelbart ska omhändertas om det är sannolikt att den unga behöver beredas vård med stöd av LVU, och rättsens beslut om vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för den ungas hälsa och utveckling, att den fortsatta utredningen allvarligt kan försvåras eller att vidare åtgärder hindras. Socialnämndens beslut om omedelbart omhändertagande ska underställas förvaltningsrätten (7 § LVU).

Olika sätt att få stöd och hjälp från socialtjänsten

Barn, unga och deras familjer kan få kontakt med socialtjänsten på flera sätt. Den enskilda kan själv ta kontakt med socialtjänsten genom att ansöka om hjälp eller stöd. En ansökan om hjälp eller stöd är möjlig att dra tillbaka.

Barnet och familjen kan också aktualiseras hos socialtjänsten efter en anmälan enligt 14 kap. 1 § eller 1 c § SoL. En anmälan om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa, till exempel från personal inom hälso- och sjukvård eller tandvård, går inte att dra tillbaka.

Ytterligare ett sätt att uppmärksamma barn som far illa eller misstänks fara illa är genom socialtjänstens egna iakttagelser, till exempel inom uppsökande verksamhet, eller genom en annan enhet inom socialtjänsten [23].

Socialtjänstens utredningsansvar

Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande (1 kap. 2 § första och andra styckena SoL).

Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda en utredning av de uppgifter som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § SoL).

Vid en anmälan som rör barn eller unga ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unga är i behov av omedelbart skydd, en så kallad skyddsbedömning. En sådan bedömning ska dokumenteras.

Beslut att inleda eller inte inleda utredning ska, om det inte finns synnerliga skäl, fattas inom fjorton dagar efter det att anmälan har kommit in. Ett sådant beslut behöver dock inte fattas om det redan pågår en utredning om det barn som anmälan avser. Det här följer av 11 kap. 1 a § SoL.

Socialtjänsten kan under sin utredning behöva hämta in uppgifter från den som har gjort anmälan. Läs mer i kapitel 2 om uppgiftsskyldigheten.

Socialnämndens utredning ska bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader. Finns det särskilda skäl får socialnämnden besluta att förlänga utredningen för viss tid. Det framgår av 11 kap. 2 § SoL.

Faktorer som påverkar socialtjänsten att inleda en utredning

Forskning visar att faktorer som ökar sannolikheten för att en utredning ska inledas är om det finns tydliga tecken på misshandel eller övergrepp, om anmälan kommer från en anmälningsskyldig professionell eller om problemen är sammansatta och beskrivna i lagen [149]. En undersökning visar att 72 procent av anmälningarna från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) utreddes [141]. Socialtjänstens resurser samt arbetsledarens och organisationens syn på när ett barn far illa påverkar utredningsbenägenheten [150–152].

Kunskapen och erfarenheten hos den person som tar emot anmälan har stor betydelse för om anmälda barn utreds eller inte. Att dröja med att inleda en utredning då en anmälan har gjorts kan få allvarliga konsekvenser för ett barns utveckling [21].

Barns behov i centrum (BBIC)

BBIC är ett utrednings- och dokumentationssystem som används inom socialtjänsten för att skapa struktur och systematiskt samla in uppgifter om, dokumentera och följa upp barns och ungas behov av insatser samt föräldrars förmåga att tillgodose behoven [153]. Föräldrarnas förmåga att ge grundläggande omsorg, säkerhet, känslomässig tillgänglighet, stimulans, vägledning och gränssättning samt stabilitet utreds. Barnen och familjen ses även i förhållande till sin omgivning [148].

Socialnämnden bör erbjuda ett möte

Enligt 14 kap. 1 a § SoL bör socialnämnden erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som har gjort en anmälan enligt 1 § ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt.

Syftet med bestämmelsen är att ta tillvara anmälares engagemang och kompetens samt att uppmärksamma barnets situation, oavsett om anmälan leder till en utredning eller inte. Anmälares, vårdnadshavarens och barnets, beroende på dess ålder och mognad, bör kallas till mötet. Det är frivilligt för barnet, vårdnadshavaren och den som har

gjort anmälan att delta i mötet. Skäl för att inte ha ett möte kan vara att anmälan rör misstanke om brott mot barnet i hemmet, hedersrelaterat våld och förtryck eller att nämnden har annan information som gör mötesformen olämplig. Informationen i anmälan kan också vara av det slaget att det blir fråga om ett omedelbart omhändertagande (prop. 2012/13:10 s. 136).

Återkoppling till anmälaren

Hälso- och sjukvårdspersonalens samt tandvårdspersonalens erfarenheter från nedlagda socialtjänstutredningar eller brist på återkoppling på de fall som har anmälts, har ibland lett till att man inte har gjort fler anmälningar [17, 74]. Det finns barn som känner sig övergivna av hela vuxenvärlden för att ingen ser eller vågar göra något åt deras situation [17]. Därför är det viktigt att anmäla på nytt vid misstanke om att barn fortfarande far illa eller om någon som är anmälningskyldig anser att det behövs nya utredningar eller insatser. En välfungerande samverkan ger bättre inblick i socialtjänstens möjligheter att stödja och hjälpa barnet [63].

För att möjliggöra en bättre samverkan kring barnet infördes från och med den 1 januari 2013 en förändring av SoL. Personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården kan nu vända sig till socialtjänsten för att få uppgift om resultatet av en anmälan. Socialnämnden får informera den som har gjort anmälan enligt 1 § om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt att göra detta (14 kap. 1 b § SoL).

Av 12 kap. 2 § och 10 kap. 1 § OSL framgår att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilda samtycker till det. I flera kommuner och landsting finns en sådan formaliserad återkoppling på blanketten för anmälan. Genom att vårdnadshavarna i det enskilda fallet häver sekretessen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt tandvården möjliggörs en fullständig samverkan och kvalitetsarbete i enskilda ärenden.

Det är också viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen eller tandvårdspersonalen gör en förnyad anmälan om barnets situation inte förbättras efter att anmälan har gjorts [154].

Individuell vårdplanering (ISP)

I 2 f § HSL beskrivs hälso- och sjukvårdens ansvar beträffande samverkan med socialtjänsten när det gäller barn som far illa och som är i behov av insatser från hälso- och sjukvården, tandvården samt socialtjänsten.

Kring det enskilda barnet kan samverkan ske genom att upprätta en individuell vårdplan. ”När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.” (3 f § HSL) Motsvarande bestämmelse finns för socialtjänsten i 2 kap. 7 § SoL.

