

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 289/2018

Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård

En systematisk litteraturoversikt och utvärdering
av etiska, sociala och juridiska aspekter

Rapportserie Denna rapport ingår i serien SBU Utvärderar. En allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU, patienter/brukare. Rapporten granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

✓ Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga patienter/brukare medverkat
✓ Systematisk litteratursökning	✓ Etiska aspekter
✓ Relevansgranskning	✓ Ekonomiska aspekter
✓ Kvalitetsgranskning	✓ Sociala aspekter
✓ Sammanvägning av resultat	✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
✓ Evidensgradering gjord av SBU	✓ Granskad av SBU:s vetenskapliga råd
Evidensgradering gjord externt	✓ Godkänd av SBU:s nämnd
Baseras på en systematisk litteraturöversikt	
Konsensusprocess	

Ämnesord Barns hälsa, Barnhälsovård, Barnvårdscentraler, Barnsjukvård, Barns välfärd, Barn tandvård, Olikhet i tillgång till hälsovård, Hälsotillstånd, Fosterhemsvård, Tillgång till hälso- och sjukvård

Utgiven Juni 2018

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

Produktion Grafisk produktion av Elin Rye-Danjensen, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU 2017/95

Citera denna rapport SBU. Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 289. ISBN 978-91-88437-31-0.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	5
1 Inledning	9
2 Bakgrund	11
Fysisk, psykisk och oral hälsa	13
Hälso- och sjukvård och tandvård	14
Fysisk och psykisk hälsa – utblick	15
— England	15
— Norge	16
— Danmark	17
— USA	17
— Sverige	18
3 Metod för praxisundersökningen och utvärderingen	19
Frågeställningar	20
Praxisundersökning	20
Systematisk översikt – effekter	21
— Inklusionskriterier	21
— Övrigt	22
— Litteratursökning	22
— Metodik för urval av artiklar	22
— Kvalitetsgranskning av relevanta artiklar	22
— Det vetenskapliga underlagets styrka	23
Etiska, sociala och juridiska aspekter	24
4 Praxisundersökning	25
Resultat från den elektroniska enkäten	25
Resultat från de uppföljande telefonintervjuerna	27
5 Den systematiska översikten – effekter	31
Flödesschema över ingående studier	31
Resultat efter granskning	32
— Exkluderade studier av intresse	32
6 Etiska, sociala och juridiska aspekter	37
Organisation och reglering	37
Etiska och rättsliga grundprinciper	39
7 Kostnader för en tänkbar organisatorisk modell	41
8 Diskussion	47
Praxisundersökning	47
Varför hög förekomst av ohälsa?	48
Oral hälsa	49
— Tandvårdens ekonomi och organisation	50
— Samarbete mellan tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst	50
Etiska, sociala och juridiska aspekter	51

9 Överväganden för forskning, policy och praktik	53
Forskningsbaserad metodutveckling	53
Annan angelägen forskning	54
Policy och praktik	55
10 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd	57
Projektgrupp	57
— Sakkunniga	57
— SBU	57
Externa granskare	58
Bindningar och jäv	58
SBU:s vetenskapliga råd – Brage	58
SBU:s nämnd	59
11 Ordförklaringar och förkortningar	61
12 Referenser	65
Bilaga 1 Exkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/289
Bilaga 2 Gallrings- och granskningsmallar	tillgänglig på www.sbu.se/289
Bilaga 3 Sökstrategier	tillgänglig på www.sbu.se/289
Bilaga 4 Enkät	tillgänglig på www.sbu.se/289

Sammanfattning och slutsatser

Bakgrund och syfte

Barn och unga som utreds för, eller befinner sig i, social dygnsvård har visats ha betydligt mer hälsoproblem och större behov av hälso- och sjukvård och tandvård än andra jämnåriga. Det gäller såväl fysisk som psykisk hälsa samt tandhälsa. Initiativet till rapporten kommer från SBU och ingår som en del i en serie rapporter om insatser för samhällsplacerade barn och unga. Syftet med denna rapport är att utvärdera organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehems- eller institutionsvård ska få hälso- och sjukvård och tandvård.

Slutsatser

- ▶ I SBU:s undersökning av svensk praxis uppger mindre än hälften av de tillfrågade kommunerna att de har rutiner för att hälsa och tandhälsa undersöks hos placerade barn och unga. Det är dock få kommuner som i praktiken faktiskt ser till att alla får initiala och uppföljande hälsoundersökningar samt tandhälsoundersökningar.
- ▶ Eftersom det saknas studier av tillräcklig kvalitet, går det inte att bedöma effekterna av organisatoriska modeller för att barn och unga som placeras i samhällelig dygnsvård (familjehems- eller institutionsvård) ska få hälso- och sjukvård och tandvård. Därför behövs välgjorda uppföljande studier när sådana modeller introduceras i praktiken. Det behövs även fler studier om förekomsten av fysiska hälsoproblem och tandhälsa i Sverige.

- ▶ Ur ett etiskt perspektiv är det viktigt att barn och unga i samhällsvård får god hälso- och sjukvård och tandvård. De nya kraven på hälsoundersökningar (5 kap. 1 d § SoL) bör till exempel följas upp och utvärderas. Det behövs även organisatoriska modeller för att tillgodose barnens och de ungas rätt till och behov av hälso- och sjukvård samt tandvård.
- ▶ Modeller för att denna grupp ska få hälso- och sjukvård och tandvård finns men har inte utvärderats vetenskapligt. En beräkning som SBU har gjort tyder på att en organisatorisk modell skulle kunna implementeras till en låg kostnad i Sverige, samtidigt som nyttan för hälsa och tandhälsa kan antas vara betydande.

Vad tillför denna utvärdering?

Utvärderingen ger ny kunskap om placerade barns och ungas brist på hälso- och sjukvård och tandvård i Sverige idag. Den beskriver också behovet av vetenskapliga utvärderingar av organisatoriska modeller som skulle kunna säkra tillgången. En organisatorisk modell, inspirerat av det engelska systemet, beskrivs som exempel på hur en svensk modell skulle kunna se ut.

Metod

Utvärderingen omfattar en systematisk översikt av studier om effekterna av organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem eller på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En praxisundersökning om vilka rutiner och organisationsformer som finns i Sverige genomfördes i form av en elektronisk enkät och med uppföljande telefonintervjuer. Etiska, sociala och juridiska frågor analyserades genom granskning av relevant litteratur, myndighetstexter, lagtexter och rättspraxis inom området. Slutligen beräknades vilka resurser som krävs för att skapa en organisatorisk modell för att placerade barn och unga ska få hälso- och sjukvård och tandvård.

För detaljer hänvisas till huvudrapportens metodkapitel samt SBU:s metodbok.

Huvudresultat

Praxisundersökning

I SBU:s undersökning av svensk praxis fick 106 kommuner en elektronisk enkät med frågor om vilka rutiner eller metoder som används för att säkra att barn och unga genomgår hälsokontroll och tandhälsokontroll inför och under placering. Enkäten följdes upp med telefonintervjuer med frågor om dessa undersökningar genomförs i praktiken. Sammantaget visar resultaten att knappt hälften av kommunerna har rutiner för att säkra att barnens och

de ungas hälsa och tandhälsa undersöks men att endast ett fåtal kommuner ser till att initiala och uppföljande hälsoundersökningar samt tandhälsoundersökningar faktiskt blir av för alla barn.

Systematisk översikt

I den systematiska översikten har vi inte identifierat någon studie med låg eller medelhög risk för snedvridning som undersökt effekterna av organisatoriska modeller för att placerade barn och unga ska få hälso- och sjukvård och tandvård.

Etiska, sociala och juridiska aspekter

Sedan år 2017 finns en lagreglerad skyldighet (5 kap. 1 d § SoL) att tillse att hälsoundersökningar sker för samhällsplacerade barn och unga. Detta är etiskt motiverat eftersom sådan uttrycklig reglering saknats tidigare för frivilligt placerade barn och unga. Dessa lagändringar behöver nu följas upp och utvärderas. Det kan finnas skäl för en förstärkt lagreglering och en stärkt tillämpning av lagen. Det finns också behov av forskning om samhällsplacerade barns och ungas hälsa samt forskning om vilka organisatoriska modeller som gör skillnad.

Kostnader för en tänkbar organisatorisk modell

En organisatorisk modell (inspirerat av sättet man arbetar på i England) för att upptäcka placerade barns och ungas problem med fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa skulle endast medföra låga kostnader. De initiala kostnaderna för att bygga upp modellen beräknas till cirka 5,5 miljoner kronor medan de årliga kostnaderna per barn skulle uppgå till 3 300 kronor. Med denna modell förväntas barnens konsumtion av hälso- och sjukvård och tandvård öka. Detta är en positiv effekt för att främja samhällsplacerade barns och ungas hälsa, eftersom de har rätt till vård på samma villkor som alla andra i Sverige.

Diskussion

Forskning, policy och praktik

Ett konkret förslag är att följa upp de nya lagkraven på hälsoundersökningar och att se över praktiken inom området. Det tänkbara scenariot med en organisatorisk modell skulle medföra blygsamma kostnader. Det inledande skedet skulle kräva utvecklingsarbete som kan genomföras av en central aktör (ta fram checklistor för hälsoundersökningar och skapa ett digitalt Hälsokort). Största delen av de initiala kostnaderna skulle dock troligen falla på kommunerna/stadsdelarna, då de socialsekreterare som ansvarar för barnen och de unga kan behöva viss utbildning för att kunna upprätthålla ett Hälsokort. Dessutom behöver lokala handlingsplaner tas fram. En sådan organisatorisk modell skulle kunna implementeras och följas upp i kontrollerade studier.

1 Inledning

Syftet med denna rapport är att utvärdera organisatoriska modeller för att barn och unga som placeras i samhällelig dygnsvård av socialtjänsten (familjehems- och institutionsvård), i rapporten benämnda som ”placerade barn och unga”, ska få hälso- och sjukvård och tandvård.

Initiativet till rapporten kommer från SBU och ingår som en del i en serie rapporter om insatser för placerade barn och unga [1].

Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, till chefer och annan personal inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Andra målgrupper är anhöriga till placerade barn och unga och familjehemsföräldrar.

2 Bakgrund

Studier från England och Skandinavien har visat att 3–5 procent av alla barn någon gång före 18-årsdagen blivit placerade i familjehem eller på institution, vilket motsvarar ungefär ett barn i en genomsnittlig skolklass [2–5]. Baserat på nationella undersökningar, har beräknats att på en given dag år 2010 befann sig runt en miljon barn i EU i familjehem eller på institution [6]. I Sverige handlade det om runt 23 000 barn [7].

Det är flera huvudmäns ansvar som aktualiseras avseende hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga som är placerade i familjehem och på institution. Detta ansvar ligger annars på barns vårdnadshavare att tillgodose enligt Föräldrabalkens bestämmelser (6 kap. 1–2 §§). Medan kommunerna ansvarar för socialtjänstens insatser i fråga om omsorg och placering enligt Socialtjänstlagen (2001:453, SoL), har landstingen ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Det är dock socialtjänsten, med sitt övergripande ansvar, som behöver initiera vårdinsatserna och tillgodose omsorgsbehoven. För att betona detta har socialtjänsten ett uttalat ansvar för att placerade barn och unga verkligen får den hälso- och sjukvård de behöver. I 6 kap. 7 § SoL beskrivs ansvaret på följande sätt:

Socialnämnden ska i fråga om de barn som vårdas i ett familjehem, jourhem, annat enskilt hem, stödboende eller ett hem för vård eller boende:

- Medverka till att barnen får god vård och fostran och i övrigt ges gynnsamma uppväxtförhållanden.
- Verka för att barnen får lämplig utbildning.
- Verka för att barnen får den hälso- och sjukvård som de behöver.

Skyldigheten att tillgodose samhällsvårdade barns och ungas hälso- och sjukvård är sedan 15 april 2017 även reglerad i Lag (2017:209). Av denna lag framgår att landstingen ska på initiativ av socialnämnden, erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård inleds utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år. I förarbetena (SOU 2015:71, prop. 2016/17:59) betonas att det är väsentligt att hälsoutredningen innehåller tillräcklig information om barnens och de ungas utveckling, fysiska och psykiska status samt tandstatus för att se till att de får den hälso- och sjukvård som de har rätt till. Samtidigt kan konstateras att det i begreppet hälsoundersökning inte finns krav på en undersökning av läkare. Landstinget har alltså inte det primära ansvaret i detta första led. Lagens nuvarande utformning ger därmed knappast någon garanti för att en genomgående medicinsk undersökning kommer att verkställas för alla barn och unga som placeras.

