

Ulrika Levander & Lina Sturfelt

Samhällsvårdens Svarte Petter

– samtida och historiska kategoriseringar av barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa

Drawing the short straw. Contemporary and historical categorizations of children in foster and residential care with mental health disorders

About 67 per cent of children placed in residential care in Sweden suffer from mental health disorders. Although the problem has been recognized for decades, the group's access to sufficient mental healthcare is still lagging. In this article we examine contemporary and historical categorizations of mental health issues among children in foster and residential care. The study examines Swedish commission reports, government bills, and Children's Acts published between 1902 and 2016 where the issue is discussed. Hereby, "the history of the present", and its implications for the targeted group, is analysed and problematized. Our findings show that continuous talk of preventive actions in the name of the all-embracing welfare state repeatedly has downplayed the group's access to mental health interventions. Ever since the establishment of the child psychiatric field in the 1940s, a discursive battle about the public responsibility for the group is also raging. In the 1970s, coordination is articulated as the grand solution, but the problem still persists. Neither the contemporary child rights perspective nor the latest law regulations of forced coordination for children in care have changed the group's underprivileged position. Whether the legal turn will finally lead to recognition of the group's right to adequate mental health care remains an open question.

Ulrika Levander är fil.dr i socialt arbete och universitetslektor vid Socialhögskolan, Lunds universitet.

Lina Sturfelt är fil.dr i historia och universitetslektor i mänskliga rättigheter, Lunds universitet.

Kontakt: lina.sturfelt@mrs.lu.se och ulrika.levander@soch.lu.se

Inledning

När *Ungdomsvårdskommittén* i slutet av 1930-talet fick i uppdrag att utreda frågan om ungdomskriminalitet – något som då förstods som ett stort och hotande socialt problem – ledde det fram till inrättandet av en psykisk barn- och ungdomsvård (SOU 1944:30). Ambitionen med att utveckla en barn- och ungdomspsykiatri (BUP) var att förebygga asocialitet och kriminalitet – och se till så att framtidens unga över huvud taget inte blev föremål för den sociala barnvården. I dag är den målgrupp som en gång var orsak till BUP:s initiering, unga med kombinerade sociala och psykiska problem, en i vårdsammanhang eftersatt grupp. I betänkandet *Källan till en chans* kallas unga i samhällsvård med psykisk ohälsa för "vårdsystemets Svarte Petter" (SOU 2005:81, s. 262). Ingen verkar kunna bemöta deras behov eller erbjuda dem adekvat vård.

Redan för 30 år sedan observerades en ökning av svåra psykiska problem bland barn i samhällsvård (se t.ex. prop. 1989/90:28, s. 48). I samtida betänkanden beskrivs ohälsan i gruppen både som omfattande och allvarig (SOU 2005:81; SOU 2015:71). Ungas psykiska ohälsa ses i dag som ett av vår tids största folkhälsoproblem (t.ex. Collishaw et al., 2010; Friberg, Hagquist & Osika, 2012; SOU 2001:54; SOU 2006:77; Socialstyrelsen, 2017). Trots stora statliga satsningar på att minska den psykiska ohälsan bland landets unga under senare år (Regeringskansliet, 2012) släpar psykiatriska insatser till barn och unga i samhällsvård fortfarande efter. Att de satsningar som gjorts "i praktiken mera riktats mot generella frågor om förebyggande arbete" kritiserar i det senaste LVU-betänkandet (SOU 2015:71, s. 769).

Problemet med en ökad förekomst av allvarig psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård har däremot diskuterats regelbundet i statliga utredningar sedan slutet av 1980-talet. En samfäll bild är att det brister i samsyn och samverkan mellan socialtjänst och barnpsykiatri och att mer specifika nationella riktlinjer behöver utvecklas (se t.ex. SOU 1998:31; prop. 1999/2000:149; SOU 2005:81; SOU 2006:100; SOU 2015:71). Till skillnad från inom vuxenpsykiatrin, där krav på samordnad vårdplanering lagstodades genom psykiatrireformen redan i mitten av 1990-talet (prop. 1993/94:218), har ansvarsfördelningen mellan den sociala barnvården och BUP länge varit otydlig. Att krav på samordnade individuella planer (SIP) för personer som omfattas av insatser från både socialtjänst och psykiatri – även barn och unga – tillkom i socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) under 2010 har inte förändrat situationen nämnvärt (SFS 1992:763; SFS 2001:453). Trots att fenomenet har utretts och diskuterats i snart trettio år förefaller problematiken kvarstå.

Detta väcker frågor om varför omhändertagna barn och unga med psykisk ohälsa sällan får tillgång till den vård de behöver. Syftet med den här artikeln är att med hjälp av ett långt historiskt perspektiv undersöka hur problemkategorin psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård växer fram och etableras genom kategoriserings-

praktiker i statliga utredningar, propositioner och barnavårdslagstiftning. Eftersom den svenska sociala barnavården har präglats av en påfallande kontinuitet vad gäller lagstiftning och institutioners livslängd (Andresen, 2011) väljer vi att börja i den första svenska barnavårdslagsreformen 1902, där förutsättningarna för samhällsinsriktningen mot barn för första gången specifikt angavs i svensk rätt (Hollander, 1985). Skapandet av sociala kategorier handlar om att särskilja det avvikande från det normala. Genom att undersöka problemkategorin psykisk ohälsa bland barn i samhällsvård kan de särlösningar som växer fram för gruppen avtäckas. Vilka konsekvenser det får, bland annat för vilka välfärdsstatliga lösningar som ställs till buds – eller inte – är ett centralt fokus i artikeln. Eftersom de kategoriseringar som sätts i olika historiska perioder avspeglar rådande kulturella tankeformationer relateras vår analys också till vilka mer övergripande hälsodiskurser, barndomsdiskurser och välfärdsideologiska idéer som är rådande och i görande under olika tidsepoker. Härigenom undersöker vi hur ”nuets historia” (Foucault, 2008; Beronius, 1991) påverkar samtida lösningar, samtidigt som vi synliggör hur ett problem som i dag ses som alarmerande varken är unikt för vår tid eller att våra nutida förståelseramar är de enda givna.

Kunskapsläget om psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård

Historiskt sett har forskning om barns hälsa varit en central politisk angelägenhet i utvecklingen av den svenska välfärdsstaten (Hörnfelt, 2008). Det nutida intresset för att kartlägga psykisk ohälsa bland landets unga kan i det perspektivet ses som en historisk kontinuitet, med den skillnaden att intresset för psykisk – snarare än fysisk – ohälsa har kommit att öka påtagligt under senare decennier (Zetterqvist Nelson, 2012b; Petersen, Bergström & Cederblad, 2010). Forskningsfältet om barns psykiska hälsa domineras i dag av kvantitativt inriktade folkhälsovetenskapliga studier. Psykisk ohälsa framstår här främst som ett problem som är mest utbrett bland äldre tonårsflickor, och då genom lättare former av ohälsa som oro, ångest och depression (Hagquist, 2010; Friberg et al., 2012; Beckman & Hagquist, 2010; Collishaw et al., 2010). Inom forskning om barn i samhällsvård påvisar flera nordiska registerstudier mycket höga risker för allvarlig psykiatrisk sjuklighet bland barn och unga i dygnsvård (Sallnäs & Vinnerljung, 2009; Egelund & Lausten, 2009; Ståhlberg, Anckarsäter & Nilsson, 2010; Lehmann et al., 2013; Hjern & Vinnerljung, 2014). Socialstyrelsen (2014) konstaterar vidare att förskrivning av psykofarmaka är mycket utbredd till gruppen.

Medan de folkhälsovetenskapliga studierna är jämförelsevis många, finns det relativt lite kunskap om hur diskursiva kategoriseringspraktiker präglar synen på utsatta barn och unga med psykisk ohälsa i Sverige (Andersson Vogel, 2016; jfr Strong &

Sesma-Vazquez, 2015). Ett undantag är Mats Börjessons och Eva Palmblads (2003c) studie om beskrivningar av problembarn, där särskiljandet av barn som inte passar in i skolan undersöks i relation till 1900-talets skiftande medicinska kategoriseringspraktiker. Historiskt-sociologiskt inriktad svensk barnvårdsforskning har också visat hur barnvårdsreformerna vävts samman med rådande barndoms- och välfärdssyner, dock sällan med specifik fokus på psykisk ohälsa (se t.ex. Lundström & Sallnäs, 2003; Swärd, 1993; Svensson, 1998; Mattsson, 2002; Sandin & Halldén, 2003; Andresen, 2011; Sköld, Söderlind & Bergman, 2014; Arvidsson, 2016).