Socialtjänsten kan besluta om läkarundersökning

Forskning och praktik har visat på att det finns behov av att läkarundersöka alla barn som placeras i samhällsvård. I ett ärende enligt LVU får socialnämnden, enligt 32 § LVU, besluta om läkarundersökning av den unga, samt utse läkare för undersökningen. Av bestämmelsen framgår vidare att en läkarundersökning, om den inte av särskilda skäl är obehövlig, ska ske innan nämnden gör ansökan om beredande av vård enligt 4 §.

Socialstyrelsen har gett vissa rekommendationer kring läkarundersökningar enligt LVU i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:15) om tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Där framgår bland annat följande: Eftersom läkarundersökningen ingår som en del i beslutsunderlaget, är det viktigt att undersökningen blir så omfattande som det enskilda ärendet kräver. Den unges både fysiska och psykiska status bör undersökas. I fall av vanvård eller känslomässig försummelse är det viktigt att det sker en kroppsundersökning. Små barn reagerar inte sällan psykosomatiskt på brist på kontakt eller andra störningar i samspelet mellan barn och föräldrar. En somatisk undersökning bör därför regelmässigt göras på små barn.

Det är inte angivet i lagtexten vilken kategori av läkare som ska genomföra läkarundersökningen. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd

(SOSFS 1997:15) bör den utföras av en allmänläkare eller en läkare med annan specialistkompetens med relevans för det enskilda fallet.

Samverkan med flera andra myndigheter

När det gäller barn som far illa behövs det insatser från flera professioner [49] och det är nödvändigt att alla inblandade anpassar sitt arbete till varandra. De olika aktörerna i en samverkan har olika yrkesspecifika kompetenser som behövs för barnet och familjen. Socialnämndens ansvar enligt 5 kap 1 § SoL för att barn och unga ska växa upp under trygga och goda förhållanden frångår inte hälso- och sjukvården samt tandvården deras ansvar. Multidisciplinär samverkan vid komplex problematik ger en ökad kunskap om kompetensen hos de andra aktörerna, samtidigt som den egna rollen förtydligas. Barnahus är exempel på sådan samverkan. En fungerande samverkan bygger på ömsesidigt intresse och förtroende samt ömsesidig respekt och kunskap för och om den andra parten.

Vid en fungerande samverkan kring barn med sammansatta vårdbehov ansvarar respektive huvudman för bedömningar och insatser inom sitt område. En systematisk samverkan behövs för att psykiatrisk, medicinsk, social och rättslig expertis ska kunna göra en saklig bedömning utifrån ett helhetsperspektiv. Det är viktigt att vara tydlig med vad man förväntar sig av den samverkande myndigheten. Till exempel är en begäran om en ”barnpsykiatrisk undersökning” ett förprecist uttryckt. Ett ärende skulle istället kunna nedtecknas ”Har barnet några psykiska symptom, som talar för att det kan ha farit illa i hemmet?” eller ”Tacksam för hjälp med bedömning av föräldrarnas omvårdnadsförmåga”.

Barnahus

Det är många aktörer som behöver träffa barnet när det finns misstanke om våld. Till ett barnahus kommer barn upp till 18 år som misstänks ha blivit utsatta för våld eller sexuella övergrepp [155, 156].

På barnahus samverkar olika aktörer med att göra multidisciplinära utredningar. Samverkan sker mellan polis, åklagare, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barn- och ungdomsmedicin och rättsmedicinalverket (RMV) [155, 156].

Socialtjänsten, rättsväsendet, barnpsykiatri (BUP), andra delar av hälso- och sjukvården samt tandvården utreder skadan eller

övergreppet, men utredningarnas syften skiljer sig åt. Socialnämnden utreder barnets och familjens situation samt behov av stöd och skydd. Rättsväsendet utreder brottet samt söker finna en gärningsman. BUP utreder barnets psykiska status och behandlingsbehov vid till exempel sexuella övergrepp. En behandling och utredning på BUP påbörjas oftast inte innan ett polisförhör har genomförts om inte en barn- och ungdomspsykiatrisk utredning ingår som en del i förundersökningen. Om barnet har behov av stöd och behandling före polisförhöret väger det tyngre än eventuella nackdelarna för rättsprocessen. Att sätta in stöd och behandling kan bli nödvändigt om polisförhören dröjer. En polis utan uniform som är specialutbildad på att möta barn i utsatta situationer håller förhör med barnet i en barnanpassad miljö. De andra professionerna kan följa samtalet via hörsnäckla och en TV-skärm. Socialtjänsten får höra barnets berättelse och kan utifrån detta bedöma barnets behov av skydd och fortsatt behandling. BUP fångar upp och kan erbjuda barnet krisbehandling och behandling av psykisk traumatisering. Det eftersträvas att rättsläkare och barnläkare ska samarbeta vid de rättsmedicinska läkarundersökningar som utförs på barnhuset. I de fall då barn kommer in till sjukhuset akut med omfattande skador kan det vara nödvändigt att undersökningarna görs där [156].

Barnhus innebär att barnet inte behöver slussas runt och berätta om det som hänt onödigt många gånger för olika människor och på olika platser. När barnhusverksamheten fungerar blir hjälpprocessen en obruten kedja från att polisanmälan görs till att barnet fått skydd, stöd och behandling [157]. Rädda Barnen har tillsammans med Linköpings Universitet granskat 23 av landets barnhus. Granskningen visar på ojämlikheter i barnhusens kvalitet, och att det främst är hälso- och sjukvårdens delaktighet som saknas [157]. Läkarsamarbetet när det gäller specialistläkare inom barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri efterfrågas även i barnhusutredningen, 2010 [155].

Familjecentral

Enligt Socialstyrelsens definition på familjecentral ska de fyra basverksamheterna mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst samlokaliseras. Familjecentralen som helhet bedriver en generell, hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande verksamhet som riktar sig till barn och föräldrar. Vissa familjecentraler

vänder sig till mer utsatta familjer, med identifierade problem, som har behov av mer omfattande och indikerande insatser. Återkommande studier visar att föräldrarna uppskattar familjecentraler, och föräldrarnas omdömen är nästan uteslutande positiva, särskilt om den serviceinriktade familjecentralen [158].

Ett nordiskt samarbete kring familjecentralernas arbete med sårbara familjer har tagit fram förslag på hur man kan basera verksamheten på en gemensam kunskapsbas, erbjuda evidensbaserade föräldrastödsprogram och hur insatserna kan målgruppsanpassas [159].