Landstingen har ansvar för att organisera sjukvård i Sverige. För barn och unga, liksom för vuxna, utgör primärvårdens husläkarvård den första linjens vård i alla landsting. När det gäller tillgången på specialistvård, såsom barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri, varierar tillgången mellan olika landsting. I vissa landsting krävs remiss från annan vårdgivare, till exempel husläkare, för att få tillgång till denna vård, medan egenremiss är möjligt i andra landsting [8]. Landstingen har även det övergripande planeringsansvaret för barn- och ungdomstandvården.

Hälso- och sjukvård för barn och unga bedrivs av två huvudmän, dels de 21 landstingen som ansvarar för barnavårdscentralernas (BVC) verksamhet för barn i åldern 0–5 år, dels de 290 kommunerna som ansvarar för skolhälsovården. Kommunerna har också ansvar för habilitering av barn med funktionshinder [8]. För de som placeras med stöd av tvångslagstiftningen Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52, LVU), finns sedan tidigare en bestämmelse som uttrycker ett tydligt krav att en läkarundersökning ska ske innan socialnämnden ansöker om tvångsvård i förvaltningsdomstolen (om det inte är obehövt på grund av särskilda skäl).

Enligt Tandvårdslagen 1985:125, är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. En frisk mun och hela tänder utgör också en väsentlig del av barns och ungdomars hälsa och välbefinnande. Generellt sett är tandhälsan god hos svenska barn och ungdomar. En viktig bidragande orsak till detta är den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, men också tandvårdens organisation där landstingen har ett övergripande planeringsansvar för barn- och ungdomstandvården. Trots detta finns ett starkt

samband mellan socioekonomiska förhållanden och tandhälsa. Socialstyrelsen beskriver i en rapport att både barns uteblivande från tandvården och risk för karies hos barn är förknippade med ensamstående föräldrar, unga föräldrar, familjer med ekonomiskt bistånd, föräldrar med låg utbildningsnivå samt invandrade föräldrar [7].

Fysisk, psykisk och oral hälsa

Forskning från olika delar av världen har under lång tid rapporterat att barn som utreds för social dygnsvård, eller som befinner sig i social dygnsvård, har betydligt mer hälsoproblem och större behov av hälsovård än andra jämnåriga. Det gäller såväl fysisk som psykisk hälsa. Vår kunskap om förhållandena i Sverige är begränsad till studier baserade på relativt små och geografiskt regionala urval [9–39].

En rad studier har visat att barn i social dygnsvård har höga överrisker, jämfört med jämnåriga, för att få allvarliga hälsoproblem även i vuxen ålder [1,40–52]. Det kan vara fysiska problem, tandhälsoproblem och psykiska hälsoproblem [53,54]. Detsamma gäller för tidig död i vuxen ålder (inklusive självmord) [55–61], även efter justeringar för socioekonomiska bakgrundsfaktorer [62,63]. I en svensk nationell registerstudie handlade det om fyrfaldiga överrisker för suicid i ung vuxen ålder [62]. Förekomsten av tonårsfödslar i Sverige är också mycket högre bland unga kvinnor som varit placerade i social dygnsvård än bland jämnåriga [64–66].

Barn och unga i social dygnsvård har också låg vaccinationstäckning jämfört med jämnåriga i den nationella befolkningen [31,34,35,38,67–72]. Walton och medarbetare sammanställde 32 studier, varav hälften från Storbritannien, och fann att detta gällde oavsett när och i vilket land studierna var genomförda¹ [73].

Psykisk ohälsa är den hälsoaspekt som har undersökts mest [10,33,36,74–96]. Hög förekomst av psykisk ohälsa återspeglas i höga förekomster av förskrivning av psykofarmaka hos placerade barn, jämfört med barn och unga i övriga befolkningen [97,98], inklusive bruk av antipsykotiska läkemedel [98,99]. Norska studier med diagnostiska instrument, har rapporterat att runt 50 procent av barnen i familjehem (6–12 år) och 76 procent av barnen i institutionsvård (12–20 år) uppfyllde kriterier för minst en DSM-diagnos (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) är en psykiatrisk diagnoshandbok) [87,94]. Norska jämförelsetal för samma åldersgrupper saknas men i andra studier har motsvarande siffror varit 7 procent för förskolebarn och 8 procent för 20-åringar [94].

¹ Ett undantag är en studie från Nordirland (Farrell B. Findings for looked after children are not generalizable. *BMJ* 2003;326:1088). Författarens förklaring var att i Nordirland har sjukvården och den sociala barnvården varit integrerade sedan 1970-talet.

Oral hälsa har i flera internationella studier visats vara avsevärt sämre bland placerade barn och unga jämfört med andra jämnåriga [22,100–103]. Tandhälsoproblemen bestod främst i obehandlad karies som rapporterades hos mellan 30–54 procent. Dessutom hade tonåringarna mer karies än förskolebarnen, vilket också tydde på att ungdomarna hade ackumulerad ohälsa och att de inte hade fått någon behandling under en längre period. Även svenska studier har visat att placerade barn och unga har en sämre tandhälsa. Kling och medarbetare rapporterade en hög förekomst av kariesskador, tandfrakturer och svullet tandkött vid undersökning av 91 ungdomar som var inskrivna på fyra särskilda ungdomshem i södra Sverige [35]. En annan studie rapporterade att 50 procent av placerade barn och unga i åldern 7–17 år hade obehandlad karies [34]. Randsalu och medarbetare undersökte barn i Region Skåne som hade placerats av samhället under en treårsperiod [38]. De fann att endast 669 barn (5,9 %) av de över 11 400 barnen hade genomgått en hälsoundersökning, och att 409 av dessa hade träffat en barnläkare (3,6 %). Av de hälsoundersökta barnen hade 30 procent dålig tandhälsa och 36 procent hade tidigare uteblivit från besök hos tandvården och därmed inte fått ta del av varken erbjuden undersökning eller tandbehandling. De svenska rapporterna inkluderade barn från begränsade regionala områden varför det är svårt att med säkerhet uttala sig hur tandhälsan ser ut i hela gruppen placerade barn. Samtidigt är siffrorna så alarmerande att de måste tas på allvar då de signalerar en mycket dålig tandhälsa som kraftigt avviker från det som rapporteras för andra grupper av barn och ungdomar i Sverige. Detta stöds också av en prospektiv registerstudie av tandhälsa som Socialstyrelsen publicerade år 2016 [104].

Hälso- och sjukvård och tandvård

I svenska studier har förekomsten av fysiska hälsoproblem som efter hälsokontroll lett till insatser från hälso- och sjukvården, varierat mellan 31 och 64 procent [34,35,38,105]. En kartläggning från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fann att det var en minoritet (40 %) som fick en hälsoundersökning i samband med placering i dygnsvård [105]. Flera europeiska studier har slagit fast att barn och unga i social dygnsvård, med indikationer på allvarlig psykisk ohälsa, har avsevärt sämre tillgång till barn- och ungdomspsykiatri än andra barn i befolkningen med samma problem [75,79,90,95,106–108].

SKL:s kartläggning visade att enbart 10 procent fick en tandhälsoundersökning när de placerades i dygnsvård [105]. Jämfört med hela populationen har unga vuxna i åldern 20–29 år, som varit placerade i barndomen, mindre regelbunden och planerad kontakt med tandvården. Istället har denna grupp fler akutbesök hos tandläkare [54,104].

Fysisk och psykisk hälsa – utblick

Såväl vår praxisundersökning som vår systematiska litteraturgenomgång visar att det saknas utvärderade organisatoriska strukturer och system som säkerställer rätten till hälsa och vård för de barn och unga som ska placeras, som är placerade eller som ska avsluta placering i dygnsvård. Detta kan ses som en underlåtelse av samhället att sörja för att placerade barn och unga får samma möjligheter till hälsoinsatser som andra barn och unga, något som också leder till en sämre hälsa. Det verkar dock finnas goda exempel för att säkra tillgången till hälso- och sjukvård och tandvård men dessa är ännu inte tillräckligt utvärderade.

Den så kallade MOCHA-rapporten om hälsoomhändertagandet för placerade barn och unga i 24 europeiska länder har nyligen publicerats [109]. Rapporten som har lämnats till EU-kommissionen, ingår i ett stort intereuropeiskt forskningsprojekt om olika modeller för primärhälsovård för barn och unga i Europa. I rapporten framgår att de flesta länder i Europa har olika former av speciella arrangemang som tillägg till den allmänna hälsovården, för att säkra att placerade barn och unga får tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård. Rapporten bygger på en omfattande litteraturgenomgång och en enkätundersökning ställd till 30 länder samt erfarenheter från en internationell workshop.

England

England har byggt upp en modell som omfattar en bred bedömning av placerade barns och ungas behov av hälso- och sjukvård samt tandvård. Modellen ska säkra tillgången till den vård de behöver. Systemet bygger på bindande riktlinjer för både social barnavård och hälso- och sjukvård på lokal, regional och nationell nivå² [110–112]. I MOCHA-rapporten drog författarna slutsatsen att England har den bästa modellen i Europa [109]. Enligt de nationella riktlinjerna ska barn och unga vid placering genomgå en hälsokontroll som också innefattar en kartläggning av behov av hälsovård (såsom vaccinationer) och en undersökning av tandhälsa hos tandläkare. Alla barn ska även screenas för psykisk ohälsa med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)³. Barnens hälsa ska sedan följas upp av årliga hälsoundersökningar (två gånger per år för yngre barn).

Hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens måste utses i alla hälso- och sjukvårdsdistrikt och på primärvårdsnivå:

- Så kallade *designated doctors* och *designated nurses* är särskilt utsedda läkare och sjuksköterskor som ska finnas i ledningen av varje regional sjukvårds- och hälsovårdsorganisation med ett specifikt ansvar för att placerade barns och ungas hälsa blir uppmärksammas och adekvat behandlad. Arbetsuppgifterna inkluderar bland annat strategisk rådgivning och vägledning vid resursplanering och vid upphandling av lokal hälso- och sjukvård.

² För fullständiga referenser om det engelska systemet se Vinnerljung och medarbetare [109].

³ SDQ är ett vitt använt standardiserat instrument som mäter indikationer på psykisk ohälsa [115].

- Så kallade *named doctors* och *named nurses* ska finnas hos alla lokala vårdgivare. De är personligt utsedda (named) och ska ge handledning, expertis och rådgivning samt utbildning till lokal vårdpersonal.
- Så kallade *nurse specialists* är sjuksköterskor som har både kunskap och erfarenhet av att arbeta med placerade barn och unga. De arbetar med hälsoundersökningar och genomför insatser avsedda att förebygga ohälsa.
- Så kallade *medical advisors* är barnläkare eller allmänläkare som genomför hälsobedömningar av barn och unga som ska placeras i social dygnsvård eller som befinner sig i social dygnsvård. Deras arbetsuppgifter inkluderar också rådgivning till lokala barnavårdsmyndigheter.

Detaljerade kompetenskrav och befattningsbeskrivningar för dessa poster i organisationen finns specificerade [113]. Utbildningsmaterial för hälsovårdspersonal finns tillgängligt sedan länge [113,114]. De bindande nationella riktlinjerna finns beskrivna i lättillgängliga dokument. Där specificeras också de indikatorer som regelbundet används i uppföljning av hur riktlinjerna implementeras lokalt och som är en mycket viktig del av den nationella strategin. Dåliga resultat vid uppföljningen kan leda till ekonomiska konsekvenser, såsom minskade anslag till verksamheten.

Norge

I Norge har de nationella myndigheterna med ansvar för social barnavård och hälso- och sjukvård utfärdat detaljerade rekommendationer för en förstärkning av placerade barns och ungas hälsovård. Dessa rekommendationer berör huvudsakligen psykisk hälsa hos barn och unga i institutionsvård (10–15 % av alla barn i den norska sociala dygnsvården). Alla institutioner ska ha en person med särskilt ansvar för hälsofrågor i sin personal. Den nationella myndigheten med övergripande ansvar för social dygnsvård genomför dessutom en utbildning för institutionspersonal med fokus på psykisk hälsa bland barn och unga [116].