Enligt tidigare forskning kan 1900-talet sägas ha präglats av en ambition att göra välfärdsstaten till garant för en god barndom. Forskningen går dock isär om huruvida den sociala barnvården varit en del av den generella svenska välfärdspolitiken eller inte. Lundström och Sallnäs (2003) hävdar att problem bakom barnvårdsingripanden, både historiskt och i dag, främst betraktas som individuella och moraliska och därför fortlöpande hamnat utanför en bredare socialpolitisk diskurs. Qvarsell (1985; 1995) menar tvärtom att redan det tidiga 1900-talets barnvårdsreform genomfördes av socialpolitiska ideal som omfattade alla barn. Tilltron till att rationell medicinsk sakkunskap kunde lösa sociala problem bidrog under perioden till en dominans av socialmedicinska hälsodiskurser; en dominans som sträckte sig in på den sociala barnvårdens område genom breda satsningar på mentalhygieniska insatser som antogs kunna förebygga psykisk sjukdom (Qvarsell, 1985; Meeuwisse, 1997). I visionen om ett nytt demokratiskt samhälle formades en syn på barndomen som särskild och skyddsvärd i relation till vuxenlivet, där barn betraktades som "samhällets barn" och som representanter för ett framtida gott samhälle (Sandin, 2003; Zetterkvist Nelson, 2003). Med välfärdsstatens framväxt kom också nya expertprofessioner och myndigheter att inta rollen som förvaltare av den goda barndomen (Sandin, 2003; Börjesson & Palmblad, 2003c; Zetterkvist Nelson, 2012a).

Enligt Zetterkvist Nelson (2012a) var efterkrigstidens inrättande av BUP en del i utvecklandet av generella samhälleliga välfärdsinsatser för barn och unga, som skrevs fram i kontrast till en stigmatiserande fattigvård och social barnvård. Sjukvården som ett socialpolitiskt kärnområde blev en del av det större hälso- och välfärdsprojektet för svenska barn och familjer. Mot slutet av 1950-talet kom psykoanalytiskt och psykodynamiskt präglade teoribildningar att bli alltmer dominerande inom barnpsykiatri, vilket också påverkade generella välfärdsstatliga hälsoförståelser av barn (ibid.). Under 1990-talet skedde nya diskursförändringar när ett biomedicinskt och neuropsykiatriskt paradigm började artikuleras och där diagnostisering av unga blivit centralt för prioritet till barnpsykiatriska vårdinsatser (Börjesson & Palmblad, 2003a; Zetterkvist Nelson, 2003; Johannisson, 2006).

Frånsett skiftande hälsodiskurser, utgör introducerandet av ett barnrättighetsperspektiv i den svenska offentligheten under senare decennier också en central diskur-

siv förändring i den problematik vi undersöker. Barnkonventionens barnperspektiv, med fokus på att förstärka barns formella och generella rättigheter, har bidragit till en ny barndomssyn, där barnet alltmer har kommit att betraktas som en kompetent aktör med egen individuell agens (se t.ex. Schiratzki, 2010; Mattsson, 2010; jfr James & Prout, 1990/2015). Förändringen riskerar samtidigt att bidra till att utsätta barns specifika behov hamnar i skuggan (jfr Sandin & Halldén, 2003; Holland, 2010), vilket kan förmodas påverka hur utsatta barns rättigheter i relation till psykisk ohälsa framträder och förändras över tid.

Metod och material

Studien bygger på en omfattande empirisk genomgång och närläsning av offentligt tryckt material i form av statliga betänkanden, propositioner och barnavårdslagar. Empiriinsamlingen utgick ursprungligen från förarbetena till de fyra svenska barnavårdslagreformerna 1902, 1924, 1960 och 1980 och aktuella ändringar därefter. Med förarbetena avses de propositioner och betänkanden som anges som förarbeten i respektive barnavårdslags rättskällor. Materialet har sedan utvidgats till att inkludera ett omfattande strategiskt urval av 26 betänkanden och fem övriga statliga rapporter och utredningar som har skrivits kring barn i samhällsvård, socialt utsatta barn och/eller psykisk ohälsa bland barn och unga under perioden 1897–2016. Utgångspunkten är att dessa texter avspeglar större samhällsövergripande diskurser kring utsatta barn och psykisk ohälsa, samtidigt som de har en styrande effekt på hur vårdinsatser för gruppen utformas (Dahler-Larsen, 2005; Zetterkvist Nelson, 2012a). En del material av möjlig relevans, till exempel om psykisk ohälsa bland vuxna, har av utrymmesskäl prioriterats bort. Fördelningen över tid är ojämn, eftersom mängden material ökar under efterkrigstiden och i synnerhet från 1990-talet och framåt.

Teoretiskt och metodologiskt bygger analysen på att språkanvändning och meningsskapande är avgörande för hur världen förstås och att historiska genealogier utgör en del av vår samtidskontext (Foucault, 2008; Beronius, 1991). Utifrån en diskursanalytisk förståelse, där en diskurs förstås som ett specifikt sätt att tala om vår sociala värld, kan de *kategoriseringar* som görs kring vår undersökta grupp ses som en produktion av positioner; positioner som sätts och ges mening i relation till hur större tankeformationer kring den sociala verkligheten organiseras. Kategoriseringspraktikerna slår därför an till samhälleligt rådande sanningsanspråk som kan variera över tid och mellan olika sociala eller kulturella kontexter (Börjesson & Palmblad, 2008).

I analysen tillämpas vissa analysverktyg från Laclaus och Mouffes (2001) diskursteorier. Med *hegemoni* avser vi kulturellt dominerande föreställningar, som vid en viss tidpunkt tas för givna och sätter rådande sanningsanspråk. När en diskurs är kultu-

rellt dominerande – *hegemonisk* – uppfattas den som objektiv och sann, och får då avgörande betydelse för vad som anses rimligt eller möjligt, exempelvis gällande hanterandet av barn med psykisk ohälsa. Det diskursanalytiska begreppet *artikulation* påvisar att nya ord anknyts till eller utesluts ur en diskurs – och att rådande sanningsanspråk är på väg att omförhandlas. När skilda sanningsanspråk framträder samtidigt – och står i strid med varandra – talar vi om en *diskursiv kamp*. Det signalerar att det råder oenighet om hur ett problem ska förstås.

Huvudfokus i analysen ligger på betänkandena, då vi i likhet med Karin Zetterkvist Nelson (2012a) menar att statliga utredningar kan ses som policydokument som på ett normativt plan stakar ut och ramar in den aktuella verksamheten. Den statliga rösten formas samtidigt i interaktion och kamp med andra – experter, politiker, professionella och institutionella aktörer – vilket präglar framväxten av olika välfärds- och hälsotjänster (ibid., s. 42; Börjesson & Palmblad, 2003a). Studien berör däremot inte aktörer i form av specifika utredare eller regeringar. Vårt att påpeka är också att vi i artikeln använder begreppet *psykisk ohälsa* som en samlingsterm för psykiska problem, i likhet med hur begreppet vanligtvis används i samtiden, även då andra – och skiftande – begrepp används under olika tidsperioder i den undersökta empirin.

Analysen presenteras kronologiskt utifrån rådande hälsodiskurser i tre historiska epoker: 1902–1949 (det socialmedicinska paradigmet), 1950–1989 (det psykodynamiska paradigmet) och 1990–2016 (det biomedicinska paradigmet). Periodindelningen ska dock inte ses som absolut, då diskurser utmanas och omförhandlas successivt och därför både kan överlappa varandra och emellanåt verka parallellt. Inom respektive period undersöks hur rådande hälso- och barndomsdiskurser påverkar den övergripande välfärdsstatliga förståelsen av psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård, vilka kategorier och sanningsanspråk som formas samt vilka konsekvenser det får för vår undersökta problemkategori.