Lokal statistik visar att fungerande familjecentralverksamheter kan medföra ökad anmälningsbenägenhet och samverkan kring de barn och familjer som behöver stöd från både hälso- och sjukvården samt tandvården. I Barnhälsovården Skånes årsrapport framgår att det är nästan tre gånger så många anmälningar till socialtjänsten vid familjecentraler som vid andra BVC-enheter. Dessutom var chansen för ett barn och en familj att få stöd via samverkan nästan sex gånger så hög vid en familjecentral jämfört med andra BVC-enheter [160].



Barnets perspektiv beskriver hur barnet själv ser på sin omvärld.

Förekomst av barn som far illa

Det finns inga exakta uppgifter på hur många barn i Sverige som far illa eller riskerar att fara illa. Dels för att det finns flera parallella begrepp och olika system som används för att ta fram siffror, dels för att mörkertalet är stort. Kommittén mot barnmisshandel uppskattar att 100 000–200 000 barn utsätts för barnmisshandel (prop. 2002/03:53 s. 36–37). Som framgår av tidigare text är barnmisshandel ett snävare begrepp än barn som far illa. I detta kapitel redovisas resultat från olika undersökningar om förekomst av utsatthet.

Förekomst av omsorgssvikt

I ett forskningsprojekt av Lundén från 2004 har BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal tillfrågats hur många barn de oroade sig för, trodde eller visste var utsatta för omsorgssvikt, av de barn som de ansvarade för. Det var 12 BVC-sköterskor och 274 barnomsorgspersonal som ingick i forskningsprojektet och som tillsammans hade 3 995 barn i åldern noll till sex år. Det sammanlagda resultatet av de båda personalgrupperna var att de oroade sig för 15 procent av barnen, de trodde att 11 procent var utsatta, och de visste att 10 procent var utsatta för omsorgssvikt. Studierna gjordes i tre olika stadsdelar och med undantag för den mest utsatta stadsdelen både oroade sig för, trodde och visste barnomsorgspersonalen att en större andel barn var utsatta för omsorgssvikt än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. Fysisk försummelse eller vanvård var det vanligaste tecknet som observerades, och tecken på känslomässig otillgänglighet var den näst vanligaste formen av omsorgssvikt som observerades i studien [104].

Förekomst av fysiskt våld

Aga i hemmet har varit förbjudet i Sverige sedan 1979, och antalet vuxna som är positiva till fysisk bestraffning i uppfostringssyfte har minskat från drygt hälften i mitten av 1960-talet till sju procent år 2011 [38].

En svensk studie visar att 15 procent av de tillfrågade barnen hade utsatts för våld av föräldrar eller vårdnadshavare. Samma studie visade att 11 procent hade upplevt våld inom familjen och drygt hälften av dessa barn hade även blivit slagna själva en eller flera gånger, vilket innebär att sex procent av barnen både hade bevittnat eller upplevt våld och blivit slagna själva [68].

I en nationell kartläggning från 2011 uppgav knappt 14 procent av 3 207 elever i årskurs nio att de hade blivit slagna, och nästan tre procent uppgav att det hade hänt upprepade gånger [38].

Ytterligare studier visar att en till två procent av alla barn blir utsatta för upprepade fysiska övergrepp. Dessa blir inte sällan miss-handlade med tillhyggen [18, 75].

Den polisanmälda misshandeln av små barn, 0–6 år, har ökat sedan slutet av 1980-talet. Andra källor, som frågeundersökningar bland föräldrar och barn samt vårdstatistik, visar att det mindre grova våldet mot barn 0–6 år har minskat kraftigt mellan 1980 och 2000, samtidigt som det grövre våldet är oförändrat. År 1980 uppgav 28 procent av föräldrarna att de hade slagit eller klappat till sitt barn under det senaste året. År 2000 var siffran drygt en procent, och år 2006 drygt två procent [87].

Förekomst av sexuella övergrepp

Sexualbrott mot yngre barn sker oftast i hemmet medan barn som kommit upp i tonåren oftare utsätts för brott utanför hemmet [161]. När man frågar unga vuxna anonymt om de har blivit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen uppger sju till åtta procent av kvinnorna och en till tre procent av männen att de har varit utsatta [18]. WHO:s ”World Report on Violence and Health” för år 2002 uppskattar att minst åtta procent av alla pojkar och 25 procent av alla flickor under 18 år har utsatts för sexuella övergrepp av något slag. Det är liknande siffror som har kommit fram i två svenska enkätundersökningar. I en enkätundersökning med 5 000 ungdomar i årskurs 9 och årskurs 2 i gymnasieskolan i Västmanland uppgav 12 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna att de hade varit utsatta för sexuella övergrepp i form av beröring och ungefär sju procent av pojkarna och 13 procent av flickorna hade varit utsatta för övergrepp som innefattade samlag [162, 163]. I enkätundersökningen ”Unga,

Sex och Internet” som utfördes på uppdrag av ungdoms-styrelsen år 2004 och som riktade sig till gymnasieelever i årskurs 3 med 3 503 deltagare, uppgav ungefär sju procent av de manliga eleverna och ungefär 25 procent av de kvinnliga eleverna att de hade utsatts för någon form av oönskad sexuell handling. I gruppen som uppgav att könsindelningen inte passade dem uppgav ungefär 32 procent att de hade varit utsatta för sexuella handlingar mot sin vilja. Alla enskilda sexuella handlingar var 2–5 gånger vanligare bland kvinnliga elever än manliga i undersökningen. Av de mer allvarliga övergreppen som innebar någon form av samlag så hade ungefär tre procent av de manliga eleverna erfarenhet av detta och 10 procent av de kvinnliga eleverna. Av de elever som uppgav att könsindelningen inte passade dem hade ungefär 21 procent varit utsatta för någon oönskad sexuell handling. I nästan hälften av alla övergrepp var förövaren jämnårig med den utsatta eleven [164].

Enligt 2012 års brottsstatistik är 10 procent av våldtäktsoffren pojkar och 90 procent flickor [165]. Det finns betydande svårigheter när det gäller att uppskatta den faktiska omfattningen av sexuella övergrepp på barn, dels för att fenomenet är så laddat, dels för att vuxna inte alltid förstår barnens sätt att kommunicera sina upplevelser [31, 166].

Mörkertalet är stort

Studier visar att två till fem procent av alla barn som far illa har riktigt allvarliga problem. I den här gruppen innefattas de som utsätts för grovt och upprepat våld eller övergrepp, men även de som utsätts för försummelse och vanvård, vilket är allvarliga riskfaktorer för framtida allvarliga psykiska men [18, 75].