De norska rekommendationerna har inslag som påminner om den engelska modellen: det ska finnas läkare med särskilt ansvar för hälsovård knutna till varje institution. Läkarna finns dock än så länge bara på institutioner som tar emot tonåringar (inte yngre barn). Centralt i rekommendationerna – och i förslagen ny lagstiftning – är att hälso- och sjukvården får ett tydligt ansvar för insatser vid psykisk ohälsa bland placerade barn och unga [116–119]. Förändringarna är främst avsedda för att öka samarbetet mellan landets sjukvårdsorganisatoriska enheter. Kritik har riktats mot rekommendationerna och förslagen eftersom den stora majoriteten av placerade barn och unga finns i familjehems-vård (85–90 %), och de berörs marginellt av reformerna [120].

Danmark

Ett initiativ från en grupp distriktssköterskor i Mariagerfjord kommun har resulterat i en mer eller mindre heltäckande lokal modell för placerade barns hälsoomhändertagande⁴. Ansvaret för placerade barns och ungas hälso- och sjukvård har flyttats från socialtjänsten till den kommunala primärvården. I praktiken har detta medfört att kommunens distriktssköterskor har etablerat ett systematiskt omhändertagande som bland annat innefattar följande:

- Hälsokontroll vid placering.
- Årlig hälsokontroll av barn och unga i familjehem eller på institution, av besökande sjuksköterska.
- Standardiserade checklistor av hälsa och välbefinnande, anpassade efter barnets ålder (utarbetade lokalt utifrån rutiner för hälsokontroller av jämnåriga barn men också utifrån erfarenheter från forskning om placerade barns och ungas hälsa).
- Standardiserade protokoll för vad som bör göras om sjuksköterskan finner indikationer på hälsoproblem. Det kan vara remisser till barnläkare, specialister eller till tandläkare.
- Observationer av barn och unga och deras vårdare.
- Rådgivning till barn och unga och deras vårdare i frågor som rör diet, sömn och barns utveckling.
- Se till att alla tonåringar som vill ha preventivmedel får det, utan kostnad och utan villkor.
- Kommunicera resultaten i rapporter till ansvarig inom socialtjänsten.

Sjuksköterskans arbete utförs i nära och kontinuerligt samarbete med barnläkare i primärvården och med socialtjänsten.

USA

Sedan år 2008 finns bestämmelser i amerikansk nationell lagstiftning om att organisationer som ansvarar för placeringar i dygnsvård av barn och unga, måste undersöka och bedöma deras hälsa samt ge dem den hälso- och sjukvård de behöver utifrån de behov som framkommer [121]. Så kallade medical homes, som är specialisterheter eller kliniker för placerade och adopterade barn, har tillkommit som ett svar på lagstiftningen men har tidigare funnits lokalt sedan 1980-talet [122,123]. Medical homes har vanligen personal från olika professioner. Personalen genomför hälsoundersökningar och sköter hälsoövervakningar

⁴ Än så länge har modellen inte beskrivits i vetenskaplig press. Inte heller har modellen utvärderats. Beskrivningen här baseras huvudsakligen på konferensbidrag och bidrag i fackpress; se till exempel <http://www.sundhedsplejersken.nu/artikel/sundhedstjek-af-anbragte-boerndet-nyt-kerneomraade-for-sundhedsplejersker/>

för placerade barn. Centralt i modellen är också att personalen koordinerar och övervakar den hälsovård som barnen får, ofta från olika specialister, även när barnen flyttar mellan olika placeringsmiljöer [124,125]. Verksamheten styrs av detaljerade riktlinjer från det amerikanska barnläkarförbundet [32].

Modellen provas för närvarande i Uppsala län. Barnhälsovårdskliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala har ansvar för att alla barn i länet som placeras i social dygnsvård får en hälsoundersökning (inklusive psykisk hälsa) och en tandhälsoundersökning (se riktlinjer i Regionförbundet Uppsala län, 2016) [126]. Verksamheten som bedrivs i samarbete med forskare från USA har ännu inte utvärderats.

Sverige

Som ett svar på socialtjänstens behov av hälsovård till sina klienter, etablerades under 1960- och 1970-talen kommunala sjukvårdsenheter i flertalet storstadskommuner samt i en del mindre kommuner. Dessa enheter hade olika bemanning, men bestod till exempel i Sundbyberg och Sollentuna kommuner av läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterare. Dessa kommunala sjukvårdsenheter hade olika uppgifter såsom behandling av alkoholmissbrukare och psykiskt sjuka i samarbete med kommunernas socialtjänst. Sjukvårdsenheterna kunde också delta i kommunernas utredningsarbete inklusive den sociala barnvården. Kommunernas vilja att anställa läkare för sjukvårdande uppgifter ändrades i och med införandet av den tidigare Hälso- och sjukvårdslagen år 1982, som definierade detta arbete som ett ansvar för landstingen inom primärvården. I enskilda kommuner fanns socialläkare dock kvar ända in på 2000-talet. Ett återinrättade av sjukvårdsteam inom kommunernas socialtjänst, bemannade med sjuksköterskor och/eller läkare, skulle skapa möjligheter för integrering av hälsovård för barn och unga i samhällsvård i socialtjänstens arbete med dem [127].

3 Metod för praxisundersökningen och utvärderingen

Syftet med en systematisk litteraturöversikt är att ge en fullständig och saklig kartläggning av det vetenskapliga kunskapsläget. Metodiken utgår från frågeställningar och inklusions- och exklusionskriterier. Sökningen efter litteratur görs brett i flera databaser. Därefter följer relevans- och kvalitetsgranskningar av studierna. Resultaten från de studier som bedömts vara tillförlitliga utifrån förutsättningarna läggs samman i till exempel metaanalyser. Slutligen värderas hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är, uttryckt som styrka på det vetenskapliga stödet (så kallad evidensstyrka, se Faktaruta 3.1). Detta avsnitt beskriver bland annat frågeställningar, urvalskriterier och metoder för sammanvägning av resultat. En mer utförlig information om metodiken finns i SBU:s handbok [128].

Frågeställningar

1. Vilka organisatoriska modeller används/finns i Sverige (Kapitel 4)?
2. Vilka är effekterna av organisatoriska modeller för att placerade barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård? Frågan gäller inför, under och efter placering (Kapitel 5).
3. Vilka etiska, sociala och juridiska frågor aktualiseras vid val av organisatoriska modeller (Kapitel 6)?
4. Vilka resurser krävs för att skapa en organisatorisk modell för att placerade barn och unga ska få hälso- och sjukvård och tandvård (Kapitel 7)?

Praxisundersökning

I SBU-rapporten *Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn* kontaktades kommuner och enskilda företag som erbjöd familjehemsvård på kommuners uppdrag [1]. Av Sveriges 316 kommuner och stadsdelar valdes 106 slumpvis ut. Kommunerna fick en elektronisk enkät att besvara mellan mars och maj 2016. Enkäten behandlade de specifika organisatoriska modeller och metoder som kommunerna använde inom familjehemsvården, exklusive lagstadgad handledning. Enkäten distribuerades per e-post via Sveriges Kommuner och Landstings nationella nätverk av utvecklingsledare för barn och unga. De utsåg lämpliga personer i kommunerna, till exempel till familjehemssekreterare eller barnsekreterare. Efter två påminnelser och vissa kompletterande telefonintervjuer hade 80 svarat (75 %), varav fem inte angav kommunens namn. Resultatet visade att det sammanlagt nämndes 30 specifika åtgärder, såsom metoder för att utreda familjernas lämplighet och åtgärder för att utbilda familjehem innan ett barn skulle placeras.

En uppföljning av ovanstående enkät gjordes under perioden februari 2017 till februari 2018. Samtliga kommuner som hade svarat i den föregående enkäten inkluderades i en uppföljande telefonintervju. Enhets- och verksamhetschefer identifierades och kontaktades via e-post eller brev samt därefter telefon.

Telefonintervjun bestod av åtta huvudfrågor:

1. Har ni en rutinmässig hälsokontroll gällande somatisk hälsa vid (inför/i samband med) placering?
2. Har ni en rutinmässig tandhälsokontroll vid (inför/i samband med) med placering?
3. Har ni en rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa vid (inför/i samband med) placering?
4. Har ni en rutinmässig hälsokontroll gällande somatisk hälsa under tiden barnet är placerat?
5. Har ni en rutinmässig tandhälsokontroll under tiden barnet är placerat?
6. Har ni en rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa under tiden barnet är placerat?
7. Har ni några rutiner kring preventivmedelsrådgivning för tonåringar som är placerade?
8. Erbjuder ni någon screening för sexuellt överförbara sjukdomar?

Systematisk översikt – effekter

Inklusionskriterier

- Population: barn och unga som befinner sig inför, under eller efter placering i familjehem eller på institution.
- Intervention: organisatoriska modeller som gör att placerade barn och unga får hälso- och sjukvård och tandvård.
- Kontrollintervention: ingen begränsning.
- Effektmått: tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård.

Övrigt

- Studiedesign: randomiserade kontrollerade studier och icke-randomiserade studier med jämförelsegrupp.
- Uppföljningstid: ej specificerad.
- Studiestorlek: ej specificerad.
- Språk: svenska, norska, danska, engelska, spanska, franska och tyska.
- Sökperiod: från och med 1990 till och med mars 2018.

Litteratursökning

De systematiska litteratursökningarna utfördes av SBU:s informationsspecialist i samråd med projektledare och sakkunniga. De sakkunniga bidrog med lämpliga söktermer. Särskild vikt lades vid att utforma en bred och förutsättningslös sökstrategi.

Sökningarna gjordes i databaserna Academic Search Elite, CENTRAL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cinahl, DARE, ERIC, HTA, PsycInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PubMed och SocIndex. Avgränsning till studier publicerade från och med 1990 till och med mars 2018. Alla sökstrategier redovisas i Bilaga 3 på www.sbu.se/289.

Metodik för urval av artiklar

Två oberoende sakkunnigpar gjorde en första grovgallring av artikelsammanfattningar (abstrakt) av de referenser som identifierades i litteratursökningen. De abstrakt som uppfyllde inklusionskriterierna beställdes i fulltext. Artiklarna granskades i paren och oberoende av varandra. De sakkunniga gjorde sedan en gemensam bedömning utifrån inklusionskriterierna och vilka artiklar som ansågs vara relevanta (vid oenighet löstes det med konsensusdiskussion). De relevanta artiklarna gick vidare till kvalitetsgranskning. Artiklar som inte bedömdes vara relevanta redovisas i Bilaga 1 Exkluderade artiklar på www.sbu.se/289.

Kvalitetsgranskning av relevanta artiklar

De sakkunniga arbetade parvis och oberoende av varandra med att granska kvaliteten på de relevanta artiklarna. I de fall man var osäker på hur en artikel skulle bedömas togs artikeln upp till diskussion och bedömning i hela projektgruppen. Detsamma gällde om ett par inte kunde enas om en gemensam bedömning. Kvalitetsgranskningen gjordes med stöd av SBU:s granskningsmallar, se Bilaga 2 på www.sbu.se/289. Mallarna tar upp olika kvalitetsaspekter som kan påverka en studies tillförlitlighet, såsom bortfall av den population som undersökts och hur forskarna har mätt utfallet. Granskningen syftar till att bedöma risken för om studiernas resultat är påverkade av systematiska fel.

Det vetenskapliga underlagets styrka

Det vetenskapliga underlagets styrka bedöms per utfallsmått. Resultaten kan vara mer eller mindre osäkra som underlag. Detta har bland annat att göra med studiernas vetenskapliga kvalitet och om studiens forskningspersoner motsvarar den population som slutsatserna ska dras om. Enligt SBU:s handbok bedöms osäkerheten generellt som mycket stor om resultatet bygger på endast en studie [128].