Analys: 1902–1949 Vanart, psykopati och socialmedicin

Förståelsen av fenomenet

Med 1902 års barnavårdslagar skapas för första gången tydliga rättsliga förutsättningar för samhället att omhänderta barn och unga. Härigenom etableras också ett barnavårdsfält organisatoriskt, politiskt och diskursivt (Ohrlander, 1992; Sköld, Söderlind & Bergman, 2014). Bakgrunden till barnavårdsreformen är tidens alarmistiska debatt om ungdomens tilltagande "förvildning", vanart och brottslighet, vars hantering blir den sociala barnavårdens ansvar (Swärd, 1993; Sandin, 2003). Att samhällets barnavård lyfts som en fråga skild från den allmänna socialvården vittnar om att barndomen börjar betraktas som särskild från vuxenlivet och barnet ses

som värdefullt och i behov av skydd; en syn på barnet som "samhällets barn" kan skönjas i barnvårdsreformen (jfr Zelitzer, 1985; Sandin, 2003). År 1924 antas en ny barnvårdsdag, vars förarbeten än tydligare präglas av en reformistisk, optimistisk ton, där barn generellt framställs som uppfostrings- och formbara. Barn lyfts fram som en grupp med särskilda behov och intressen som samhället måste tillgodose vad gäller till exempel rättssäkerhet, skolgång och fattigvård. Barnvårdens centralisering och ett ökat myndighetsingripande skrivs fram som "ett arbete för nationens höjande fysiskt, sedligt och intellektuellt" (prop. 1924:150, s. 39).

När staten görs till garant för den goda barndomen med uppgift att skydda och värna om utsatta barn, intar kategorin vanart en central plats i de problembeskrivningar som görs. Men det är först under 1920-talet som psykisk ohälsa börjar konstrueras som ett problem, då termer som "psykiskt abnorm" och "psykopat" börjar användas för att beskriva en särskild – och extra svårartad – form av vanart (se t.ex. prop. 1924:150; SOU 1935:67). Från 1930-talet ersätter psykopatbegreppet alltmer vanartsbegreppet; det är en förändrad kategoriseringspraktik som avspeglar tidens strävan efter att förstå och åtgärda sociala problem utifrån medicinska förklaringsmodeller, snarare än utifrån tidigare rådande mer moralistiska och filantropreligiösa perspektiv (jfr Qvarsell, 1985; Börjesson & Palmblad, 2003b). Det är alltså både en ny syn på barnet som samhällets barn och en tilltro till att vetenskapligt medicinska framsteg ska bota sociala problem (jfr Qvarsell, 1985) som står på spel i det nationella barnvårdsarbete som är undergörande under 1900-talets första kvartssekel.

Att den medicinska vetenskapen intar en alltmer central roll i bekämpandet av social problematik under mellankrigstiden gör det rimligt att under 1940-talet initiera en ny vårdorganisation med fokus på barnpsykiatrisk behandling (jfr Qvarsell, 1985). Precis som vid inrättandet av den sociala barnvården genom 1902 års barnvårdsreform är det behovet av att bekämpa ungdomsbrottsligheten – eller ungdoms-asocialiteten, som den också kallas – som används för att motivera barnpsykiatrins etablering. I Ungdomsvårdskommitténs betänkande från 1944, där inrättandet av en psykiatrisk barn- och ungdomsvård föreslås (PBU), sägs kriminalitet vara "orsakad av fysiska och psykiska särdrag hos de unga" (SOU 1944:30, s. 9) och "de svårfostrade barnens anpassningsbesvär" pekats ut som "en social nyckelfråga" (ibid., s. 14).

Trots att en psykiatrisk barn- och ungdomsvård initieras för att lösa problemet med ungdomskriminalitet, ramas psykopati och psykisk abnormitet under 1940-talet inte längre in som ett problem enbart bland ungdomsbrottslingar. Även problem bland yngre barn omtalas i psykopattermer. Detta syns exempelvis i diskussionen om landets fyra nationella observationshem för "nervösa och psykopatiska barn" i förskole- och skolåldern. Hemmen ligger under den sociala barnvårdens domän, men särskiljer sig från andra barnhem genom att få statsbidrag och stå under Medicinalstyrelsens tillsyn i stället för Socialstyrelsens. I Socialvårdskommitténs

betänkande från 1944 påpekas att frågan om dessa "psykopathem" inte bör lösas inom ramen för en reformerad barnavårdslagstiftning, utan att den hör hemma inom "psykopatvården i allmänhet för barn" (SOU 1944:34, s. 206f.). Psykisk ohälsa positioneras här potentiellt utanför den sociala barnavårdens ansvarsområde. Det skiljer sig från hur problemet förstods några decennier tidigare, då vanart – som utgjorde den sociala barnavårdens ansvar – mer eller mindre sågs som en konnotation till psykiskt defekt. En diskursiv glidning kring vemns ansvar unga med kombinerade sociala och psykiska problem är synliggörs – och kan förstås som en konsekvens av att inrätta en ny institutionell välfärdssfär: den psykiska barna- och ungdomsvården.

Kategoriseringar och sanningsanspråk

När det under 1900-talet först börjar talas om psykisk ohälsa bland socialt utsatta barn används kategoriseringar som "sjuklighet till kropp och själ", "andlig hälsa", "andlig bristfällighet", "själsligt abnorm", "psykiskt abnorm", "psykiskt defekt", "psykiskt mindervärdig" och "psykopat" (SFS 1902:67; SOU 1922:46; SOU 1935:67; SOU 1937:46). Både religiöst och medicinskt förankrade termer blandas i talet om psykisk ohälsa, samtidigt som den medicinska terminologin vinner mark över tid. Barn och unga med psykiska problem patologiseras i uttryck som ett "sår i samhällskroppen" (SOU 1922:46, s. 190), "skadliga utväxter" (ibid., s. 129), "bottensats" (ibid., s. 227), "vanartsymptom" (ibid., s. 190), "kroniskt kriminella" (ibid., s. 28, 193, 213, 223), "smittsamma" (ibid., s. 29) och "smittofarliga" (SOU 1935:67, s. 41). Under 1920- och 30-talen sammankopplas vanart och kriminalitet ofta med psykisk ohälsa. Ungdomsbrottslingar – särskilt ur underklassen och så kallade "tattarsläkter" – ses generellt som bärare av vanart (SOU 1922:46, s. 221f.). De första decennierna av 1900-talet präglas överlag av en starkt stigmatiserande diskurs om psykisk ohälsa, som vittnar om en syn på det farliga, "onda" psykopatbarnet som särskilt från det generella värnlösa och utsatta barnet.

Medan perioden präglas av en överlag reformistisk syn på barn, där förebyggande statliga insatser ska hindra att psykiska defekter utvecklas tidigt, klassificeras svår vanart som icke-behandlingsbar. Ansvaret att hantera problemet förebyggande innan de vanartade utvecklas till vuxna "samhällsfarliga personer" läggs på staten (prop. 1902:30, s. 19). I detta uppvisas en tydlig särkategorisering av vanartade barn. Betänkandet om tvångsuppfostran av unga förbrytare från 1922 präglas av skarpa dikotomier mellan dels "välartade" (oskyldiga) och "vanartade" (farliga) omhändertagna barn, dels "vanliga" vanartade och "psykiskt abnorma/psykopatiska" vanartade barn (SOU 1922:46).

Behovet av att avskilja "alla dessa särgrupper av vanartade", särskilt de "psykiskt abnorma", återkommer i propositionen till 1924 års barnavårdslag (prop. 1924:150, s. 146). Därefter inrättas speciella statliga institutioner för "skyddsfostran" (se t.ex.

SOU 1935:67, s. 41). Mot periodens slut framställs behovet av dylika särhanteringar som hegemoniskt, där ”de oförfärdiga och mindre förbättringsbara (djupt depraverade, psykopater, antisociala imbecilla och liknande) hålles helt avskilda” (ibid., s. 27) och ”psykiskt smittofarliga” (ibid., s. 41) vårdas på slutna avdelningar.

I 1937 års betänkande om särskilda skyddshem för själsligt abnorma manliga skyddshemselever sker en artikulation av kategorin psykopat (SOU 1937:46). Psykopati används nu för att argumentera för att alla former av minderåriga med själslig eller psykisk abnormitet ska tas in på särskilda psykopatanstalter, vare sig de har gjort sig skyldiga till brott eller inte (ibid., s. 15). Trots att psykisk problematik ses som förbunden med vanart och kriminalitet konstrueras nu psykopati, snarare än asocialitet, som den gemensamma nämnaren för alla dessa ”smittofarliga” minderåriga. Samtidigt är det en väldigt avgränsad andel barn i landet som avses, uppskattningsvis runt 150–200 individer (ibid., s. 20). Genom psykopatbegreppets artikulation framställs den här lilla gruppen samtidigt som potentiellt behandlingsbar, men i behov av speciell, dyr ”abnormpedagogik” på ”vårdtekniskt” särskilda psykopatanstalter (SOU 1937:46, s. 19f.). Den hegemoniska förståelsen av svår vanart som obotlig, utmanas av tron på att även barn i samhällsvård med psykiska avvikelser ska kunna avhjälpas genom nya socialmedicinska vårdtekniker. När PBU etableras under 1940-talet ramas problemet också in som behandlingsbart utifrån en socialmedicinsk terminologi, men då ligger fokus på tidiga och förebyggande mentalhygieniska åtgärder, som ”profylax mot asocialitet” (SOU 1944:30, s. 15). Samtidigt kategoriseras fenomenet fortfarande på 1940-talet i starkt stigmatiserande ordalag, där begrepp som ”psykisk felutveckling”, ”själsliga avvikelser” och ”psykisk underutvecklad” används frekvent (ibid., s. 17).