Det är viktigt att tidigt upptäcka barn som far illa eller riskerar att fara illa för att både barnet och familjen ska få det stöd och den rehabilitering de behöver, och för att barnet ska få det skydd som det behöver [125]. Det finns ingen säker metod för att veta hur många barn som far illa. Forskningen visar att mörkertalet för brott mot barn är stort. Det gäller särskilt brott mot mindre barn och brott som begås inom familjen. Undersökningar talar för att två tredjedelar av misshandelsfallen och mindre än hälften av de sexuella övergreppen blir kända av hälso- och sjukvården [18]. Oftast sker misshandel mot små

barn, och även mot andra inom familjen, inom hemmets fyra väggar när endast familjen är närvarande. Små barn kan inte själva göra en anmälan till socialnämnden och/eller till polisen, så för att de barn som far illa och/eller utsätts för brott inom familjen ska bli kända av myndigheterna krävs att personer som kommer i kontakt med barnen uppmärksammar missförhållandena och gör en anmälan till socialnämnden eller till polisen [87]. En svensk undersökning visar att det endast är sju procent av de barn som har utsatts för våld som har rapporterat det till en myndighetsperson [68].

I enkätundersökningen ”Unga, sex och internet” som utfördes på uppdrag av Ungdomsstyrelsen år 2009 uppgav 60–70 procent av de ungdomar som hade utsatts för sexuella övergrepp att de hade kunnat prata med någon om sina erfarenheter. Det vanligaste var att ungdomarna pratade med någon jämnårig vän, flickvän eller pojkvän. Enligt undersökningen hade 11,6 procent pratat med en professionell person, och endast nio procent av fallen hade blivit anmälda till de sociala myndigheterna eller polisen. Av de manliga eleverna var det 2,7 procent och av de kvinnliga eleverna var det 9,8 procent vars ärenden hade blivit anmälda till socialnämnden eller polisen [68].



Forskningen visar att mörkertalet för brott mot barn är stort.

Anmälningssstatistik

Trots hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens lagstadgade skyldighet att anmäla, så kommer inte alla barn som far illa till socialtjänstens kännedom. Det sker en underrapportering från hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens sida när det gäller anmälan av barn som misstänks fara illa till socialtjänsten. Detta gäller särskilt barn i förskoleåldern [31, 68, 74, 104, 167–169].

Anmälningssbenägenhet

Anmälningar om barn som far illa speglar inte bara det som barnen utsätts för, utan är också ett uttryck för anmälningssbenägenheten i samhället och inom olika verksamheter. Med anmälningssbenägenhet menas även anmälarens individuella toleransnivå för risker som barn utsätts för, vilken kan skifta över tid och rum [151]. Det finns därför inget direkt samband mellan antalet anmälningar och de faktiska förhållanden som barn lever under [170].

Anmälningar till socialtjänsten

Det finns ingen nationell statistik över antalet anmälningar till socialtjänsten, men genom en undersökning som Socialstyrelsen genomförde 2010 i ett urval kommuner har Socialstyrelsen uppskattat att det gjordes omkring 140 000 anmälningar till socialtjänsten som rörde ungefär 60 000 barn och unga. Cirka hälften av anmälningarna antogs bero på barnets omgivning (miljö) och hälften på andra faktorer. Den största delen av anmälningarna gjordes av polisen, där efter kommer anmälningar från förskola och skola. En mindre andel anmälningar gjordes av hälso- och sjukvården samt tandvården [170].

Anmälan från hälso- och sjukvården

Det finns ingen nationell statistik över antalet anmälningar till socialtjänsten. För att få en uppfattning om ungefär hur många barn som anmäls av hälso- och sjukvården till socialtjänsten redovisas här några exempel på regional statistik och undersökningar.

BVC-enheterna i Stockholms läns landsting anmälde 301 barn till socialtjänsten år 2011, vilket motsvarande 0,2 procent av alla barn som var inskrivna på BVC i Stockholm [171].

Under samma period anmälde BVC-enheterna i Skåne 265 barn till socialtjänsten, vilket utgjorde 0,28 procent av de inskrivna barnen. Orsaken till anmälningarna uppgavs av BVC-enheterna i hälften av fallen vara omsorgssvikt [160]. Det motsvarar i Skånes handlingsprogram fysisk och psykisk försummelse [126]. Barnmisshandel⁶, fysisk misshandel eller våld motsvarade tre procent och sexuella övergrepp motsvarade två procent av anmälningarna. I 15 procent av anmälningarna var våld inom familjen orsaken [160]. I enbart Malmö gjordes 100 anmälningar om misstanke om barn som far illa under samma tidsperiod. Det motsvarade 0,39 procent av alla inskrivna barn på BVC i Malmö. Anmälningfrekvensen i Malmö var högre för yngre barn än för äldre barn. Likaså var anmälningfrekvensen högre för barn i socialt utsatta bostadsområden. I 50 procent av fallen uppgavs anmälningorsaken vara omsorgssvikt. För en fjärdedel av de anmälda barnen angavs orsaken vara ”annat”, som hemlöshet, brister i boendemiljön eller oro för barnets mående när de hade uteblivit från ett besök. För tre procent av de anmälda barnen angavs orsaken vara misshandel. Övriga anmälningar rörde främst psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning hos förälder, våld inom familjen eller missbruk [83].

En studie från ett svenskt barnsjukhus visar att trots att barnet har fysiska skador som tyder på barnmisshandel eller sexuella övergrepp och diagnoskoderna enligt ICD 10-systemet⁷ har använts i dokumen-

6. Barnmisshandel är ett brett begrepp, som i detta dokument används som ett alternativt begrepp för omsorgssvikt eller barn som far illa, oftast i samband med lagtext kopplat till brottsbalken. Se förklaring under rubriken termer och begrepp.

7. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker i syfte att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE.

tationen, så brister de ansvariga i anmälningsskyldigheten. Av de barn som har varit utsatta för fysiskt våld anmäldes endast 51 procent till socialtjänsten och 22 procent av dem anmäldes till polisen. När det gällde barn med skador som tydde på att de hade utsatts för skakvåld (Abusive Head Trauma) anmäldes endast 32 procent till socialtjänsten. Av de barn som har fått diagnoskoden för sexuella övergrepp anmäldes endast 62 procent av fallen till socialtjänsten, och av de 62 procenten anmäldes 50 procent till polisen. Både läkare och sjuksköterskor underrapporterar misshandel och sexuella övergrepp till socialtjänsten [74].

Cocozzas undersökning från 2003 tyder på att barn- och ungdomspsykiatri (BUP) anmäler flest fall till socialtjänsten, medan vuxenpsykiatri anmäler lägst antal. BUP står för fyra procent av anmälningarna, BVC och Barn- och ungdomsmedicin står för 1 procent av anmälningarna medan vuxenpsykiatri står för 0,1 procent [141].