SBU använder det internationellt utarbetade systemet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka [129]. Tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten uttrycks med hjälp av en evidensstyrka. Evidensgraderingen görs i två steg. I ett första steg ges varje sammanvägt resultat en preliminär evidensstyrka som sätts utifrån vilken design de ingående studierna har. Den säkraste typen av forskning är en randomiserad studie eftersom den i teorin gör undersökningsgrupperna likvärdiga före det att åtgärderna testas. Icke-randomiserade studier, inklusive kohortstudier och fall–kontrollstudier, tilldelas preliminärt en lägre evidensgradering. I ett andra steg kan den preliminära evidensstyrkan sänkas eller höjas beroende på ett antal omständigheter.

En systematisk litteraturoversikt väger samman resultat från olika studier. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) för att redovisa sin bedömning av tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos varje sammanvägt delresultat (utfall) i översikten.

Bedömningen innefattar, för varje sådant delresultat:

- hur stor risken är för systematiska fel i studierna (engelska: bias, snedvridning),
- hur mycket studierna motsäger varandra (engelska: inconsistency, bristande samstämmighet),
- i vilken grad som de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan (engelska: indirectness, bristande överförbarhet),
- hur stor den statistiska osäkerheten är (engelska: imprecision, bristande precision) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: publication bias).

Hänsyn tas också till storleken på delresultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt i vilken riktning som tänkbara snedvridande faktorer kan förväntas verka.

Faktarutan fortsätter på nästa sida

Faktaruta 3.1
Bedömning av resultatens tillförlitlighet med GRADE.

Faktaruta 3.1
fortsättning.

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- Det sammanvägda resultatet har **hög tillförlitlighet** (⊕⊕⊕⊕)
- Det sammanvägda resultatet har **måttlig tillförlitlighet** (⊕⊕⊕○)
- Det sammanvägda resultatet har **låg tillförlitlighet** (⊕⊕○○)
- Det sammanvägda resultatet har **mycket låg tillförlitlighet** (⊕○○○)

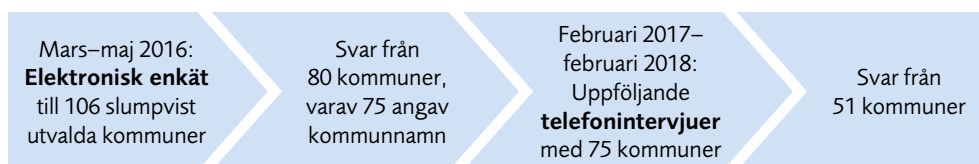
När det helt saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan gradering av tillförlitligheten.

Etiska, sociala och juridiska aspekter

Ett viktigt inslag i utvärderingen har varit att belysa etiska, sociala och juridiska aspekter av kunskapsläget om organisatoriska modeller för att placera barn och unga ska få hälso- och sjukvård och tandvård. Utgångspunkten har varit att principen *Vård på lika villkor* givetvis också ska gälla barn i social dygnsvård. Eftersom de etiska, sociala och rättsliga aspekterna i denna fråga är tätt sammanvävda, inte minst genom den lagstiftning som finns på området, har dessa aspekter hanterats i ett sammanhang. Utvärderingen har skett genom granskning av litteratur, myndighetstexter, lagtexter och rättspraxis inom området. Frågor som har ställts har varit av typen: Vilka lagregler avser att tillförsäkra barn i dygnsvård en vård på lika villkor? Vad saknas och vilka förbättringsmöjligheter finns? Är det i sig etiskt problematiskt med bristande kunskap om insatser för att tillförsäkra barnens hälsa? Hur förhåller sig kunskapsläget till barns rättigheter enligt Barnkonventionen? Frågorna har behandlats i diskussioner inom projektgruppen.

4 Praxisundersökning

I det här kapitlet redovisas *Frågeställning 1*: Vilka organisatoriska modeller används/finns i Sverige? Resultaten redovisas i två delar; resultat från den elektroniska enkäten och resultat från de uppföljande telefonintervjuerna.



Figur 4.1 Beskrivning av de två delarna av praxisundersökningen, elektronisk enkät och uppföljande telefonintervjuer.

Resultat från den elektroniska enkäten

För att undersöka vilka rutiner eller metoder som används för att säkra att barn och unga genomgår hälsokontroller (inklusive psykisk hälsa) inför/i samband med placering och för att säkra att barns och ungas tandhälsa undersöks kontaktades ett urval av kommuner. Av Sveriges 316 kommuner och stadsdelar eller liknande¹ (fortsättningsvis kallade kommuner) valdes 106 slumpvis ut. Kommunerna fick en elektronisk enkät mellan mars och maj 2016 (Bilaga 4 på www.sbu.se/289). Frågorna avsåg om kommunerna hade någon rutin eller metod för att säkra att alla barn och unga genomgår hälsokontroll (inklusive psykisk hälsa) i samband med placering och under placering, samt rutin och

¹ 287 kommuner samt storstädernas stadsdelar (14 i Stockholm, 10 i Göteborg och 5 i Malmö).

metod för att säkra att barns och ungas tandhälsa undersöks inför och under placering.

Enkäten distribuerades med e-post via Sveriges Kommuner och Landstings nationella nätverk av utvecklingsledare för barn och unga. De utsåg lämpliga personer i kommunerna, till exempel familjehemssekreterare eller barnsekreterare. Efter två påminnelser och kompletterande telefonintervjuer hade 80 svarat (75 %), varav fem inte angav kommunens namn. Dessa 80 ingår i analysen.

Av de 80 kommunerna som ingår i analysen var det 35 (43,8 %) som uppgav att de varken undersökte hälsan inför placering eller under placeringstiden. Motsvarande antal var 39 (48,8 %) för undersökning av tandhälsan (se Tabell 4.1). I några fall angavs att hälsoundersökningar förekom men inte regelmässigt (om behov finnes, men sker *inte* med automatik). Dessa svar kodades som att det saknades rutin eller metod.

Följande tre typer av svar erhöles på frågan om hur undersökning av hälsa och tandhälsa säkrades; med hänvisning till Barnens behov i centrum (BBIC)², med rutiner eller med övrigt (t.ex. *Enligt avtal* eller *Det finns en länsgemensam överenskommelse om hantering av hälsokontroll vid placering av barn*). Ungefär hälften av kommunerna uppgav att de inte hade rutiner eller metoder som säkrade att alla barn genomgick hälsoundersökning. Andelen som säkrade att tandhälsa undersöktes var något lägre (Tabell 4.1).

Tabell 4.1
Resultat från enkät om rutin eller metod för att säkra att barn och unga genomgår hälsokontroll (inklusive psykisk hälsa) i samband med och under placering och för att säkra att barns och ungas tandhälsa undersöks (n=80).

	Hälsokontroll (%)		Kontroll av tandhälsa (%)	
	Inför placering	Under placering	Inför placering	Under placering
Någon form av rutin eller metod	47,5	42,5	40	32,5
Ingen rutin	52,5	57,5	60	67,5

Många enkätsvar var otydliga vad gällde genomförandet av hälsokontroller, till exempel *Barns tandhälsa ska undersökas regelbundet* eller *Ett återkommande tema i kontakten med familjehemmen* eller *Ingen rutin men tandhälsan följs upp vid överväganden*. Hänvisningen till BBIC var också oklar eftersom BBIC endast anger ett antal frågor till handläggaren men utan definition eller krav om att svaren baseras på en professionell hälsoundersökning (t.ex. ”Har barnet astma, allergi eller eksem?”, ”Har barnet psykiska eller psykiatriska problem?”).

² Barnens behov i centrum (BBIC) ett dokumentationssystem som är anpassat efter socialtjänstens regelverk. Det är framtaget för socialtjänstens myndighetsutövning. BBIC ska bland annat stärka barnperspektivet och barns delaktighet.

Resultat från de uppföljande telefonintervjuerna

Eftersom det var en ganska stor andel kommuner som uppgav att de inte hade några speciella rutiner för att säkra barns och ungas tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård valde vi att komplettera enkätsvaren med telefonintervjuer. Vi formulerade om frågorna så att de var mer direkta om hälsoundersökningar (inklusive psykisk hälsa) och tandhälsoundersökningar faktiskt genomfördes. Frågorna ställdes till de 75 kommuner som hade besvarat enkäten och som gick att identifiera, oberoende av hur de hade svarat i den elektroniska enkäten. Intervjuerna genomfördes februari 2017 till februari 2018. Sammanlagt 51 personer (68 %) deltog slutligen i intervjun. Personerna kom från 51 kommuner med en god spridning över hela landet.

Nedan redovisas en sammanfattning av svaren på frågorna. Se även Tabell 4.2.

1. Rutinmässig hälsoundersökning gällande somatisk hälsa vid (inför/i samband med) placering

Av 51 kommuner svarade 26 att en rutinmässig hälsokontroll gjordes på alla placerade barn och unga, oavsett orsak till placering. Det vanligaste var att de fick sin hälsoundersökning gjord på närmaste vårdcentral. Sexton kommuner svarade att endast de som placerades enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) fick en hälsoundersökning. Nio av de 51 kommunerna hade ingen hälsoundersökning som gjordes rutinmässigt, varken på barn och unga placerade enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller enligt LVU. Av dessa åtta kommuner svarade sex att en hälsoundersökning gjordes vid behov, efter en individuell bedömning. En av dessa kommuner hade dock en hälsokontroll, oavsett placeringstyp, men endast för barn upp till tio år. Här ställdes en följdfråga om de gjorde en rutinmässig kontroll avseende vilka vaccinationer som barnet eller den unga fått. Frågan ställdes till 46 kommuner. Tolv kommuner hade en sådan rutinmässig kontroll. Av de resterande 34 kommunerna, svarade två att de frågade föräldrarna om barnet eller den unga hade följt vaccinationsprogrammet. Sex av kommunerna gjorde en vaccinationskontroll endast på de mindre barnen. En kommun gjorde en vaccinationskontroll endast på de barn som kom från utlandet. Övriga kommuner gjorde ingen kontroll.

2. Rutinmässig tandhälsoundersökning vid (inför/i samband med) placering

Endast tre av kommunerna svarade att de såg till att samtliga placerade barn och unga fick en kontroll av tandhälsan. Denna kontroll gjordes då på den tandvårdsklinik som var närmast barnets boende. Fem av kommunerna som svarade att de inte erbjöd tandhälsokontroll, nämnde att tandhälsokontroll ingick i deras rutin men trots detta följdes den inte upp. Fem av kommunerna svarade att tandhälsokontroll gjordes om behov fanns och att det var familjehemmen eller boendena som ansvarade för det. Sex av kommunerna svarade att det hade varit på tal om att få till en rutinmässig tandhälsokontroll.

3. Rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa vid (inför/i samband med) placering

Ingen av kommunerna samarbetade med en psykolog eller motsvarande för kontroll gällande psykisk hälsa inför placering. En kommun använde sig av skattningsskalan Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

4. Rutinmässig hälsoundersökning gällande somatisk hälsa under tiden barnet är placerat

Endast 1 av 51 kommuner svarade att de hade en rutinmässig hälsokontroll gällande somatisk hälsa under tiden barnet var placerat, oavsett placeringstyp. Av de andra som inte hade någon rutinmässig hälsokontroll svarade 6 kommuner att det gjordes vid behov, 14 svarade att barnen fick den sedvanliga hälso- och sjukvården som alla barn och unga i Sverige skulle få och att det var familjehemmen och HVB-hemmen som hade ansvaret för det och att socialtjänsten följde upp att det sköttes. Sexton kommuner svarade att de inte följde upp vården på något sätt men att de förutsatte att familjehemmen och HVB-hemmen gjorde detta. Fyra kommuner svarade att de följde upp området hälsa genom att ställa frågor.

5. Rutinmässig tandhälsoundersökning under tiden barnet är placerat

Ingen av kommunerna svarade att de hade en rutinmässig tandhälsoundersökning under tiden barnet var placerat.

6. Rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa under tiden barnet är placerat

Ingen av kommunerna hade en rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa under tiden barnet var placerat.

7. Rutiner kring preventivmedelsrådgivning för tonåringar som är placerade³

På denna fråga svarade 42 kommuner. I en kommun pratade socialtjänstens personal om preventivmedel med tonåringarna. En kommun svarade att om det framkom i utredningen att barnet hade haft en tidig sexdebut informerades barnet om ungdomsmottagningen. En av kommunerna svarade att de hade pratat om att införa detta och att det *fanns på agendan*. En av kommunerna tyckte att detta var en konstig fråga. Två av kommunerna svarade *aldrig hört förut*.