Det centrala sanningsanspråk som periodens kategoriseringspraktiker formar är att barn i samhällsvård med psykisk ohälsa utgör en smittofarlig och icke-behandlingsbar grupp och att det är den sociala barnavårdens ansvar att särskilja och eliminera den; ett sanningsanspråk som utmanas i takt med en ökad tilltro till medicinska och vetenskapliga lösningar.

Konsekvenser

Skyddet av värnlösa barn görs genom det tidiga 1900-talets barnavårdsreformer till ett offentligt ansvar. En paradox i den barndomsdiskurs som är under görande avtäcks dock. Övertygelsen om att psykisk undermålighet både kan ärvas och smitta gör barnavårdsarbetet till en kamp mot nationell degeneration och kartläggningen av svårt vanartade barn till en central framtidsfråga för att kunna avskilja och behandla – eller på sikt genom sterilisering eliminera – dessa barn (SOU 1922:46, s. 228). Samtidigt som utsatta barn måste räddas åt samhället, måste samhället skyddas från det grovt vanartade och farliga psykopatbarnet. Genom de särkategoriseringar som görs kring

vår problemkategori, där psykopati och svår vanart initialt förstås som smittsam och obotlig, exkluderas ”psykiskt abnormala” barn ur diskursen om barnet som samhällets barn.

Vikten av medicinsk och barnpsykiatrisk kompetens för att kunna bedöma och särskilja vanartade barn betonas i de båda barnavårdslagreformerna 1902 och 1924 (SFS 1902:67; SOU 1922:46; prop. 1924:150; SFS 1924:361) och i 1930-talets diskussion om psykopatanstalter (SOU 1935:67; SOU 1937:46). Samtidigt vacklar tidens utredare mellan arv och miljö som vanartens orsaker. Gränserna mellan moraliska, psykiska och sociala problem är överlag oskarpa. Till exempel sägs utomäktenskapliga barn vara mer ”psykiskt mindervärdiga” än andra och alkoholism, ledighet och kriminalitet vara delvis ärftliga ”böjelser” inom vissa släkter (se t.ex. SOU 1922:46, s. 200, 211–213). Under tidsperioden ramas psykisk ohälsa allt tydligare in som ett medicinskt problem, där läkaren/psykiatrikern tillskrivs en nyckelroll i att diagnostisera problemet (jfr Qvarsell, 1995). I takt med en tilltagande artikulering av den socialmedicinska hälsodiskursen, skapas förväntningar på att dylika tillstånd kan botas genom vetenskapliga framsteg.

1950–1989 Psykodynamisk hegemoni och kamp mellan socialvård och BUP

Förståelsen av fenomenet

Hanteringen av barn och unga med psykisk ohälsa går under efterkrigstiden in i en ny fas, när socialvården utvidgas och den psykiska barna- och ungdomsvården etableras i den expanderande svenska välfärdsstaten. I periodens material synliggörs nu en diskursiv kamp om vad som är den sociala barnavårdens respektive barnpsykiatrins ansvar för barn och unga med kombinerade psykiska och sociala besvär. Kampen kan härledas till att ett nytt institutionellt fält skapas genom att PBU/BUP inrättas, som både positioneras som mer generellt – det riktar sig mot barn i allmänhet – och mer barnpsykiatriskt specialiserat än den sociala barnavårdens stigmatiserande ”fattigvård”.

Ännu på 1950-talet motiveras utbyggnaden av barn- och ungdomspsykiatri i mentalhygieniska ordalag som en verksamhet vars uppdrag är att ”söka bidra till att skapa ett bättre samhälle” och ”stå alla samhällets barna- och ungdomsvårdande organ till tjänst” (SOU 1957:40, s. 29). Detta faller tillbaka på 1940-talets socialmedicinska diskurs med en tilltro till att hela samhället, även de asociala, kan förbättras genom förebyggande insatser (jfr Qvarsell, 1985). Parallellt vinner psykoanalytiska och psykodynamiska tankegångar gehör inom barnpsykiatri, där fokus på tidiga anknytningsmönster mellan barn och föräldrar börjar prägla synen på ungas psykiska

problematik. PBU skrivs nu fram som en medicinsk-psykologisk, snarare än socialmedicinsk, angelägenhet (SOU 1957:40).

Under 1970- och 80-talen används den dominerande psykodynamiska terminologin också frekvent i socialvårdsbetänkanden. "Sammansatt psykosocial problematik" (SOU 1974:39; SOU 1977:40) och "psykosociala riskbarn" (SOU 1986:21) utgör återkommande problemkategoriseringar. Mer barnpsykiatrisk kunskap inom socialvården ses som ett sätt att förebygga sociala problem, samtidigt som ett tidigt förebyggande socialvårdsarbete uppges vara medlet för att åtgärda och förhindra psykisk ohälsa bland ungdomen (SOU 1985:14; SOU 1986:21). Barnfamiljen kategoriseras som en "social nyckelgrupp" (SOU 1974:39, s. 179). Den psykodynamiska förståelsen framstår under periodens senare decennier som hegemonisk, både inom socialvården och barnpsykiatrin; de små barnen och deras föräldrar fokuseras som primära behandlingsobjekt. Parallellt fördjupas den diskursiva kampen om vems ansvar de asociala ungdomarna är. Under början av 1970-talet ser vi hur en ny och central lösning, talet om samverkan, träder in i den offentliga debatten om hur barn i samhällsvård med psykiska problem bör hanteras.

Kategoriseringar och sanningsanspråk

Att nya termer i förståelsen av barns och ungas psykiska ohälsa artikuleras under 1950-talet märks tydligt i Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande *Psykisk barn- och ungdomsvård* från 1957, där neurosläran, objektrelationsteorin och psykoanalysen görs centrala. De första åren i barnets liv – i synnerhet "moderskontakten" – lyfts fram som avgörande för en "harmonisk utveckling" och att kunna undvika "framtida missanpassning" (SOU 1957:40, s. 21f.). PBU:s intresse för yngre barn, snarare än ungdomskriminella, tydliggörs.

En dragkamp mellan PBU och socialvården om de yngre "psykopatbarnen" initieras. I Barnvårdskommitténs betänkande om en ny barnvårdsdrag (SOU 1956:61; SFS 1960:97) föreslås gruppen förbli barnvårdsnämndernas ansvar. Mentalsjukvårdsdelegationen gör däremot bedömningen att den ordningen ger "helt otillräckliga resurser för en adekvat differentiering" (SOU 1957:40, s. 143). Att det är angeläget med en differentiering av vården används i betänkandet för att legitimera specialistformerandet av PBU:s gränser utåt (se även *ibid.*, s. 146). Mycket fokus läggs på att differentiera och kategorisera så kallade anpassningssvårigheter och beteenderubbningar bland yngre barn, där "den goda prognosen" vid psykoanalytisk behandling lyfts fram (*ibid.*, s. 24f.). I Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande *Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar* motiveras en landsomfattande utbyggnad av verksamheten med behovet av insatser för "de psykiskt sjuka barn och ungdomar, som icke uppvisar direkta asocialitetssymptom men är i lika stort behov av omhändertagande [...] som de asociala" och som till skillnad från de senare

”ej bereds vård på annat håll” (SOU 1958:20, s. 8f.). ”De asociala” ställs mot ”psykiskt sjuka barn och unga” och definieras därigenom ut som målgrupp för PBU.

En paradox i talet om att skapa tidiga förebyggande lösningar på så kallad ungdomsocialitet inom barnpsykiatri är alltså att ungdomskriminella efter hand skrivs ut som målgrupp för den psykiska hälsovården. Detta syns också i Ungdomsvårdskommitténs slutbetänkande från 1951, där frågan om vård av asociala ungdomar speciellt utreds. Redan asociala ungdomar över 15 år kan enligt betänkandet inte ”tas om hand av den förebyggande vården”, det vill säga barnpsykiatri (SOU 1951:41, s. 118). I Barnvårdskommitténs betänkande (SOU 1955:37) några år senare diskuteras i stället möjligheten att inrätta särskilda utredningshem för ungdomskriminella. Frågan om hemmen ska drivas i statlig regi genom ungdomsvårdsskolor eller i landstingsregi i anslutning till sjukhus eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik lämnas öppen. Huruvida asociala unga ska hanteras inom den sociala barnvården eller PBU är alltså varken självklart eller avgjort vid denna tid. I Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande från 1958 föreslås att behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar inrättas i landet (SOU 1958:20). Förslaget realiserar aldrig, varför möjligheten att skapa slutenvårdslösningar för ungdomar med svår psykiatrisk problematik också avskrivs vid denna tidpunkt.