Anmälan från tandvården

År 2010 gjorde Barnombudsmannen en kartläggning av svensk tandvårds erfarenheter och åtgärder av att möta utsatta barn. Resultaten visade att 91 procent av tandläkarna hade mött barn som de misstänkte för illa eller var utsatta för dental försummelse, men endast 21 procent av dessa hade gjort en anmälan till socialtjänsten [168]. En annan svensk enkätstudie visade att den vanligaste orsaken till anmälan till socialnämnden var fysisk eller psykisk försummelse [172].

Orsaker till att anmälningsskyldigheten inte följs

Underlåtenhet att anmäla kan bero på okunskap, bristande civilkurage, överidentifikation med föräldrarna. Anmälningsskyldiga kan känna oro för att en anmälan ska skada barnet och att man ska tappa en positiv relation till barnet och familjen. Andra skäl är bristen på kunskap om vad anmälan leder till och bristen på återkoppling om vad anmälan resulterar i. Bakom tvekan hos den anmälningsskyldige kan det finnas en misstro inför socialtjänstens möjligheter att kunna förbättra situationen för barnet. Ett möte kring anmälan enligt 14 kap. 1 a SoL skulle kunna leda till ett mer respektfullt bemötande

av barn och familjer samtidigt som anmälarens kompetens, engagemang och vilja till samarbete bättre tas till vara (prop. 2012/13:10 s. 49-50).

En enkätstudie på BVC, MVC och ungdomsmottagningarna i Västra Götalandsregionen visade att 72 % av anställda inom BVC, MVC och UM angav som en orsak till att inte anmäla till socialtjänsten trots att man misstänkte att ett barn far illa, var att barnet redan var anmält eller att barnet, ungdomen eller familjen redan hade en pågående kontakt med socialtjänsten [173].

Hierarkier, okunskap om det egna professionella ansvaret och brist på barnperspektiv kan vara orsaker till att anmälningsskyldigheten inte följs på sjukhusen [74].

Studier visar att mer utbildning och kunskap inom området leder till en ökad anmälningsbenägenhet [104].

Lärdom av dödsfallsutredningarna

Socialstyrelsens utredningar om barn som har avlidit till följd av brott visar på brister inom hälso- och sjukvården beträffande anmälningsskyldigheten till socialtjänsten. Det har förekommit både psykisk ohälsa hos gärningspersonen, social isolering, separationsproblematik, vårdnadstvist, arbetslöshet och ekonomiska problem i fallen. Hälso- och sjukvården har brutit när det gäller att ta reda på om vuxna har barn i sin närhet, trots att situationen har varit sådan att de har haft skyldighet att överväga om en anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL ska göras. Inte heller har personalen i tillräcklig utsträckning tagit reda på om det har funnits barn i en vuxens närhet, trots att situationen har varit sådan att de har varit skyldiga att ge information, råd och stöd enligt 2g § HSL [174].

Hälso- och sjukvården samt tandvården kan bli bättre

Genom att vårdgivaren tar sitt ansvar för handlingsplaner och rutiner, systematiskt kvalitetsarbete, samverkan och dokumentation när det gäller anmälningsskyldigheten, samt försäkrar sig om att personalen inom hälso- och sjukvården samt tandvården har kunskap och kännedom om dessa, ökar förutsättningarna för att barn som far illa eller riskerar att fara illa ska få den hjälp och det stöd som de behöver från samhället. Hälso- och sjukvårdspersonalen samt tandvårdspersonalen har dessutom ett personligt ansvar för sin egen kompetens kring att upptäcka barn som far illa eller riskerar att fara illa, samt en absolut skyldighet att följa lagen.



Genom att våga fråga barn och unga om hur de mår, kan många fler barn som far illa upptäckas och få den hjälp och det stöd som de behöver.

Referenser

1. Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 2. Rollen för oberoende nationella institutioner för mänskliga rättigheter i arbetet med att stödja och skydda barnets rättigheter. FN:s kommitté för barnets rättigheter. Översättning Barnombudsmannen. Stockholm; 2012.
2. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009; 373(9657):68 – 81.
3. Höjer I, Röbbäck K. Barn i kläm – hur uppmärksammas barn i mål om verkställighet av umgänge. Stiftelsen Allmänna barnhuset 2007:1 s. 33. Stockholm; 2007.
4. Magnusson T. Rättighetssubjekt och omsorgsobjekt – hand i hand eller stick i stäv? Exemplet barn i institutionsvård. *Retfaerd*. 2008; årgång 31 2008 (2/121).
5. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, m.fl. 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*. 1998; 14(4):245 – 58
6. Styrning och uppföljning nyckeln till framgång. Barnperspektivets genomslag i statliga myndigheter. BR2008:03. Barnombudsmannen. Stockholm; 2008.
7. Danermark B, Germundsson P, Englund U, Lööf K. Samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa – En formativ utvärdering av samverkan mellan skola, socialtjänst, polis samt barn- och ungdomspsykiatri. Slutrapport. Hälsoakademin Örebro universitet; 2008.
8. Barns och Ungas rätt i vården. Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010. 2010:3.
9. Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 13. Barnets rätt till frihet från alla former av våld. FN:s kommitté för barnets rättigheter. Översättning Barnombudsmannen. Stockholm; 2012.

10. Barnombudsmannen. Barnkonventionen. Hämtad 2013-08-21 från <http://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/>.
11. Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter. Faktablad Nr. 6. Socialdepartementet; 2004.
12. Mänskliga rättigheter – Konventionen om barnets rättigheter, Ny reviderad upplaga. Stockholm: Regeringskansliet; 2006.
13. Unicef. Barnkonventionen. Hämtad 2013-05-17 från <http://unicef.se/barnkonventionen>
14. Fakultativt protokoll till konventionen den 20 november 1989 (SÖ 1990:20) om barnets rättigheter om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi. Utrikesdepartementet; 2007:7. New York; 2000.
15. Barnombudsmannen. FN:s barnrättskommitté. Hämtad 2013-05-16 från <http://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/fns-barnrattskomite/>
16. Barnombudsmannen. Rekommendationer till Sverige. Hämtad 2013-05-16 från <http://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/fns-barnrattskomite/rekommendationer-till-sverige/>.
17. Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn. 1 uppl. 4 tr ed. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
18. Jansson S. Barn som utsätts för fysiska övergrepp. Socialstyrelsen; 2010.
19. Strategi för samverkan – kring barn som far illa eller riskerar att fara illa. Stockholm: Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen; 2007
20. Svensson B. Barn som riskerar att fara illa i sin hemmiljö. Utmaningar i ett förebyggande perspektiv. Doktorsavhandling. Karlstad universitet; 2013:3.
21. Lundén, K. Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010:5; 2010.
22. WHO. Child maltreatment. Hämtad 2013-05-13 från http://www.who.int/topics/child_abuse/en/.
23. Barn och unga i socialtjänsten. Utredda, planera och följa upp beslutade insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
24. Killén, K. Svikna barn. Om bristande omsorg och vårt ansvar för de utsatta barnen. Falun; 1999.
25. Killén, K. Omsorgssvigt. Praxis og ansvar 4. udgave. Köpenhamn; 2012.