³ Fråga 7 och 8 lades till i ett senare skede och har därför inte ställts till samtliga 75 kommuner.

8. Screening för sexuellt överförbara sjukdomar

På denna fråga svarade 42 kommuner. Ingen av kommunerna erbjöd screening för sexuellt överförbara sjukdomar. Fyra kommuner svarade att det gjordes om det fanns misstanke eller signaler om att det behövdes.

	Ja (%)	Nej (%)
1. Rutinmässig hälsoundersökning vid placering	51	49
2. Rutinmässig tandhälsoundersökning vid placering	6	94
3. Rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa vid placering	2	98
4. Rutinmässig hälsoundersökning under tiden barnet är placerat	2	98
5. Rutinmässig tandhälsoundersökning under tiden barnet är placerat	0	100
6. Rutinmässig kontroll gällande psykisk hälsa under tiden barnet är placerat	0	100
7. Rutiner kring preventivmedelsrådgivning för tonåringar som är placerade	2	98
8. Screening för sexuellt överförbara sjukdomar	0	100

Tabell 4.2
Fördelning av svar i de uppföljande telefonintervjuerna (n=51).

Eftersom frågorna inte är exakt lika formulerade och eftersom det är olika personer i verksamheterna som har svarat på den elektroniska enkäten respektive telefonintervjuerna överensstämmer inte svaren i de båda. I telefonintervjuerna formulerades frågorna så att de var mer direkta beträffande om hälsoundersökning, inklusive psykisk hälsa, och tandhälsoundersökning faktiskt genomfördes inför och under placering. Den elektroniska enkäten besvarades av familjehemsekreterare eller barnsekreterare medan de som intervjuades per telefon var enhets- och verksamhetschefer.

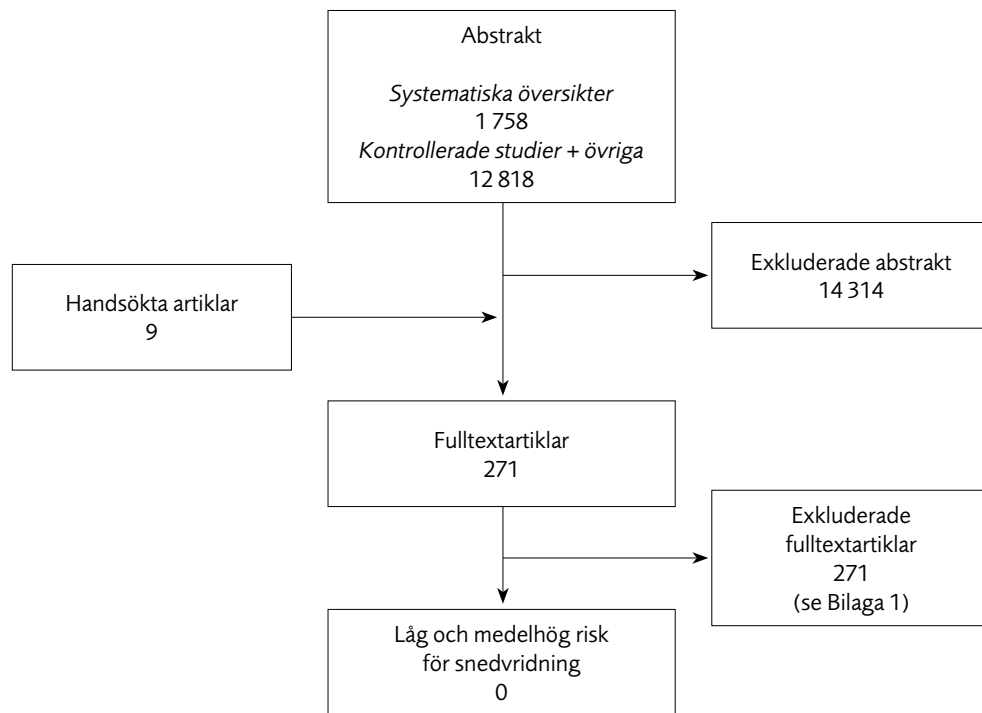
5 Den systematiska översikten – effekter

I det här kapitlet redovisas *Frågeställning 2*: Vilka är effekterna av organisatoriska modeller för att placerade barn och unga i familjehem och på institutioner ska få hälso- och sjukvård och tandvård? Frågan gäller inför, under och efter placering.

Flödesschema över ingående studier

Totalt identifierades 14 576 artikelsammanfattningar (abstrakt) i databassökningarna. Figur 5.1 visar det sammanlagda antalet abstrakt respektive studier som identifierades vid sökningarna.

Figur 5.1
Flödesschema över
litteratursökning



Resultat efter granskning

Inte någon studie av låg eller medelhög risk för snedvridning identifierades som undersökte effekterna av organisatoriska modeller för att placera barn och unga i familjehem och på institution skulle få hälso- och sjukvård och tandvård.

Exkluderade studier av intresse

Nedan följer en beskrivning av de studier som sammantaget inte uppfyller våra inklusions- och kvalitetskriterier, men som ändå kan vara av intresse. Vi fann några studier med kvasiexperimentell ansats. Övriga studier var kohortstudier med för- och eftermätning, tidseriestudier utan jämförelsegrupp, studier som validerat och testat standardiserade instrument med mera. Resultaten av dessa studier bör dock tolkas med försiktighet då dessa studiedesigner kan innebära ökad risk för snedvridning.

En systematisk översikt med låg risk för snedvridning identifierades genom handsökning [130]. Översiktens författare identifierade fem studier av intresse för vår frågeställning. Översikten inkluderade dock studier utan jämförelsegrupp, vilket var ett krav för att inkluderas i vår utvärdering. Studierna som är inkluderade i den systematiska översikten identifierades också i vår litteratursökning och redovisas nedan.

Studier avseende instrument för att bedöma psykisk hälsa

Enligt bestämmelser för hälso- och sjukvården och den sociala barnvården i England, ska alla barn som placeras screenas med instrumentet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) för att upptäcka psykisk ohälsa [115]. Barnen

ska dessutom följas upp årligen med samma instrument. Sex studier från olika länder som screenat placerade barn och validerat resultaten med annan information (t.ex. diagnostiska instrument), fann att SDQ var ett ”tillräckligt bra” instrument för att upptäcka psykisk ohälsa som borde föranleda klinisk utredning [115,131–135]. Även andra instrument testades [136].

En grupp studier från USA undersökte om screening med standardiserade instrument gjorde någon skillnad, jämfört med ”sedvanlig praktik” för hälsokontroller av placerade barn. Jee och medarbetare genomförde tre studier där resultat från screening med standardiserade instrument jämfördes med kliniska bedömningar i samband med hälsoundersökningar vid placering i dygnsvård [137–139]. Hälsoundersökningarna utfördes av barnläkare på en Medical home-klinik¹ för barn i social dygnsvård. I den första studien från screening med Ages and Stages Questionnaire (ASQ, ett instrument som bl.a. används för att identifiera barn med försenad utveckling) jämfördes 251 barn mellan 4 månader och 5 år med 181 barn som hade undersökts på kliniken innan ASQ började användas [137]. I gruppen som screenades med ASQ fann man dubbelt så många barn med indikationer på försenad utveckling, jämfört med gruppen utan användning av ASQ (58 % vs. 29 %).

I den andra studien med liknande metodik testades ett närbesläktat instrument för att identifiera förskolebarn med indikationer på tidiga socio-emotionella problem [138]. I studien jämfördes 159 barn som hade screenats med Ages and Stages Questionnaire – Social Emotional (ASQ-SE) med barn som fått sedvanliga hälsoundersökningar från samma klinik innan bruket av standardiserade instrument hade initierats. I gruppen som hade screenats med ASQ-SE hade 24 procent sådana indikationer jämfört med 4 procent i gruppen med sedvanliga hälsoundersökningar.

I den tredje studien undersöktes 195 barn, 11–17 år, som befann sig i dygnsvård, med SDQ för att identifiera indikationer på psykiska hälsoproblem [139]. Barnen jämfördes med en lika stor grupp i samma åldrar som hade genomgått hälsokontroller på samma klinik, innan bruket av SDQ och andra instrument blev en del av rutinerna. Screening med SDQ fann dubbelt så många barn med indikationer på psykisk ohälsa, jämfört med de sedvanliga hälsokontrollerna (54 % vs. 27 %). Gallager och medarbetare undersökte om omedelbar screening för symtom på självmordsbeteende vid intagning till institutionsvård för ungdomskriminella i USA gjorde någon skillnad på risken för självmordsförsök under institutionsvistelsen [140]. Data från 3 690 institutioner analyserades med hjälp av multilevelanalyser. De fann att institutioner som inte screenade unga intagna inom 24 timmar efter inskrivning hade signifikant högre oddskvot (OR) för allvarliga självmordsförsök på institutionen (OR 1,3 till 4,7).

Screeninginstrument som liknar SDQ ger inga konklusiva svar om eventuella diagnoser. För det krävs en djupare klinisk utredning med diagnostiska instrument. I en studie av Undheim och medarbetare med 400 institutionsplacerade barn och ungdomar mellan 12 och 23 år i Norge, jämfördes dels information

¹ Medical home är vanligen en specialistklinik för placerade barn och ungdomar. Medical home ansvarar för hälso- och sjukvård under tiden de placerade barnen och unga är i dygnsvård.

från diagnostiska intervjuer med Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA), dels data från lärarskattningar av samma ungdomar med Teachers Report Form (TRF) och dels data från Child Behavior Checklist (CBCL) som ifylldes av ungdomarnas kontaktpersoner på institutionen [141]. Resultaten visade att lärarna tenderade att underskatta förekomsten av allvarliga psykiska problem hos ungdomarna, medan kontaktpersoner på institutionerna såg ungdomarna som sjukare och mer problematiska.

Studier avseende psykofarmaka

Tre studier undersökte effekter av systematisk minskning av psykofarmaka till barn och unga i dygnsvård. Bellonci och medarbetare studerade 531 ungdomar mellan 7 och 18 år med allvarliga beteendeproblem [142]. Ungdomarna var placerade på två institutioner. En systematisk omprövning, baserad på medicinska data, tester med mera av aktuella recept, ledde till att 55 procent av ungdomarna fick mindre psykofarmaka än tidigare, 14 procent fick mer psykofarmaka och för 20 procent blev medicineringen oförändrad. Slutligen fanns en grupp (11 %) som varken före eller efter omprövningen fick psykofarmaka. Utfallen var antalet våldsincidenter på institutionerna. Med den systematiska omprövningen minskade våldsincidenterna med 62 procent från inskrivningsdagen till och med utskrivningsdagen, liksom bruk av tvångsingripande från personalen. Det senare minskade med 72 procent över tid. Huefner och medarbetare gjorde en studie med 228 ungdomar med snarlik bakgrund [143]. Efter en systematisk omprövning av medicineringen med psykofarmaka följdes ungdomarna fram till utskrivningsdagen (genomsnitt 4,5 månader). Forskargruppen fann signifikanta minskningar över tid av aggressiva handlingar från ungdomarna, minskning av internaliseringssymtom, minskad användning av isolering och färre tvångsingripanden från personalen samt färre incidenter av självmordsbeteende. I en annan studie använde Lee och medarbetare administrativa data för att undersöka effekterna av nya riktlinjer för medicinerings av psykofarmaka för unga med allvarliga beteendeproblem i institutionsvård [144]. Undersökningsgruppen var tre institutioner som under uppföljningstiden (10 år) hade haft drygt 10 800 ungdomar inskrivna. Slutsatsen var att implementeringen av de nya riktlinjerna ledde till minskade kostnader för psykofarmaka men *inte* till att antalet vålds- och aggressionsincidenter ökade.