Att det råder oklarheter om vilken huvudman som bär ansvar för unga inom den sociala barnvården med psykiska hälsoproblem återspeglas även återkommande i betänkanden från periodens senare decennier. I 1985 års slutbetänkande om barn- och ungdomspsykiatri beskyls BUP – särskilt från socialvårdens sida – för att inte ta ansvar för så kallade ”multiproblemfamiljer”, vilka definieras som ”familjer där social isolering, våld och kriminalitet, missbruk av alkohol och narkotika, fysisk och psykisk ohälsa förekommer i stor utsträckning och ofta återkommer i generation efter generation” (SOU 1985:14, s. 34). Här framträder, precis som under föregående period, en bild där asocialitet och psykisk ohälsa ”ärvs” och går igen i vissa familjer. Utredarna konkluderar dock att de här svårare fallen är socialtjänstens ansvar. Samtidigt erkänns behovet av BUP:s medverkan, särskilt för ”MBD-barnen” (ibid., s. 37). Även i betänkandet *Barns behov och föräldrars rätt*, som utreder socialtjänstens arbete med utsatta familjer, betonas socialtjänstens behov av barnpsykiatrisk expertis vid LVU-omhändertaganden. BUP ska ha ”ansvar för identifiering/diagnosticering och behandling av de psykiskt svårast störda barnen, ungdomarna och deras familjer” (SOU 1986:21, s. 263). Vad gäller behandling lyfts psykoterapin fortfarande fram som lämpligast.

I 1980-talets socialvårdsbetänkanden beskrivs vår problemkategori i termer av särskilt svårhanterliga ”problemungdomar” med ”tidigt uppkomna personlighetsstörningar”, ”destruktiva livsmönster” och ”dålig förmåga att tillgodogöra sig en ordinär samhällsgemenskap”. Gruppen tillskrivs både utåtagerande asociala beteenden som

normbrott och missbruk och inåtvända ”psykiska symtom, exempelvis apati, psykosser, tvångsneuroser, självmordshandlingar eller svår psykosomatik” (SOU 1986:21, s. 210). Gränserna mellan sociala, psykiska och moraliska problem är precis som tidigare flytande. Då ingen barnvårdsinstans uppger sig klara av ungdomar med kombinerad social och psykisk problematik, och då deras behandlingsprognos uppges vara dålig, framskyntar en psykodynamisk barndomsdeterminism i relation till vår problemkategori. Gruppen positioneras som redan förlorad. Fokus och insatser satsas i stället på barnfamiljen, som lyfts fram som en social nyckelgrupp.

Precis som under föregående period råder det hegemoni om att vägen till psykisk hälsa bland landets unga går via breda förebyggande insatser och att alla sociala och hälsoinriktade verksamheter tillsammans ska arbeta mot detta mål (SOU 1956:61; SOU 1957:40; SOU 1959:37; prop. 1960:10). Under 1970-talet artikuleras dock en ny lösning för de ”psykosociala riskbarnen”: samverkan mellan socialvården och BUP (se t.ex. SOU 1977:40; SOU 1979/80:44). I propositionen om den nya socialtjänstlagen (SoL) som med LVU ersatte 1960 års barnvårdsdag understryks behovet av att utreda ”hur en samordning ska ske av det stöd som ges inom familjerådgivning, PBU/BUP och annan verksamhet, bl.a. socialtjänsten” (prop. 1979/80:1, s. 72). Samverkan intar succesivt en hegemonisk position i periodens social- och mentalvårdsutredningar när det talas om lösningar på kombinerad social och psykisk problematik bland unga. Det innebär att inget tydligt ansvarskrav längre framträder kring unga med kombinerade sociala och psykiska problem. Det sanningsanspråk som formas kring vår problemkategori utgår i stället implicit från att den utgör en ”redan förlorad” grupp.

Konsekvenser

För barn i samhällsvård med psykisk ohälsa får den diskursiva kamp som förs under perioden konsekvenser. Medan yngre barn med psykiska problem huvudsakligen blir föremål för en dragkamp mellan barnpsykiatri och den sociala barnvården – båda vill ”ha” dem – sker ett ”bollande” av asociala ungdomar, vars hemmahörande lämnas olöst. Samtidigt gör talet om samverkan entré, som en universallösning på problemet. Men då det råder oklarheter kring vilken huvudman som bär ansvar för unga i samhällsvård med psykiska hälsoproblem, och inget samförstånd nås, förefaller 1970- och 80-talens tal om samverkan mest som ett förstärkt eko av det ”bollande” av asociala ungdomar som synliggörs redan vid periodens inledning. Svarte Petters inträde i samhällsvården skymtar redan nu.

Jämfört med föregående period är de särkategoriseringar som görs kring gruppen inte lika explicita. Då pekades ”vanarten” och ”ungdomsasocialiteten” ut som en social nyckelfråga, det vill säga som hotet mot en sund samhällsgemenskap. Nu lyfts barnfamiljen fram som en social nyckelgrupp och som det viktiga för att kunna skapa

ett gott samhälle. Barndomsdiskursen är densamma; barn och ungdomar förstås som viktiga för framtiden och positioneras som ett offentligt ansvar. I stället för att unga i samhällsvård med psykiska problem kategoriseras som smittsamma och farliga, bidrar den psykodynamiska hälsodiskursens hegemoni till att gruppen marginaliseras i vårdsammanhang. Problemkategoriens positionering kan förstås som en implikation av det sanningsanspråk som periodens psykodynamiska barndomsdeterminism sätter.

1990–2016 Folkhälsoproblem, biomedicinsk diskurs och barnrättsdiskurs

Förståelsen av fenomenet

Under den sista undersökningsperioden, från 1990 och framåt, sker stora förändringar i de samhällsdiskurser som omger – och formar förståelser av – vår problemkategori. Psykisk ohälsa bland unga lyfts efter millennieskiftet fram som ett omfattande folkhälsoproblem. Stora offentliga satsningar görs för att åtgärda problemet. Parallellt omförhandlas rådande hälsodiskurser kring psykisk ohälsa och den tidigare dominerande psykodynamiska diskursen får konkurrens av biomedicinskt och neuropsykiatriskt inriktade förståelsemodeller (jfr Zetterqvist Nelson, 2003; Johannisson, 2006). Den biomedicinska diskursen och den barnrättsliga diskursen är dock snarare parallella än antagonistiska. Det är svårt att se att det pågår någon diskursiv kamp dem emellan i relation till vår problemkategori under perioden.

Redan i slutet av den förra perioden får det dominerande familjetänkandet, som lägger fokus på tidiga insatser bland mindre barn, också konkurrens av ett begynnande barnrättsperspektiv som lyfter barnet som en egen individ. Nu framställs barnets behov av skydd och omvårdnad som lagstiftningens primära mål (se t.ex. SOU 1986:21, s. 19). Idén om barnets rättigheter märks även i hänvisningar till barnets bästa, föräldrabalken, FN-deklarationen om barnets rättigheter och "FN:s internationella barnkriterier" (ibid., s. 66). Det innebär att en ny syn på barn och barndom är under görande, där barnet i högre utsträckning förstås som en egen individ med egna rättigheter; barnet förväntas vara aktivt i skapandet av sin framtid och positioneras som en kompetent aktör (Sandin, 2003; Holland, 2010; Schiratzki, 2010). Vid periodens slut framstår barnrättsperspektivet som alltmer dominerande.

Under perioden uppmärksammas också att psykisk ohälsa bland barn i samhällsvård ökar. Redan i förarbetena till 1990 års revidering av LVU uttrycks oro för tilltagande svåra psykiska besvär inom gruppen (prop. 1989/90:28, s. 48). I betänkanden från 2000-talet och framåt beskrivs den psykiska ohälsan bland unga i samhällsvård som både utbredd och allvarlig (SOU 2005:81; SOU 2015:71). Vid millennieskif-

tet uppges 40 procent av institutionsplacerade unga ha psykiska svårigheter, en siffra som femton år senare har ökat till 67 procent (SOU 2000:77; SOU 2015:71).