26. Broberg A, Grankvist P, Ivarsson T, Risholm Mothander P. Anknytningsteori, Betydelsen av nära känslomässiga relationer, Natur och Kultur; 2006.
27. Broberg A, Risholm Mothander P, Grankvist P, Ivarsson T. Anknytning i praktiken. Tillämpning av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och kultur; 2006.
28. Cicchetti D, Cohen D. Developmental Psychopathology. Volume 3: Risk, Disorder and Adaptation. Second Edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2006.
29. Killén, K. Barndomen varar i generationer: om förebyggande arbete med utsatta familjer. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
30. Jansson S, Långberg B, Svensson B. Våld mot barn 2006–2007. En nationell kartläggning. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet; 2007:4.
31. Lundberg I. Utsatta flickor och pojkar – en översikt av aktuell svensk forskning. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap; 2005.
32. Kan man bli sjuk av ord? En studie om psykisk barnmisshandel och emotionell omsorgsbrist. Stockholm: BRIS; 2008.
33. Vägledande stöd vid konsultation och anmälan vid misstanke om att barn far illa. Länsstyrelsen, Landstinget, Regionförbundet i Kalmar län; 2008.
34. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 1991; 15:5–18.
35. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer. Hämtad 2013-05-22 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>.
36. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Om-sorgssvikt og overgrep. Hämtad 2013-06-25 från <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2004/nou-2004-23/10.html?id=388036>.
37. Almqvist K, Janson S, Barn som bevittnat våld. *Skolhälsovård*. 2004; Nr 1/2004–2005.
38. Jansson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet; 2011.

39. Överlien C. Barn som upplever pappas våld mot mamma – vad säger forskningen? Nordisk socialt arbeid. 2007; 4(27):238–50.
40. Almquist K, Georgsson A, Grip A, Broberg A. Stöd till barn som upplevt att mamma utsätts för våld – erfarenheter från en studie av barn som deltagit i Bojens grupprogram. Delrapport 3. Stiftelsen Allmänna Barnhuset Stockholm; 2012.
41. Om våld i hederns namn: Om våld i hederns namn och om skyldigheten att se och hjälpa utsatta. Länsstyrelsen i Östergötland; Rapport 2008:5.
42. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer. Hedersvåld. Hämtad 2013-05-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutsatta/Sidor/hedersvald.aspx#>.
43. Nationellt centrum för kvinnofrid. Hedersrelaterat våld och förtryck. Hämtad 2013-05-13 från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Hedersrelaterat_vald_och_fortryck/Hedersrelaterat_vald_och_fortryck__Kunskapsbankens_ammesguide_/.
44. Förtryck och våld i hederns namn. En handbok i arbetet mot hedersrelaterat våld. Länsstyrelsen i Västmanlands län. Västerås; 2006.
45. When to suspect child maltreatment: NICE guideline CG89, National institute for health and clinical excellence. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2009.
46. Linköpings universitet. Respons på Interpersonellt Våld – RIV. Hämtad 2013-05-14 från <http://www.liu.se/forskning/riv/?l=sv>.
47. Vid misstanke om att barn försummas eller riskerar fara illa. Handlingsplan för tandvården i Gävleborg. Landstinget Gävleborg, Folktandvården Gävleborg AB.
48. Magnusson M, Hagelin E, Sundelin C, Blennov M. Barnhälsovård – att främja barns hälsa. Stockholm: Liber; 2009.
49. Flodmark, O. Regionalt vårdprogram. Vid misstanke om fysisk misshandel av späda barn Del 1 – Översikt. Stockholms läns landsting; 2008.
50. Flodmark, O. Regionalt vårdprogram. Vid misstanke om fysisk misshandel av späda barn Del II – Fördjupning. Stockholms läns landsting; 2008.

51. Parks S, Annest J, Hill H, Karch D. Pediatric Abusive Head Trauma: Recommended Definitions for Public Health Surveillance and Research. Centers for Disease Control and Prevention Atlanta; 2012.
52. Maguire SA, Kemp AM, Lumb RC, Farewell DM. Estimating the probability of abusive head trauma: a pooled analysis. *Pediatrics* 2011; 128: e550 – 64.
53. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, m.fl. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008;337:a1518.
54. Rogers R. Diagnostic, expanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Negl.* 2004; Feb;28(2):225–38.
55. Lundin B, Croner S. Barnmisshandel genom förfälskning av symtom. *Läkartidningen*. 2001; 98(19):2302–11.
56. Svedin CG, Banck L. Sexuella Övergrepp Mot Flickor Och Pojkar. Lund: Studentlitteratur AB; 2002.
57. BRÅ. Polisanmälda våldtäkter mot barn. En uppdaterad kunskapsbild. Stockholm; 2011.
58. Mellberg N. När det överkliga blir verklighet: Mödrars situation när deras barn utsätt för sexuella övergrepp av fäder. Doktorsavhandling. Umeå; 2002.
59. Priebe G, Sexuell exploatering av barn och ungdomar. Sammanställning av aktuell kunskap och forskning 2004–2008. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2008.
60. Kvinnlig könsstympling. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2005.
61. Barn och unga som begår brott – Handbok för socialtjänsten. Socialstyrelsen: Stockholm; 2009.
62. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB; 2000.
63. Hindberg B. Sårbara barn – att vara liten, misshandlad och försummad. Stockholm: Gothia Förlag; 2006.
64. Grundbok Barns behov i centrum, BBIC. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