Som jämförelse kan nämnas en annan amerikansk studie som använde administrativa data för att undersöka eventuella effekter av förskrivning av antipsykotiska läkemedel på stabilitet i familjehemsvård eller institutionsvård under en halvårsperiod [99]. Med hjälp av propensity score matching jämfördes 65 barn som fick antipsykotiska läkemedel i början av uppföljningsperioden med 325 matchade barn i familjehemsvård (bland annat på psykiatrisk diagnos) som inte hade förskrivits antipsykotiska läkemedel. Omfattningen av oplanerade omplaceringar var i stort densamma i båda grupperna. Förskrivningen av antipsykotiska läkemedel verkade med andra ord inte förbättra stabiliteten i vården.

Studier avseende vaccination

Den omfattande reformen av hälsovården av placerade barn i England har aldrig utvärderats systematiskt. Det som finns är studier som bland annat jämför

tillgång till hälsovård och tandvård samt vaccinationstäckning före och efter implementeringen av de nya bestämmelserna [73,145–148]. Samtliga studier visar på väsentliga förbättringar på tillgång till hälsovård, men vaccinations-täckningen var fortfarande år 2015 lägre bland placerade barn än bland andra jämnåriga.

Studier avseende specialistmodeller

Jaudes och medarbetare använde administrativa data för att utvärdera en lokal variant av en Medical home-klinik i Illinois, HealthWorks [149]. I studien jämfördes tillgång till sjukvård för 28 844 placerade barn som var inskrivna i HealthWorks med 18 187 placerade barn som inte var inskrivna i HealthWorks, samt över 600 000 barn i Chicago vars familjer hade så låga inkomster att barnen fick fri sjukvård (Medicaid). I studien nämns bara resultat som visar på skillnader mellan de båda grupperna av placerade barn. Fler barn i HealthWorks fick en hälsokontroll (74 % vs. 55 %) och behandling av läkare (71 % vs. 51 %). Något fler barn fick hörsel- och syntester. Det fanns dock inga väsentliga skillnader avseende hur många som hade fått barn- och ungdomspsykiatrisk vård eller sjukhusvård. I en studie från år 2012 användes administrativa data för att jämföra 28 934 placerade barn med nära 1,5 miljon barn som växte upp hemma med fattiga föräldrar (kvalificerade för fri sjukvård) [125]. Efter justering av snedvridningsfaktorer i studien (inklusive kroniskt ohälsotillstånd), hade de placerade barnen trefaldigt högre odds för att ha fått en hälsoundersökning under en sjuårsperiod och för att ha fått tandvård samt sexfaldigt högre odds för att ha fått psykiatrisk vård på barn- och ungdomspsykiatrisk klinik (OR 6,1). Mer triviala skillnader fanns för övrig sjukhusvård eller för akutvård.

I en annan amerikansk studie jämförde Horwitz och medarbetare 120 barn i åldern 1–6 år, som hade skrivits in vid en specialistklinik för familjehemsplacerade barn, med 58 familjehemsplacerade barn som hade fått sin hälsovård via den vanliga primärvården (vanligtvis allmänläkarmottagningar) [150]. Enligt information från familjehemsföräldrarna fanns det inga signifikanta skillnader mellan grupperna vid studiens start, avseende hälso- och utvecklingsrelaterade problem. Enligt hälsobedömningar vid placeringstillfället för båda grupperna fanns det inga skillnader i fysiska hälsoproblem. Hos de barn som fick sin hälsovård via den specialiserade kliniken ansågs dock 57 procent ha utvecklingsförse-ningar jämfört med knappt 9 procent i jämförelsegruppen. Trenden var samma för psykiska problem. Betydligt fler barn i den första gruppen blev hänvisade till olika hälso- och sjukvårdsinsatser (71 % vs. 43 %). Dock var skillnaden bland barnen som hade pågående insatser bara signifikant vid uppföljningen 6 månader efter placering men inte vid 12 månader.

En studie av Williams och medarbetare utgick från en specialistklinik för placerade barn i Florida [151]. Där screenades 432 barn i åldern 0–3 år med Mental Health Screening Tool/0–5 och resultaten användes för att hänvisa barn med behov av psykisk hälsovård till relevanta vårdgivare. Forskarna studerade kvalitetsökande insatser i processen, till exempel utbildning till personal och ökad specialisering inom kliniken. Utfallsmättet var ”korrekta” hänvisningar utifrån nya systematiska bedömningar av information från screeningen. Efter

förbättringarna av programmet steg proportionen ”korrekta” hänvisningar från 61 procent till 80 procent.

Casey Family Programs familjehemsvård beskrivs vanligen som bättre (i en rad olika dimensioner) än ”vanlig” amerikansk delstatlig familjehemsvård. Barnen och familjehemsföräldrarna har bland annat tillgång till en rad olika hälso-relaterade stödresurser. Kessler och medarbetare utvärderade programmets långsiktiga effekter på fysisk och psykisk hälsa med en kvasiexperimentell ansats (matchad jämförelsegrupp bestående av barn som fick ”vanlig” familjehemsvård) [42]. Unga vuxna, cirka 25 år, från båda grupperna (n=111 vs. n=368) intervjuades med de standardiserade instrumenten WHO Composite International Diagnostic Interview för psykisk hälsa och Chronic Condition Checklist för fysisk hälsa. Casey-gruppen hade avsevärt bättre hälsa på båda måtten (NNT=3 för psykisk hälsa, NNT=5 för fysisk hälsa). Med NNT (number needed to treat) menas det genomsnittliga antalet personer som behöver behandlas för att en sannolikhet ska bli hjälpt. Svagheten med studien är att en beskrivning av de hälsorelaterade insatserna saknas i publikationen.

Studier avseende organiserat informationsutbyte

Risley-Curtiss och medarbetare undersökte om tillgången till relevant hälso- och sjukvård kunde förbättras genom att den personal som utför hälsoundersökningar vid placering fick tillgång till relevant information om barnets hälsohistoria [152]. I studien jämfördes 1 060 barn i två interventionsgrupper (stad och landsbygd) med 1 447 barn i två jämförelsegrupper (stad och landsbygd) där hälsovårdsrutinerna för placerade barn inte hade ändrats. Utfall var genomförda hälsoundersökningar inom 14 dagar (58 % vs. 13 % för barn i stadsgrupperna, 64 % vs. 11 % för barn i landsbygdsgrupperna), inom 30 dagar (76 % vs. 16 % och 80 % vs. 14 %) samt efter hela den 12 månader långa uppföljningstiden (92 % vs. 34 % och 88 % vs. 14 %).

Resultaten står i kontrast till en brittisk studie som utvärderade ett försök att öka vaccinationsgraden hos placerade barn [68]. Forskargruppen fann att bara 53 procent av en undersökningsgrupp på 136 barn hade fullständiga vaccinationer, jämfört med 90 procent av jämnåriga hemmaboende barn i samma geografiska region. Interventionen bestod i att förse ansvarig chef för motsvarande socialtjänsten i området med komplett och detaljerad information om individuella barns vaccinationshistoria och om vilka vaccinationer som barnet borde få. Uppföljningstiden var 12 månader. Inget av de 54 barn som borde fått sina vaccinationer uppdaterade i efterhand blev vaccinerade under året som gick.

6 Etiska, sociala och juridiska aspekter

I det här kapitlet redovisas *Frågeställning 3*: Vilka etiska, sociala och juridiska frågor aktualiseras vid val av organisatoriska modeller?

Organisation och reglering

Reglerna för hur hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg av barn som placeras i samhällsvård ska ske finns reglerat i flera lagar. Föräldrabalken anger att alla barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran samt att varje barn ska behandlas med aktning för sin person (6 kap. 1 § FB). Det är den som har vårdnaden om barnet som har ansvaret för barnets personliga förhållanden och som ska se till att barnets behov blir tillgodosedda (6 kap. 2 §). Detta vårdansvar gäller fram till dess att barnet fyller 18 år. Alla barn ges dock inte de förutsättningar som lagen ställer upp i fråga om föräldrars ansvar och skyldigheter att ge sina barn goda uppväxtvillkor. Samhället har då i uppgift att träda in istället för föräldrarna med olika typer av stöd och skydd som anges i flera sociala lagar. Här kan särskilt nämnas följande lagar:

- Socialtjänstlagen som bland annat ålägger socialnämnden det yttersta ansvaret för barn i kommunen (2 kap. 1 §, jfr 5 kap. 1 § SoL).
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) som ger möjlighet till tvångsinsatser i syfte att skydda barnets hälsa.
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128 LPT) som ger möjlighet till insatser för det barn som lider av en allvarlig psykisk störning och som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk tvångsvård.

När någon av dessa lagar aktualiseras genom beslut i socialnämnd eller i domstol övergår ansvaret för barnets bästa på den aktuella myndigheten som ska verkställa beslutet. För psykiatrisk tvångsvård är det landstinget som har ansvaret. För all annan vård är det socialnämnden som övertar ansvaret för barnet. Föräldern överlåter i dessa fall, frivilligt eller tvångsvis, det i Föräldrabalken uttryckliga ansvaret för barnets tillvaro till myndigheten. Det innebär att barnets rätt till omvårdnad och trygghet under en kortare eller längre tid istället ska tillförsäkras genom myndighetens försorg. Denna princip brukar gå under den latinska beteckningen *in loco parentis*¹. Den innebär att liknande ansvar för barnets bästa bör gälla när samhället tar över ansvaret för barns vård, i synnerhet om detta sker under lång tid. Ett annat sätt att uttrycka samma sak är att staten ska uppträda som en någorlunda hygglig förälder när den tar på sig ansvar *in loco parentis*. Det innebär implicit även att samhället ska kompensera för de brister som eventuellt förekommit i omsorgen av barnet tidigare.

Frågan om ansvaret för barnets hälsa kompliceras av att det finns flera huvudmän och därmed en klar risk för oklarheter om fördelning och ansvarstagande mellan dessa. För att tydliggöra de båda aktörernas respektive ansvar finns sedan den 15 april 2017 ökade krav på kommunen att initiera kontakt med landstinget i fråga om hälsoundersökningar i samband med familjehems- och institutionsplaceringar. I 5 kap. 1 d § SoL framgår att kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Socialtjänstens övergripande ansvar för att barn som vårdas i familjehem, jourhem, annat enskilt hem, stödboende eller hem för vård eller boende, får den hälso- och sjukvård som de behöver framgår också av samma lag (6 kap. 7 § SoL).

En förutsättning för att kunna tillförsäkra barnet en så god hälsa som möjligt under samhällsvården är att undersöka barnets hälsotillstånd inför varje placering. Den lagstadgade skyldigheten för landstingen i Lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet innebär att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år ska erbjudas en sådan undersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds. För att landstingen ska få vetskap om vilka barn som är aktuella för en sådan undersökning finns en bestämmelse i Socialtjänstlagen som uttalar ett krav till socialnämnden att underrätta landstinget, om det inte är obehövt, att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år ska placeras i samhällsvård (11 kap. 3a § SoL). I förarbetena betonas att det är väsentligt att hälsoutredningen innehåller tillräcklig information om barnets utveckling, fysiska och psykiska status samt tandstatus för att se till att placerade barn och unga får den hälso- och sjukvård och tandvård som de har rätt till (SOU 2015:71, prop. 2016/17:59).

För de barn som placeras med stöd av tvångslagstiftningen LVU finns däremot sedan länge en verkställbar bestämmelse i 32 § i denna lag som uttrycker ett tydligt krav att en läkarundersökning ska ske innan socialnämnden ansöker om tvångsvård i förvaltningsdomstolen (om det inte är obehövt p.g.a. särskilda skäl). Om socialnämnden mot förmodan inte bifogar ett läkarintyg till

¹ Latin: I föräldrars ställe.

ansökan om vård så kan domstolen på eget initiativ förordna om en sådan undersökning.