I den nationella satsning mot psykisk ohälsa som görs 2012–2016, den så kallade PRIO-satsningen, lyfts barn och unga fram som en särskilt prioriterad grupp (Regeringskansliet, 2012). Huvudsakligen fokuseras här tillgänglighet till så kallade första linjen-insatser inom barn- och ungdomspsykiatri, där lättare former av psykisk ohälsa prioriteras (Regeringskansliet, 2012). Att politiska satsningar för att åtgärda ungas psykiska ohälsa i praktiken riktas mot förebyggande insatser kritiserar i 2015 års LVU-utredning. Utredarna konstaterar att många frågor kvarstår om hur insatser "vid svårare psykisk ohälsa ska bedrivas och fördelas för att barn och unga i samhällsvård ska tillförsäkras alla de former av stöd och vård som de behöver" (SOU 2015:71, s. 769).

Kategoriseringar och sanningsanspråk

Efter att psykiska problem bland unga har diskuterats mer frekvent i vårt material sedan sent 1980-tal framträder själva begreppet "psykisk ohälsa" som en tydlig problemkategori ett par år in på 2000-talet. Det används då som ett paraplybegrepp för att sammanfatta all form av psykisk problematik, från lättare former av oro och ångest till depressioner och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (se t.ex. SOU 2006:77; SOU 2009:68; SOU 2015:71). I utredningar som beskriver ungas psykiska ohälsa kopplas barnets individuella kompetenser och förmågor också samman med möjligheter till hälsa. Exempelvis syns detta i betänkandet *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa* (SOU 2006:77, s. 28) och i Socialstyrelsens (2009, s. 181) *Folkhälsorapport*, där psykisk ohälsa bland annat sägs orsakas av stress och görs till en fråga om det enskilda barnets kapacitet att hantera stressen. Att "aktivt gå in och lösa" problemen beskrivs exempelvis som "mest verksamt" (ibid., s. 107; SOU 2006:77, s. 192). Handlingsmöjligheten för att lösa problemet förläggs på den enskilde unge, vilket rimmar väl med samtidens syn på barnet som en kompetent aktör.

I betänkanden som berör den sociala barnvårdens unga, eller tvångsingripanden mot dem, talas det däremot om psykisk ohälsa i andra termer. Kategoriseringen av den psykiska ohälsan sker här genom förstärkningsord som "allvarlig", "svår" eller "diagnostiserad" (SOU 2009:68, s. 372, 458; SOU 2015:71, s. 179, 429). Begreppstillskrivningar som "oftare", "vanligare" och "högre" används också och sätts då i relation till "andra barn"; gruppen "upplever oftare än andra barn psykisk ohälsa" och "vidare är läkemedelsanvändningen högre än för andra barn" (SOU 2015:71, s. 755). Gruppens psykiska hälsoproblem diskuteras även i en annan kontext. I stället för att placerade barns individuella kompetenser och förmågor kopplas samman med möjligheterna till hälsa problematiseras frågor om myndighetssamverkan, kvaliteten på vårdens innehåll och behovet av stöd från samhällets sida (SOU 2015:71; SOU

2005:81, s. 106). Gruppen särskiljs – precis som under tidigare perioder – i relation till andra barn, men nu utifrån den agens som de *inte* tillskrivs. Gruppen inkluderas inte som en kompetent aktör inom den nya barnrättsdiskurs som är i görande.

Däremot synliggörs problematiken med unga som har kombinerade sociala och psykiska problem, vilket lyfts fram i flera statliga utredningar kring millennieskiftet. Problemet sägs i betänkandet *Omhändertagen* ha varit känt länge och bottna i såväl bristande samarbete mellan BUP och socialtjänst som i bristen på vårdinstitutioner med psykiatrisk kompetens (SOU 2000:77). Bristen på samordning diskuteras även av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81). BUP:s alltmer medicinska inriktning sägs ha inneburit att unga med neuropsykiatriska diagnoser prioriteras, samtidigt som satsningar på tidigt stöd har lett till att ungdomar med psykiska problem kombinerat med missbruk och kriminalitet i mindre utsträckning erbjuds vård. I Barnpsykiatrikommitténs betänkande *Det gäller livet* från 1998 hävdas att ”barn och ungdomar med tidig risk att utveckla svår psykisk störning samt ungdomar i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom skall ges särskild prioritet” vid psykiatrisk vård (SOU 1998:31, s. 27). Det innebär att socialtjänstens barn åter definieras ut från barnpsykiatrisk behandling genom talet om förebyggande insatser. I betänkandet *Omhändertagen* understryks däremot att BUP också har ett ansvar för utåtagerande unga och att de sjukaste ska prioriteras (SOU 2000:77, s. 174). Den diskursiva kampen fortsätter. Samtidigt råder fortsatt hegemoni om att lösningen på problemet heter bättre samarbete mellan de båda instanserna, vilket känns igen från 1970- och 80-talen.

Trots att barnrättsperspektivet intar en alltmer central roll i hanterandet av utsatta barn och unga synliggörs problematiken med psykisk ohälsa inte nämnvärt i barnrättssammanhang. Här fokuseras i stället hur barnets bästa ska införlivas i rådande barnavårdslagstiftningar och hur skyddet för utsatta barn kan stärkas (se t.ex. prop. 2002/03:53; SOU 2000:77; SOU 2001:72; SOU 2016:19). Det är först en bit in på 2000-talet som artikulationer görs för att lyfta barnrättsperspektivet i diskussionen om psykisk hälsa bland barn i samhällsvård. I *Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande* (SOU 2006:100) föreslås att institutionsplacerade unga, genom riksavtalet för utomlänsvård, ska ha rätt till psykiatrisk vård i det landsting de vistas under pågående placering. Förslaget realiseras, men i praktiken står många i gruppen fortfarande utan vård (SOU 2015:71, s. 758).

I *Barnskyddsutredningen* från 2009 poängteras att den nya lagregleringen kring samordningsansvar mellan psykiatri och socialtjänst för personer med psykiska funktionsnedsättningar (SFS 1992:763; SFS 2001:453) berör personer i alla åldrar, även barn (SOU 2009:68). Utredarna vill vidare lagstifta om socialnämndens ansvar att medverka till att barn i samhällsvård får tillgång till hälso- och sjukvård på motsvarande sätt som redan gäller för placerade barns utbildning (ibid., s. 480).

I *Utredningen om tvångsvård för barn och unga* (SOU 2015:71) görs vidare en distinktion mellan barns rätt till skydd och barns rätt till viss vårdkvalitet. Utredarna föreslår att en bestämmelse om grundläggande kvalitetskrav för vården, i likhet med vad som redan finns i hälso- och sjukvårdslagen, ska införas i LVU och skriver fram detta som "ett viktigt steg för att genomföra barnkonventionens barnrättsyn i den nya lagen" (ibid., s. 221). Vad som sker i senare års betänkanden är att placerade barns rätt till samordnade vårdinsatser uppmärksammas och att lagreglering eller skriftliga överenskommelser inrättas eller föreslås. Att det handlar om en artikulation, snarare än ett nytt sanningsanspråk, avspeglas samtidigt i propositionen *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige* (prop. 2009/10:232, s. 35, 38, 51) och i betänkandet *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19, s. 114), där psykisk ohälsa enbart omtalas sporadiskt – och när det nämns bara relateras till förebyggande och generellt riktade insatser till barn i allmänhet.

Till skillnad från under de föregående perioderna, då entydiga sanningsanspråk formades om gruppen – som icke-behandlingsbar eller redan förlorad – framträder nu mer motsägelsefulla "sanningar". Å ena sidan osynliggörs gruppen; den förekommer knappt i generella barnrätts- och hälsodiskussioner. Å andra sidan lyfts gruppen fram – och synliggörs – som diskriminerad i betänkanden som särskilt utreder situationen för barn i samhällsvård. I de här sammanhangen artikuleras också behov av tydligare ansvarskrav för hälsoinsatser till gruppen, genom krav på juridisk reglering av samordningsansvar.