65. Andershed A-K, Andershed H, Farrington D. Risk and protective factors among preschool children for future psychosocial problems – What we know from research and how it can be used in practice. Report written on the commission of the Nordic Welfare Center; 2012.
66. Gustafsson PE, Nilsson D, Svedin CG. Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18 (5):274–83.
67. Nilsson D, Gustafsson PE, Svedin CG. Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of posttraumatic stress and dissociation. *Nord J Psychiatry*; 2008.
68. Annerbäck E-M, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica*. 2010; 99(8):1229–36.
69. Paulo Sérgio Pinheiro. World Report on violence against children. Geneva: United Nations Publishing Services (UN Geneva); 2006.
70. Freij B, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Studiehandledning till boken Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat. (Dagmar Lagerberg och Claes Sundelin). Socialstyrelsen: Stockholm; 2006.
71. Killén K. Sveket. Omsorgsvikt er alles ansvar. 3 utg. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
72. Att knyta an, en livsviktig uppgift – Om små barns anknytning och samspel. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2007. Skriftserie 2007:5.
73. Barnmisshandel. En kartläggning av polisanmäld misshandel av små barn. BRÅ: Stockholm; 2000.
74. Tingberg B. Child abuse – clinical investigation, management and nursing approach. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska institutet; 2010.
75. Annerbäck EM. Child physical abuse: characteristics, prevalence, health and risk-taking. Doktorsavhandling. Linköpings universitet; 2011.
76. Svensson B, Bornehag C-G, Janson S. Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socioeconomic circumstances. *Acta Paediatrica*. 2011; 100(3):407–12.

77. Lindell C. Child Physical Abuse - Reports and Interventions. Doktorsavhandling. Linköpings universitet; 2005.
78. Sullivan P, Knutson J. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl.* 2000; 24(10):1257–73.
79. Social rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
80. Kling S. Fosterbarns Hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. Malmö; 2010.
81. Somander L, Rammer K. Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971–1980 *Child Abuse Negl.* 1991; 15(1–2):45–55.
82. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen, Skolverket; 2012

83. Köhler M. Barn i Malmö. Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad; 2012.
84. Eriksson M, Solberg A, Källström Cater Å, Eskonen I, Christensen E. Barn som upplever våld: nordisk forskning och praktik. Stockholm: Gothia förlag; 2007.
85. Grip K. The damage done. Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers – Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet; 2012.
86. Hamilton Giachritsis C, Browne, K, Kramer, L, Bank L. A Retrospective Study of Risk to Siblings in Abusing Families *Journal of Family Psychology* 2005; 19(4):619–24.
87. Den polisanmälda barnmisshandeln. Utvecklingen fram till 2009. 2011:16. Stockholm: BRÅ; 2011.
88. Drogutvecklingen i Sverige 2008. Rapport 113. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm; 2008.
89. Barn och unga i familjer med missbruk – Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
90. Lindgaard H. Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2006.

91. Metoder i familieorienteret alkoholbehandling – om at inddrage partner og børn. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2009
92. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(3):243–55.
93. Lee S, Taylor C, Bellamy J. Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse Negl*. 2012; 36(5):461–9.
94. Östman M, Eidevall L. Illuminating patients with children up to 18 years of age – A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic journal of psychiatry*. 2005; 59(5):388–92.
95. Östman M, Hansson L. Children in families with a severely mentally ill member, prevalence and needs for support. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(5):243–8.
96. Folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
97. Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
98. Cutland M. Child abuse and its legislation: the global picture. *Arch Dis Child*. 2012; 97(8):679–84.
99. Sellström E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scand J Public Health*. 2006; 34(5):544–54.
100. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Våga se, våga agera. Hämtad 2013-06-25 från www.tidigatecken.nu.
101. Miller A, Esposito-Smythers C, Weismore J, Renshaw K. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clin Child Fam Psychol*. 2013; 16(2):146–72.
102. Signaler. Våld i nära relationer. Barn och ungdomar berättar. Barnombudsmannen: Stockholm; 2012.
103. Block R, Krebs N. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics*. 2005; 116(5):1234–7.
104. Lundén K. Att identifiera omsorgsvikt hos förskolebarn. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet; 2004.
105. Broberg A, Almqvist L, Axberg U, Grip K, Almqvist K, Shariif U, m.fl. Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering. Göteborg; 2011.

106. Mohaupt H, Duckert F. Barn av rusmiddelmissbrukere en kunnskapsoppsummering Korfor-rapport 2009/01; 2009.
107. Hagborg E, Ribbing S. Vara vettig vuxen Stockholm: Gothia Förlag AB; 2009.
108. Mezzich A, Bretz W, Day B, Corby P, Kirisci, L, Swaney M, Cornelius J, Weyant R, m.fl. Child neglect and oral health in offspring of substance abusing fathers. *The American Journal on Addictions*. 2007; 16:397–402.
109. Annerbäck EM, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child Physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors *Child Abuse Negl*. 2012; 36(7-8):585–95.
110. Jansson S, Långberg B, Svensson B. Våld mot barn 2006/2007. Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet 2007:4, Stockholm; 2007.
111. Handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. NCK-rapport 2008:1. Nationellt centrum för kvinnofrid: Uppsala; 2008.
112. The American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD). Definition of Dental Disability. Reference Manual V 34 / NO 6 12 / 13. 2012. Hämtad 2013-08-20 från http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_DentalDisability.pdf#xml=http://prdtsearch001.americaneagle.com/service/search.asp?cmd=pdfhits&DocId=311&Index=F%3a%5cdtSearch%5caapd%2eorg&HitCount=4&hits=20+45+70+71+&hc=35497&req=dental+disability.
113. Greene P, Chisick M, Aaron G. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent*. 1994; 16:41–5.
114. Greene P, Chisick M, Child abuse/neglect and the oral health of children's primary dentition. *Mil Med* 1995; 160:290–3.
115. Barn som far illa. Kunskap & kvalitet nr 9. Sveriges Tandläkarförbund: Stockholm; 2011.
116. Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2005; 116(6):1565–8
117. Child protection and the dental team. Recognising abuse and neglect. Hämtad 2013-08-20 från http://www.cpdtd.org.uk/content.aspx?Group=recognising&Page=recognising_abuse.

118. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl.* 2000; 24(4):521–34.
119. Uziel N, Bronner G, Elran E, Eli I. Sexual correlates of gagging and dental anxiety. *Community Dent Health* 2012; 29:243–7.
120. Willumsen T. Dental fear in sexually abused women. *Eur J Oral Sci* 2001; 109:291–6.
121. Willumsen T. The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32:73–9.
122. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Rath W. Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. *J Psychosom Res* 2007; 62:581–8.
123. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. Child dental fear: cause related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci.* 1995; 103:405–12.
124. Regionalt vårdprogram – Ätstörningar. Stockholms läns landsting: Stockholm; 2009.
125. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
126. Region Skåne. Handlingsprogram vid misstänkta fall av barn som far illa. Hämtad 2013-07-29 från http://www.skane.se/Public/SUS_extern/Verksamheter/RSPC/Handbok-Barn_som_far_ill.pdf.
127. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
128. Swedish Standards Institute. ISO 14001. Hämtad 2013-05-06 från <http://www.sis.se/tema/ISO14001/FAQ-/>.
129. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
130. Söderholm A. När barn far illa, Finska Läkaresällskapets Handlingar Årgång 166 Nr 2. Helsingfors; 2006.
131. Tegern G, Tinghög P, Flodmark O. Om att förebygga skakvåld mot små barn. Redovisning och utvärdering av en försöksverksamhet med ett preventionsprogram. Karolinska Institutet, Linköpings Universitet; 2012.