Etiska och rättsliga grundprinciper

Två principer kan särskilt uppmärksammas för den etiska och rättsliga analysen i denna rapport. Den första principen är att alla barn har rätt till *vård på likvärdiga villkor*. Det svenska samhället har i flera decennier haft som mål att skapa likvärdighet vad gäller medborgarnas hälsa [153]. I fråga om barn finns ett särskilt krav på likvärdighet i de allmänna mänskliga rättighetsmålen. Likvärdighet handlar både om att undvika ogrundade skillnader i offentliga insatser och att kompensera för ogynnsamma hemförhållanden eller andra uppväxtvillkor. Målet om likvärdighet aktualiserar frågor om rättssäkerhet och behovet av rutiner och dokumentation som säkerställer att barn och unga inte behandlas på ett slumpmässigt eller orättvist sätt av det offentliga. Men likvärdighet får samtidigt inte innebära att samhällsvården behandlar alla barn enligt samma mall, utan hänsyn till behov och förutsättningar. Detta gäller vid olika slags samhällsinsatser som rör barn och unga, inklusive hälso- och sjukvård och tandvård. I fråga om Hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara likvärdig och oberoende av sociala och ekonomiska hemförhållanden, vilket innebär att den ska kompensera för ogynnsamma hemförhållanden och existerande ojämlikhet mellan barn i Sverige. För att skapa rimligt goda förutsättningar för att ta till vara varje barns behov av hälsofrämjande insatser krävs kunskap om var problemen ligger och vilka möjligheter som finns att förbättra läget. De insatser som samhället erbjuder ska skapa grundläggande förutsättningar för att ge samhällsvårdade barn ökad möjlighet till likvärdiga villkor. Det innebär att insatserna ska också sträva mot att kompensera för sådana brister som barnet kan ha varit utsatt för tidigare i hemmet. Detta kan betyda att särskilda organisatoriska lösningar är nödvändiga för att säkerställa att barnen får den hälso- och sjukvård och tandvård de behöver.

Den andra principen rör barnets särskilda rättigheter enligt Barnkonventionen. Barnets roll som rättighetsinnehavare i kontakt med myndigheter har under de senaste decennierna successivt införlivats i svensk lag. Barnets rätt har numera också grundlagsstöd. Sedan år 2011 anges i Regeringsformen (RF) att det allmänna ska verka för att barns rätt tas till vara (1 kap. 2 § 5 st). Enligt regeringens strategi för att förverkliga barnets rättigheter ska beslut och åtgärder som rör barn följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv (jämför prop. 2009/10:232). Av strategin framgår att ett barnrättsperspektiv ska grundas på de normer och principer som ställs upp i Barnkonventionen (Regeringskansliet, 2011, s. 8). Barnkonventionen planeras att inkorporeras och bli svensk lag år 2020 (prop. 2017/18:186 Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter). Den blir därmed likvärdig annan svensk lagstiftning såsom Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. I Barnkonventionen är barns rätt till hälsa på likvärdiga villkor en grundläggande rättighet. Enligt artikel 24 och 25 ska alla barns rätt till hälso- och sjukvård säkerställas. Andra centrala delar av konventionen är rätten att inte diskrimineras (artikel 2), att barnets bästa alltid ska komma i främsta rummet (artikel 3) och rätten att få komma till tals

(artikel 12). Konventionen uttalar också den tidigare nämnda betydelsefulla *in loco parentis*-principen.

Barnkonventionen utgör inte ensam grunden för ett barnrättsperspektiv. Grundläggande förvaltningsrättsliga principer om krav på delaktighet, integritetsskydd och rättssäkerhet vid beslut, behandling och vård ska tillämpas på beslut som rör barn och unga. Diskriminering och särbehandling av barn utan sakskäl är inte tillåtet enligt Diskrimineringslagen (2008:567). Ett barnrättsperspektiv har alltså sin grund i rätten att bli bemött med värdighet och respekt på lika villkor som andra människor (jämför SOU 2015:71 s. 1150f.) med hänsyn till den utsatthet som barnet befinner sig i. Det låter enkelt men har visat sig vara mycket svårt att förverkliga i praktiken.

Lagstiftaren har under senare år gett ett ökat ansvar till socialtjänsten att barns hälsotillstånd verkligen uppmärksammas och utreds inför varje placering. Samtidigt kvarstår frågan om lagens krav är tillräckliga för att stärka barnens rätt till hälsa i praktiken. För det första finns fortfarande inga krav på att hälsoundersökningen ska ske av en läkare. För det andra finns inga krav på att barnets tandstatus ska kontrolleras. För det tredje ska initiativet till hälsoundersökningen fortfarande komma från socialnämnden, eftersom det är den myndighet som har det övergripande ansvaret för barnet. Lagens nuvarande utformning ger därmed knappast några garantier för att en genomgående medicinsk undersökning kommer att verkställas för alla barn som placeras. Resultaten från vår praxisundersökning återspeglar behovet av ytterligare insatser. En särskild organisatorisk modell med föreslagna rutiner och stöddokument skulle kunna stödja socialtjänsten i arbetet med att uppmärksamma och åtgärda barnens hälsobehov.

Placerade barns röster verkar i princip vara obefintliga när det gäller deras hälsa. Trots de många insatser och den uppmärksamhet som rätten att få komma till tals fått de senaste åren genom lagstiftnings- och myndighetspolicydokument verkar det inte ha haft någon större genomslagskraft inom hälso- och sjukvården och tandvården för dessa barn. Detta problem har också uppmärksammats tidigare. I rapporten *Våga fråga – röster från barn i familjehem*, behandlas hur många placerade barn som inte har någon som lyssnar på dem, vilket riskerar både att leda till försenade eller försämrade samhällsinsatser och upplevelser av hjälplöshet och otrygghet [154].

Samhällsvården av barn och unga behöver stärkas och kvalitetssäkras när det gäller deras hälsa. Det innebär sannolikt ytterligare lagändringar för att tillgodose de samhällsvårdade barnens rättigheter och behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Men det behövs framför allt en förändrad praktik och en ökad anpassning till de lagliga kraven att kompensera för placerade barns behov av hälso- och sjukvård och tandvård.

Det mesta tyder på att hälsomhändertagandet i den svenska sociala barnvården alltjämt är bristfälligt. De annars välfungerande nationella hälsoundersökningar som erbjuds alla barn och unga räcker inte till för denna grupp, det behövs därför även en förändrad praktik.

7 Kostnader för en tänkbar organisatorisk modell

I det här kapitlet redovisas *Frågeställning 4*: Vilka resurser krävs för att skapa en organisatorisk modell för att placerade barn och unga ska få hälso- och sjukvård och tandvård?

Detta avsnitt beskriver ett scenario med en tänkbar ny organisatorisk modell för att säkerställa att placerade barn får den hälso- och sjukvård och tandvård de behöver. Avsnittet innehåller även en uppskattning av den resursåtgång och de kostnader som en sådan modell skulle medföra. I scenariot beskrivs endast kostnaderna för att starta och upprätthålla det nya systemet, så de möjliga kostnadsbesparingar eller kostnadsökningar som en förändrad praktik kan leda till är inte beräknade.

En granskning av det engelska systemet för samhällsplacerade barn rekommenderar en organisatorisk modell som består av tre delar; PPP [155]. Fritt översatt från engelska blir detta Papper, Personal och Policies. Rapporten hävdar att det krävs Papper, dvs en systematisk dokumentation och en standardiserad uppföljning av de samhällsplacerade barnens behov av hälso- och sjukvård och tandvård, samt en automatisk informationsöverföring mellan de olika aktörer som ger barnen vård. Personal avser särskilt utsedda personer som har ansvaret för uppföljning av de placerade barnens hälsa, i det engelska systemet en namngiven läkare och en namngiven sjuksköterska. Policies, kanske hellre kallade checklistor och handlingsplaner på svenska, behövs för att planera barnens hälso- och sjukvård och tandvård så att de får vård anpassad till deras specifika hälsoproblem och för att beskriva hur information om barnens situation ska förmedlas mellan olika ansvariga aktörer.

Ett så kallat Hälsokort skulle kunna skapas för varje barn och ungdom som placeras i samhällsvård. Detta är en del av de Papper som den engelska gransk-

ningen rekommenderar. Det finns redan framtagna förslag på vad ett Hälsokort bör innehålla, som även testats i Malmö stad [156]. Handläggnings- och dokumentationssystemet Barnens behov i centrum (BBIC) har nyligen reviderats för att kunna inkludera relevanta uppgifter [105]. Metodiken för Hälsokort skulle på sikt kunna beskrivas i Socialstyrelsens handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen *Utreda barn och unga*.

En grov uppskattning av den resursåtgång som krävs för att uppdatera informationen i ett barns Hälsokort kan vara en halv dags arbetstid (4 timmar) för ansvarig socialsekreterare vid den sedvanliga halvårsuppföljningen av barnets situation, det vill säga cirka 1 000 kronor¹ per gång och 2 100 kronor per år. För att införa den nya rutinen Hälsokort i socialtjänstens verksamhet krävs även utvecklingsarbete. Att ta fram formuläret Hälsokort i digital form medför kanske en månads arbete för systemutvecklare², med en kostnad på drygt 50 000 kronor. Det skulle även krävas viss utbildning för varje socialsekreterare, förslagsvis ett halvdags-seminarium³, med en kostnad på totalt cirka 770 000 kronor.

Kopplat till Hälsokortet är den nyligen införda svenska lagen (2017:209) om en hälsoundersökning av barnet då det först kommer i samhällsvård. En sådan hälsoundersökning ingår i den faktor som den engelska rapporten kallar Personal, och bör utföras av en läkare med särskild kompetens. I en bilaga till rapporten *Barn kan inte vänta* beskriver läkaren Stefan Kling vad en sådan hälsoundersökning bör innehålla [157]. Han skattar att undersökningen totalt kräver fyra timmars arbete, som kan värderas till 2 430 kronor⁴. De svenska erfarenheterna visar att en sådan hälsoundersökning leder till att en rad tidigare försummade vårdbehov upptäcks [38,105,156,157]. Detta medför ytterligare vårdbesök för barnen. Den vårdkonsumtionen bör inte ingå i en beräkning av den extra resursåtgång som ett system för att stödja samhällsplacerade barns hälsa medför. Sådana vårdinsatser är ju tillgängliga för alla barn i Sverige, som en del av välfärdssamhället.

Den medicinska hälsoundersökningen skulle kunna kompletteras med en undersökning av barnens tandstatus. Den bör göras av tandläkare med särskild kompetens, och beräknas ta cirka en timme. Kostnaden för denna undersökning uppgår till 2 415 kronor, enligt referenspriset i tandvårdsförsäkringen⁵.

¹ Alla löner i detta avsnitt är baserade på den genomsnittliga månadslönen år 2016 inom offentlig sektor från SCB:s lönedatabas, med antagen arbetstid 165 timmar per månad och inklusive sociala avgifter på 40 procent. Kostnad per timme för socialsekreterare (SSYK kod 2661) är 268 kronor.

² Kostnad per månad för mjukvaru- och systemutvecklare med flera (SSYK kod 2512) är 52 780 kronor.

³ Tre timmars arbetstid per socialsekreterare, och antagandet att tre socialsekreterare per kommun (287 kommuner) och per stadsdelsförvaltning (14 i Stockholms Stad och 10 i Göteborgs Stad) samt 20 socialsekreterare i Malmö Stad bör utbildas ger sammanlagt 2 859 timmar. Kostnad per timme för Socialsekreterare (SSYK kod 2661) är 268 kronor.

⁴ Kostnad per timme för specialistläkare (SSYK kod 2211) är 608 kronor.

⁵ Alla insatser från tandvården värderas enligt Tandvårdsstödet referenspris för åtgärder, enligt <https://www.tlv.se/tandvard/referensprislista.html> tillgänglig 2018-03-05. Kostnaden för åtgärd 108S av specialisttandläkare är 2 415 kronor, från januari 2018.

Undersökningen av tandstatus medför sannolikt att tandvårdsbehov upptäcks bland barnen, men inte heller denna vårdkonsumtion bör inkluderas i beräkningen, då den vården ska vara tillgänglig för alla svenska barn.

I det engelska systemet för att följa placerade barn ingår även regelbundna uppföljningar av barnens hälsotillstånd, som i detta scenario genomförs av en skol-sköterska med särskild kompetens. Ett årligt besök på en timme kan förväntas medföra två timmars arbetstid, med en skattad kostnad på 584 kronor⁶. Då ingår även förberedelse inför och dokumentation av besöket. För att följa upp barnens tandhälsa kan det vara lämpligt med ett årligt besök hos tandhygienist, med en kostnad på 610 kronor⁷. Det kan även krävas ett sista överlämnande besök hos specialisttandläkare då placeringen avslutas, för att säkerställa att planerade behandlingar genomförts och planera för den fortsatta tandvården. Det besöket prissätts på samma sätt som den inledande undersökningen av tandstatus, till 2 415 kronor⁸.