Konsekvenser

Att ungas psykiska ohälsa i dag uppmärksammas i rådande hälsodiskurser och politiska prioriteringar – och att barnrättsperspektivet tydligt artikulerar skydd och vård av utsatta barn – förefaller paradoxalt nog få negativa implikationer för utformandet av insatser till barn och unga i samhällsvård. Dessa barns *rätt* till hälsa och psykiatriska insatser lyser fortfarande i stor utsträckning med sin frånvaro. Istället synliggörs hur gruppen och vårdinsatser för den särskiljs i hur den kategoriseras och positioneras i relation till andra barn. När psykisk ohälsa lyfts fram i betänkanden och propositioner med barnrättsfokus, vilket den sällan gör, är det de ungas generella ohälsa som nämns, inte de socialt utsatta barnens. I utredningar där ungas psykiska ohälsa fokuseras tillskrivs det generella barnet ett aktörskap i relation till möjligheten att hantera ohälsan; ett aktörskap som lyser med sin frånvaro i diskussioner om ohälsan bland barn i samhällsvård. De omtalas i stället genom förstärkande kategoriseringar som svår eller allvarlig psykisk ohälsa. I relation till den barnrättsdiskurs där barnet ses som en egen och kompetent aktör varken synliggörs eller inkluderas vår problemkategori i den samtida barnrättsdiskursen. Även om kategoriseringspraktikerna skiljer sig över tid är de särskiljanden som görs kring gruppen historiskt konstanta.

Konstant är också universallösningen samverkan som sedan den lanserades för över 40 år sedan ännu inte har lett till några större förändringar. Under det senaste decenniet framträder emellertid en ny lösning i talet om samverkan mellan socialtjänst och BUP: reglerad samverkan, tron att en tydligare lagreglerad styrning av samarbetet ska lösa gruppens marginaliserade position i vårdsystemet. Juridiska lösningar skrivs fram som en del av en ny samtida hegemonisk barndiskurs: barnrättsperspektivet. Det är alltså först under det sista decenniet som barnrättsdiskursen har börjat artikuleras i relation till vår problemkategori.

Slutsatser

Svarte Petters dilemma

I den här artikeln har vi utifrån ett långt historiskt perspektiv undersökt hur problemkategorin psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård växt fram och etablerats genom kategoriseringspraktiker i statliga utredningar och förarbeten till de fyra barnavårdsreformer som genomförts i Sverige sedan 1902. Centralt i analysen har varit vilka särlösningar som skrivs fram och vad detta får för konsekvenser för gruppens tillgång till olika välfärdslösningar i relation till sin tids rådande hälso- och barndomsdiskurser.

Under undersökningsperioden går problemet psykisk ohälsa från att betraktas som ett smalt "abnormproblem" till ett brett "folkhälsoproblem". Trots förändringen finns uppenbara kontinuiteter över tid, som den starka historiska sammanlänknningen mellan social utsatthet och psykisk ohälsa. Genom historien syns även en återkommande förhoppning om att breda förebyggande psykiska hälsoinsatser för unga ska hindra uppkomsten av sociala och psykiska problem; en konstant som oberoende av rådande hälso- och barndomsdiskurser får diskriminerande effekter för barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa, det vill säga de som redan har problem.

I det tidiga 1900-talets starkt stigmatiserande diskurs kring psykisk ohälsa kategoriseras de "psykiskt abnormala" hegemoniskt som en "smittofarlig", "oförbättringsbar" grupp som bör avskiljas snarare än erbjudas vård. Positionen som samhällsvårdens Svarte Petter återfinns redan här, i barnavårdsdagstiftningens begynnelse. Den hegemoniska förståelsen av gruppen som obotlig utmanas emellertid av tidens socialmedicinska diskurs med artikulationen att gruppen kan rehabiliteras med nya medicinska vårdtekniker på särskilda psykopatanstalter. Med det psykodynamiska synsättets genombrott och barnpsykiatriens etablering sker under efterkrigstiden ett fokusskifte. Både det förebyggande och terapeutiska arbetet inriktas mot yngre barn, eftersom den tidiga barndomen kategoriseras som grundläggande för människans personlighetsutveckling. Konsekvensen av den psykodynamiska hegemoni som under perio-

den växer fram inom både barnpsykiatri och socialvården blir att insatser till unga med kombinerade sociala och psykiska problem framställs som lägre prioriterade – och gruppen definieras åter ut från samhällsinsatser. Mellankrigstidens idé om särskilda vårdtekniker för dessa ungdomar framstår mest som en historisk parentes.

Efterkrigstiden utmärks alltså av en diskursiv kamp om ansvaret för gruppen. För att lösa Svarte Petters dilemma – att varken vara önskvärd inom BUP eller hanterbar inom den sociala barnvården – artikuleras idén om samverkan under tidigt 1970-tal. Sedan dess har samverkansidealet intagit en hegemonisk position och används parallellt med det likaledes hegemoniska talet om breda förebyggande insatser som en allomfattande lösning. Ändå framkommer det i materialet att problematiken kring gruppens vård kvarstår.

I dag förstås ungas psykiska ohälsa som ett omfattande folkhälso- och samhällsproblem. Paradoxalt nog osynliggörs barn och unga i samhällsvård – en grupp där den psykiska ohälsan är konstaterat hög – även i samtida statliga hälsosatsningar, som fokuserar på generella förebyggande åtgärder och lättare psykisk ohälsa bland ”vanliga” ungdomar. Åter omfattar talet om förebyggande insatser andra grupper än de mest utsatta. Att problemet med psykisk ohälsa ”normaliserats” och generaliserats har alltså inte hjälpt denna grupp. Slutsatsen överensstämmer med tidigare studier av Sandin och Halldén (2003) och Holland (2010) om hur fokus på barns formella, generella rättigheter riskerar att osynliggöra utsatta barns specifika behov. Det är även först under senare år som gruppens rätt till god vård har börjat artikuleras utifrån ett alltmer hegemoniskt barnrättsperspektiv. Dagens lösen är en stark tilltro till juridiska regleringar för samverkan mellan BUP och socialtjänsten, men vilka konsekvenser det får för samhällsvårdens ständiga förlorare är ännu oklart. Marginaliseringen och särskiljandet av barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa framträder trots allt som historiskt konstant i vår långa undersökning, oavsett skiftande kategoriseringspraktiker.

I relation till befintlig historisk-sociologisk barnvårdsforskning (Qvarsell, 1985; 1995; Zetterkvist Nelson, 2003; 2012a; 2012b; Börjesson & Palmblad, 2003a; 2003b; 2003c; 2008 m.fl.) bekräftar vår studie skiftande hälsodiskursers inverkan på tidstypiska förståelser av utsatt barndom och psykisk ohälsa. Liksom dessa ser vi över vår undersökningsperiod ett successivt skifte från en socialmedicinsk till en psykodynamisk hegemoni, och vidare till en artikulation av biomedicinska perspektiv i relation till problemkategorin. Men medan Qvarsells (1985) periodisering främst bygger på psykopatbegreppets användande fram tills mellankrigstiden och Zetterkvist Nelsons (2012a) på behandlingsideologiernas utveckling inom barn- och ungdomspsykiatri 1945–1985, har vår studie täckt fler och längre delperioder (1902–1949, 1950–1989 och 1990–2016). Genom att sätta ”barns psykiska ohälsa” snarare än det snävare ”barnpsykiatri” i centrum har vi även bidragit med ny kunskap om den fortlö-

pande diskursiva kampen mellan den sociala och den psykiska barnvården. Med det långa historiska perspektivet från sekelskiftet 1900 till idag har vi också kunnat visa hur nuets historia formar samtida problem och hur en marginaliserad och understuderad grupp kontinuerligt har särbehandlats och osynliggjorts i statliga välfärds- och hälsoinsatser mot psykisk ohälsa.

Referenser

- Andersson Vogel, M. (2016) Psykisk ohälsa, utsatthet och en legitimerande oro. Diskursiva förståelser av flickor som placerats på särskilda ungdomshem. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 23(2): 109–128.
- Andresen, A. (2011) *Barnen och välfärdspolitiken. Nordiska barnldomar 1900–2000*. Stockholm: Dialogos.
- Arvidsson, M. (2016) *Att ersätta det oersättliga. Statlig gottgörelse för ofrivillig sterilisering och vanvård av omhändertagna barn*. Akademisk avhandling. Örebro: Örebro universitet.
- Beckman, L. & Hagquist, C. (2010) *Hur mår barn och ungdomar i Sverige? Analys av den officiella bilden, mediebilderna och bilden från forskningen*. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.
- Beronius, M. (1991) *Genealogi och sociologi. Nietzsche, Foucault och den sociala analysen*. Stockholm: Symposion.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2003a) Introduktion. I: M. Börjesson & E. Palmblad (red.) *Problembarnets århundrade*. Lund: Studentlitteratur.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2003b) Uppförandeproblem i skolan – och andra kliniska observationer. I: M. Börjesson & E. Palmblad (red.) *Problembarnets århundrade*. Lund: Studentlitteratur.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2003c) *I problembarnets tid. Förnuftets moraliska ordning*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2008) *Strultjejer, arbetsökande och samarbetsvilliga. Kategoriseringar och samhällsmoral i socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Collishaw, S. et al. (2010) Trends in adolescent emotional problems in England. Comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51(8): 885–894.
- Dahler-Larsen, P. (2005) Dokumenter som objektiveret social virkelighet. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- Egelund, T. & Lausten, M. (2009) Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child & Family Social Work*, 14(2): 156–165.
- Foucault, M. (2008) Nietzsche, genealogin, historien. I: M. Foucault *Diskursernas kamp*. Höör: Symposion.
- Friberg P., Hagquist, C., Osika, W. (2012) "Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: an internet-based survey over time", *BMJ Open*, 2(5): 1–6.
- Hagquist, C. (2010) Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: An analysis of WHO data 1985–2005. *Journal of Adolescent Health*, 46(3): 258–264.
- Hjern, A. & Vinnerljung, B. (2014) Barn i social dygnsvård. Summering av tio års registerstudier. *Socionomens forskningssupplement*, 8: 34–39.
- Holland, S. (2010) Looked after children and the ethic of care. *The British Journal of Social Work*, 40(6): 1664–1680.