132. Rikshandboken barnhälsovård. Hämtad 2013-09-13 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant-om-barn-som-far-illa/Barnhalsovardens-roll-och-ansvar/>.
133. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa: en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv: State-of-the-art-konferens i Stockholm 23–25 september 1999. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR); 1999.
134. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från fler aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
135. Att förebygga hiv och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Stockholm: Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen; 2011.
136. Hedtjärn G, Hultman O, Broberg, A. Var femte mamma i BUP-vård hade utsatts för våld. Läkartidningen. 2009; 48.
137. Socialstyrelsen. Barn som anhöriga. Hämtad 2013-07-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/anhorigstod/barnsomanhoriga>.
138. Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
139. Föräldraskap och missbruk – att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
140. Barn till psykiskt sjuka föräldrar. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
141. Coccozza, M. Anmälningssplikten som instrument för att identifiera barn som behöver samhällets skydd. Hälsouniversitetet i Linköping: BUP:s rapportserie: Rapport nr 26. 2003.
142. Tidig upptäckt. 2011. Hämtad 2013-06 24 från http://www.skl.se/psynk/modellomradesprojektet09-11/kontakt_modellomraden_1-14/dalarna/tidig_upptackt_1.
143. Socialstyrelsen. Åtgärds-koder (KVÅ). Hämtad 2013-från <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva>.
144. Rättsmedicinalverket. Rättsintyg. Hämtad 2013-07-29 från <http://www.rmv.se/?id=109>.

145. Danermark B, Englund U, Germundsson P, Granlund M, Tide-
man M, Rosenqvist J. Skolans arbete med utsatta barn – ett sam-
verkansperspektiv. Rapport till utredningen Översyn av skolans
arbete med utsatta barn: Örebro universitet; 2010.
146. Danermark B, Germundsson P, Englund U. Samverkan för barns
psykiska hälsa. Modellområden – psykisk hälsa, barn och unga.
Hälsoakademin Örebro universitet; 2012.
147. Socialt arbete med barn och unga i utsatta situationer – Förslag
till kompetensbeskrivningar Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
148. Social barnavård i förändring. Slutrapport från BBIC-projektet.
Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
149. Östberg F. Bedömningar och beslut. Från anmälan till insats i den
sociala barnavården. Doktorsavhandling. Stockholms universitet;
2010.
150. Viklund, S. Den kommunala barnavården – om anmälningar, or-
ganisation och utfall. Doktorsavhandling. Stockholms universitet;
2006. [cited; Available from:
151. Gegner H. Förhandsbedömningar i barnavårdsärenden. Tre kvan-
titativa studier med fördjupning. Skriftserie 2009:5. Lund: FoU
Skåne; 2009.
152. Wells S, Fluke J, Brown H. The decision to Investigate: Child
Protection Practice in 12 Local Agencies. Children and Youth
Services Review. 1995; 17(4):99–111.
153. Rose W. Assessing Children in Need and Their Families. In:
Horwarth, J. ed. The child's World Assessing Children in Need J
K Publishers Ltd; 2001.
154. Rasmusson B. Barnperspektiv i den sociala barnavården. Forsk-
nings- och utvecklingsarbete inom ramen för projekt kunskaps-
baserad socialtjänst. Lunds universitet; 2006.
155. Kaldal A, Diesen C, Beije J, Diesen E. Barnahusutredningen
2010. Stockholm: Stockholms universitet; 2010.
156. Barnahus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt
tak vid misstanke om brott mot barn Socialstyrelsen, Rikspolis-
styrelsen, Rättsmedicinalverket, Åklagarmyndigheten; 2008.
157. Landberg Å, Svedin CG. Inuti ett barnahus. En kvalitetsgransk-
ning av 23 svenska verksamheter. Stockholm: Rädda Barnen,
Linköpings universitet; 2013.

158. Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
159. Kouvonen P, Marklund K, Karlsson AM, Mohamud Ali A, Nordlund M, Rihnstrom Schmidt A, Mäkilä K, m.fl. Nordens barn – utveckling av nordiska familjecentraler. Nordens välfärdscenter; 2012.
160. Barnhälsovården Region Skåne Årsrapport 2011. Region Skåne; 2012.
161. En ny våldtäktslag fångar upp fler brott mot barn. Hämtat 2013-03-08 från <http://www.bra.se/bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2011-06-13-ny-valdtaktslag-fangar-upp-fler-brott-mot-barn.html>
162. The World report on violence and health Geneva: WHO; 2002.
163. Åslund C, Nilsson K, Sjöberg R. Effects of child sexual abuse and family environment on adolescent depression: A population based study (submitted).
164. Se mig, Unga om Sex och Internet. Stockholm: Ungdomsstyrelsen 2009:9.
165. BRÅ. Våldtäkt och sexualbrott 2012. Hämtat 2013-03-08 från <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/valdtakt-och-sexualbrott.html>.
166. Diesen C. Barnet i vuxnas rättsystem – en jämförande studie i nio europeiska länder om barnet i rättsprocessen vid misstanke om sexuella övergrepp; 2002.
167. Lagerberg D. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of children. *Acta Paediatrica*. 2004; 93(5):692–701.
168. Tandvården och barn som far illa. Stockholm: Barnombudsmanen; 2010:02.
169. Backlund Å, Wiklund S, Östberg F. När man misstänker att barn far illa – En studie av hur professionella inom BVC, förskola och skola förhåller sig till anmälningsplikten. Stockholm: Rädda Barnen; 2012.
170. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
171. Barnhälsovård. Årsrapport 2011 årg 28. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2012.

172. Klingberg G. Omsorgssvikt med odontologins ögon. Aktuell nordisk odontologi; 2010. s.195-208.
173. En totalstudie i Västra Götalandsregionen av samtliga yrkesgrupper som skriver journal, och arbetar på BVC, MVC och UM. Studien genomfördes våren 2012 och kommer att publiceras februari 2014.
174. Barn som avlidit med anledning av brott. Dödsfallsutredningar 2010–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.