- Hollander, A. (1985) *Omhändertagande av barn: en studie av barnavårdsmål vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Hörnfeldt, H. (2008) *Prima barn, helt u.a. Normalisering och utvecklingstänkande i svensk barnhälsovård 1923–2007*. Göteborg: Makadam.
- James, A. & Prout, A. (1990/2015) *Constructing and reconstructing childhood. Contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Routledge.
- Johannisson, K. (2006) Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I: G. Hallerstedt (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (2001) *Hegemony and socialist strategy. Towards a radical democratic politics*. London: Verso.
- Lehmann, S. et al. (2013) Mental disorders in foster children. A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7(1): 1–23.
- Lundström, T. & Sallnäs, M. (2003) Klass, kön och etnicitet i den sociala barnavården. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 10(2–3): 193–213.
- Mattsson, T. (2002) *Barnet och rättsprocessen. Rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.
- Mattsson, T. (2010) *Rätten till familj inom barn- och ungdomsvården*. Malmö: Liber.
- Meeuwisse, A. (1997) *Vänskap och organisering. En studie om Fountain House-rörelsen*. Lund: Arkiv förlag.
- Ohrlander, K. (1992) *I barnens och nationens intresse. Socialliberal reformpolitik 1903–1930*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Petersen, S., Bergström, E. & Cederblad, M. (2010) *Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien.
- Proposition 1902:30 *Angående uppfostran av vanartade och i sedligt afseende försummade barn*.
- Proposition 1924:150 *Med förslag till lag om samhällets barnavård m.m.*
- Proposition 1960:10 *Förslag till ny barnavårdslag*.
- Proposition 1979/80:1 *Regeringens proposition om socialtjänsten*.
- Proposition 1989/90:28 *Om vård i vissa fall av barn och ungdomar*.
- Proposition 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor*.
- Proposition 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Proposition 2002/03:53 *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer*.
- Proposition 2009/10: 232. *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*.
- Qvarsell, R. (1985) Från vanart till psykopati. Om barnpsykiatriens framväxt i Sverige under mellankrigstiden. *Lychnos*. Uppsala: Lärdomshistoriska sällskapet.
- Qvarsell, R. (1995) Socialmedicinen och den sociala ingenjörskonsten. *Nordisk medicinhistorisk årsbok*. Stockholm: Medicinhistoriska museet.
- Regeringskansliet (2012) *PRIO psykisk ohälsa. Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.
- Sallnäs, M. & Vinnerljung, B. (2009) Samhällsvårdade ungdomar som vuxna. En uppföljande registerstudie. *Socionomens forskningssupplement*, 25: 193–213.
- Sandin, B. (2003) Barndomens förvandling. Från särart till likart. I: B. Sandin & G. Halldén (red.) *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*. Stehag: Symposion.
- Sandin, B. & Halldén, G. (red.) (2003) *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*. Stehag: Symposion.

- Schiratzki, J. (2010) *Barnrättens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1902:67 *Lag angående uppfostran af vanartade och i sedligt afseende försummade barn.*
- SFS 1924:361 *Lag om samhällets barnavård.*
- SFS 1960:97 *Lag om samhällets vård av barn och ungdom (barnavårdslag).*
- SFS 1992:763 *Hälso- och sjukvårdslagen.*
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen.*
- Sköld, J., Söderlind, I. & Bergman, A.-S. (2014) *Fosterbarn i tid och rum. Lokal och regional variation i svensk fosterbarnsvård cirka 1850–2000*. Stockholm: Carlssons.
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*.
- Socialstyrelsen (2014) *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*.
- Socialstyrelsen (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga. Till och med 2016*.
- SOU 1922:46 *Betänkande med förslag till lag om tvångsuppfostran åt unga förbrytare m.m.*
- SOU 1935:67 *Betänkande med förslag till lag om tvångsuppfostran m.m.*
- SOU 1937:46 *Betänkande och förslag gällande vården av själsligt abnorma manliga skyddshemselever samt vanartade sinnesslöa gossar m.m.*
- SOU 1944:30 *Ungdomsvårdskommitténs betänkande 1 med utredning och förslag angående psykiatrisk barn- och ungdomsvård.*
- SOU 1944:34 *Socialvårdskommitténs betänkande IX. Utredning och förslag angående revision av lagstiftningen om barnavårdsanstalter och fosterbarnsvård.*
- SOU 1951:41 *Ungdomen möter samhället. Ungdomsvårdskommitténs slutbetänkande.*
- SOU 1955:37 *Utredningshem. Barnavårdskommitténs betänkande I.*
- SOU 1956:61 *Ny barnavårdslag. Förslag angivet av Barnavårdskommittén. Betänkande II*
- SOU 1957:40 *Psykisk barn- och ungdomsvård. Betänkande 1 av mentalsjukvårdsdelegationen inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.*
- SOU 1958:20 *Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar.*
- SOU 1959:37 *Ungdomsbrottslighet.*
- SOU 1974:39 *Socialvården. Mål och medel. Principbetänkande av Socialutredningen.*
- SOU 1977:40 *Socialutredningen.*
- SOU 1979/80:44 *Socialtjänst.*
- SOU 1985:14 *Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.*
- SOU 1986:21 *Barns behov och föräldrars rätt. Socialtjänstens arbete med utsatta familjer.*
- SOU 1998:31 *Det gäller livet. Barnpsykiatrikommitténs betänkande.*
- SOU 2000:77 *Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga.*
- SOU 2001:54 *Ofärd i välfärden.*
- SOU 2001:72 *Barnmisshandling. Att förebygga och åtgärda.*
- SOU 2005:81 *Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.*
- SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder.*
- SOU 2006:100 *Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande.*
- SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*
- SOU 2015:71 *Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU.*
- SOU 2016:19 *Barnkonventionen blir svensk lag*
- Strong, T. & Sesma-Vazquez, M. (2015) Discourses on children's mental health. A critical review. I: M. O'Reilly & N. Lester (red.) *The Palgrave handbook of child mental health. Discourse and conversation studies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ståhlberg O., Anckarsäter H. & Nilsson, T. (2010) Mental health problems in youths committed

- to juvenile institutions. Prevalence and treatment needs. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12): 893–903.
- Svensson, K. (1998) *Straff eller behandling. Om statens strategier mot gränsöverskridande ungdom under 1900-talet*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Swärd, H. (1993) *Mångenstädes svårt vanartad... Om problemen med det uppväxande släktet*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.
- Zelitzer, V.A. (1985) *Pricing the priceless child. The changing social value of children*. New York: Basic Books.
- Zetterqvist Nelson, K. (2003) Debatten om bokstavsdiagnoser. En kamp om politiskt inflytande. I: B. Sandin & G. Halldén (red.) *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*. Stehag: Symposion.
- Zetterqvist Nelson, K. (2012a) Från samhällets barn till egna individer. Barnpsykiatrisk behandlingssideologi 1945–1985. *Scandia*, 78(2): 40–67.
- Zetterqvist Nelson, K. (2012b) Barns perspektiv i forskning om barns psykiska hälsa. Förhållningssätt och utmaningar. *Barn*, 1: 9–22.

Tack

Studien har genomförts inom ramen för forskningsprojektet ”Från vanart till rättighetsaktör. Historiska och samtida klassificeringar av psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård”, finansierat av Statens institutionsstyrelse (SiS). Vi vill rikta ett tack till Susanna Johansson, Ingrid Sahlin och våra anonyma granskare för konstruktiva förbättringsförslag under arbetets gång.