Det sista P:et i den engelska rapporten, Policies, är ett systematiskt arbete med framtagna stöddokument för att följa och planera barnens hälso- och sjukvård och tandvård [155]. I det arbete som bedrivs i det danska Marieagerford kommun finns till exempel olika checklistor utefter barnens ålder [109]. Sådana checklistor kan tas fram av någon organisation på nationell nivå. Andra exempel på policydokument kan vara mer lokalt framtagna beskrivningar av vilka aktörer, inklusive namngivna kontaktpersoner, som bör kontaktas om barn har något specifikt problem. När sådana policies finns tillgängliga underlättar de sannolikt arbetet för de ansvariga, men det krävs utvecklingsarbete för att sammanställa de olika dokumenten. En grov uppskattning kan vara fyra månaders arbete för att ta fram de gemensamma nationella checklistorna och handlingsplanerna, värderat till 200 000 kronor⁹. Det tillkommer kanske en veckas arbete av ansvarig chef inom socialtjänsten per kommun/stadsdel, uppskattat till 14 300 kronor per kommun/stadsdel¹⁰, och totalt cirka 4,5 miljoner kronor för de 316 kommunerna/stadsdelarna, för de lokalt anpassade policydokumenten. Viss lokal information finns sannolikt redan sammanställd inom ramen för arbetet med strukturerad samverkan mellan socialtjänsten och andra lokala organisationer runt barnet (förskola, skola, hälso- och sjukvård, polis).

I Tabell 7.1 sammanfattas den resursåtgång som skulle kunna krävas för att initiera och upprätthålla den skissade organisatoriska modellen för att främja en sammanhållen hälso- och sjukvård och tandvård efter de placerade barnens behov. De största kostnaderna uppstår när modellen startas, då nödvändigt material ska sammanställas och personal utbildas, sammanlagt drygt 5,5 miljoner kronor. Större delen av dessa kostnader uppstår lokalt i kommunerna/

⁶ Kostnad per timme för skolsköterska (SSYK kod 2233) är 292 kronor.

⁷ Kostnaden för åtgärd 111, utförd av tandhygienist, är 610 kronor.

⁸ Kostnaden för åtgärd 108S av specialisttandläkare är 2 415 kronor.

⁹ Kostnad per månad för planerare och utredare m.fl. (SSYK kod 2422) är 51 800 kronor.

¹⁰ 40 timmars arbetstid per ansvarig enhetschef, och antagandet 1 per kommun (287 kommuner) och stadsdelsförvaltning (14 i Stockholms Stad och 10 i Göteborgs Stad) samt 5 i Malmö ger sammanlagt 316 ansvariga chefer.

stadsdelarna. Kostnaden per barn som placeras uppgår till cirka 7 000 kronor, där hälsoundersökningen och undersökningen av tandstatus kostar vardera 2 500 kronor. De årliga kostnaderna per barn skattas bli blygsamma, drygt 3 000 kronor. De årliga uppföljningarna av barnens hälsa och tandhälsa beräknas kosta cirka 600 kronor vardera medan uppdateringar av informationen i barnens Hälsokort beräknas ske två gånger om året till en kostnad på 2 100 kronor i socialsekreterares arbetstid.

Tabell 7.1
Skattade kostnader
för scenariot med en
tänkbar organisatorisk
modell som kan främja
placerade barns hälsa.
I svenska kronor år 2016.

	Resursåtgång	Kostnader		
		Per barn	Per barn och år	År 1
Papper				
Hälsokort, uppdatera info	4 timmar socialsekreterare, 2 gånger per år		2 145	
Hälsokort, skapa formulär	1 månad systemutvecklare			52 780
Hälsokort, utbilda personal	3 timmar socialsekreterare (3 per kommun/stadsdel)			766 559
Personal				
Hälsoundersökning	4 timmar specialistläkare	2 430		
Undersökning tandstatus	Tandvårdstaxan 108S	2 415		
Årlig uppföljning av hälsa	2 timmar skolsköterska		584	
Årlig uppföljning av tandhälsa	Tandvårdstaxan 111		610	
Avslutande undersökning tandstatus	Tandvårdstaxan 108S	2 415		
Policies				
Gemensamma checklistor	4 månader utredare			207 200
Lokala handlingsplaner	40 timmar ansvarig chef (1 per kommun/stadsdel)			4 525 886
Summa		7 260	3 339	5 552 425

En jämförelse av engångskostnaden per placerat barn, cirka 7 000 kronor, och de årliga kostnaderna per barn, cirka 3 000 kronor, kan göras med kostnaderna för själva samhällsplaceringen. En SBU-rapport rapporterar att ett dygn i HVB-hem kostar cirka 4 000 kronor [158]. I detta sammanhang blir kostnaderna för att genomföra det skissade scenariot negligerbara.

En annan jämförelse kan vara med kommunernas totala kostnader för social dygnsvård till barn och unga, som år 2015 uppgick till cirka 13 miljarder kronor [159]. Det framgår inte vad som ingår i beräkningen, men till exempel statens kostnad för Statens institutionsstyrelses ungdomshem är inte inräknat. Den resursåtgång för att initiera modellen som skissas ovan, 5,5 miljoner, uppgår följaktligen till mindre än 0,04 procent av kostnaderna för placeringar under ett enskilt år.

Den modell som beskrivs här uppfyller endast minimikraven i den engelska granskningen [155]. Mer omfattande modeller finns beskrivna i MOCHA-rapporten om olika europeiska länders system för samhällsplacerade barns hälsa [109]. Det engelska systemet finns detaljerat beskrivet i flera myndighetsrapporter [111,160].

8 Diskussion

Praxisundersökning

Samhällsplacerade barn och unga ingår i de obligatoriska hälsoskyddsprogrammen på precis samma sätt som alla barn och unga i Sverige. Detta är dock inte tillräckligt för att säkerställa att barnen får den hälso- och sjukvård och tandvård de behöver.

Den genomförda praxisundersökningen visar på stora brister när det gäller att organisera och säkerställa att barn som placeras av samhället får nödvändiga och föreskrivna hälsoundersökningar. Detta kan ses som en underlåtenhet att sörja för att placerade barn får samma möjligheter till hälsoinsatser som andra barn. Det har kunnat påvisas i en rad olika studier av såväl somatisk som psykisk hälsa och tandhälsa. Det är anmärkningsvärt att endast ungefär hälften av de intervjuade kommunerna tillhandahåller hälsoundersökningar för placerade barn. Kommuner beskriver att det finns rutiner men att dessa inte följs. Trots medvetenheten om det lämnas hälsan hos placerade barn därhän av just den samhällsinstitution som har till uppgift att särskilt värna utsatta grupper.

Resultaten av praxisundersökningen visar på behovet av styrning som reglerar hur kommuner ska ha skyldighet att säkerställa att barn och ungdomar få ta del av hälsoundersökningar inför, under och efter placering samt att deras behov av hälso- och sjukvård och tandvård blir tillgodosedda. Kommunerna ska också ha skyldighet att diagnostiserade vårdbehov tas om hand inom hälso- och sjukvård och tandvård. De kartläggningar av hälsotillstånd hos placerade barn som finns publicerade visar entydigt på en sämre hälsa inom hela hälsospektrat. Därför är det angeläget att en organisering av hälsoundersökningar och vårdinsatser till gruppen har en bred definition av hälsobegreppet. Placerade barn och unga måste säkerställas undersökningar och behandlingar, inklusive förebyggande

hälsoinsatser såsom vaccinationer, som ger gruppen samma hälsa som andra barn och unga. Eftersom barn och unga som placeras av samhället har en mer omfattande ohälsa än andra barn och unga och där den sociala situationen försvårar vårdinsatser krävs sannolikt att mer riktade insatser allokeras inom vården för att nå målet en jämlik hälsa. Det kan vara nödvändigt att sätta upp organisatoriska system särskilt anpassade för de placerade barnen. På så vis ges de möjlighet att delta i de obligatoriska hälsoskyddsprogrammen och deras övriga behov av hälso- och sjukvård och tandvård blir tillfredsställda.

Varför hög förekomst av ohälsa?

Några tänkbara orsaker kan vara:

- De flesta barn i dygnsvård har varit utsatta för bristfällig vård från föräldrarna, ofta vanvård eller övergrepp, innan de blev placerade i dygnsvård. Sambanden mellan denna typ av barndomserfarenheter, även i ett livsförloppsperspektiv, och hälsoproblem är välkända i forskningen. Det finns ett uppenbart orsakssamband på kort sikt men även de långsiktiga sambanden anses vara kausala av de flesta forskare på området [161,162].
- Många har föräldrar som har eller har haft allvarlig psykisk ohälsa, vilket gör att en del barn även är bärare av genetiskt relaterade riskfaktorer för psykisk ohälsa [2,163,164]. I en svensk kohortstudie hade 33–40 procent av barn placerade i dygnsvård minst en förälder som varit inlagd på sjukhus med en psykiatrisk diagnos före barnets 18-årsdag [41]. Studier med data även efter barnets 18-årsdag, har rapporterat väsentligt högre siffror [51].
- Flera studier har funnit starka samband mellan kronisk stress i barndomen och risken att utveckla psykisk ohälsa i tonåren eller vuxen ålder [165,166]. Denna typ av barndomserfarenheter är sannolikt vanligare bland barn i social dygnsvård än bland andra barn, men exakt hur vanligt vet vi inte [167]. Andra forskare har pekat på effekterna av så kallad early imprinting, en uppväxt i en miljö med psykosociala problem och de starka sambanden mellan denna bakgrund och olika former av hälsoproblem senare i livet [168].
- Många barn i dygnsvård har fått otillräcklig hälso- och sjukvård och tandvård före placering på grund av föräldrars omsorgsbrister [31,38,169]. I två svenska undersökningar var det 26–31 respektive 39 procent av barnen som inte hade fått hälsoundersökningar i barnhälsovården, jämfört med 4 procent bland övriga barn [31,38].
- En del äldre barn har uteblivit när de blivit kallade till rutinkontroller i skol- och tandhälsovården, eller har ignorerat uppföljningsbesök [35,69,73,169]. En stor grupp tonåringar som placeras i social dygnsvård har dessutom en destruktiv livsstil med inslag av till exempel missbruk och våldsamt beteende [59,170,171].

- En bidragande orsak till höga förekomster av hälsoproblem i vuxen ålder är sannolikt aggregeringar av vad forskningen kallar adverse childhood experiences (ACE). Till exempel aggregeringar av erfarenheter från övergrepp och våld i barndomen och av missbruk samt av psykisk sjukdom eller kriminalitet i föräldrahemmet. En lång rad studier har funnit starka samband mellan anhopningar av ACE och hälsoproblem i vuxen ålder, även prematur död [172–180]. Det finns relativt få ACE-studier gjorda på personer i, eller med erfarenheter av, social dygnsvård. De visar dock samfällt att anhopningar av ACE är mycket vanliga. Men till och med i denna population har aggregeringar av ACE starka samband med allvarlig psykisk ohälsa och olika former av psykosociala problem [49,167,181–183].
- Forskning har också under flera decennier visat på negativa konsekvenser av bristen på systematik i hälsoomhändertagandet för barn i social dygnsvård, av en övertro på information från familjehemsföräldrar och institutionspersonal, och av uppenbara försummelse från barnavårdsmyndigheter [24,34,35,38,42,68,184–186]. Den höga instabiliteten i den sociala dygnsvården, till exempel byten av placeringsmiljöer, bidrar sannolikt till detta problem [185]. Svenska studier har också funnit att intresset för placerade barns hälsa verkar vara svagt i socialtjänsten och att kommunikationen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård överlag är gles och bristfällig [186–188].

Sammanfattningsvis verkar den generella barnhälsovården i Sverige vara otillräcklig för dessa barn, vilket också har dokumenterats i flera europeiska välfärdsstater [109].

Mot bakgrund av denna höga förekomst av hälsoproblem och de stora behoven av hälsovård har forskare och barnläkare under flera årtionden samstämmigt rekommenderat barnavårdsmyndigheter att skapa systematiska rutiner för hälsoundersökningar och hälsoövervakning av barn som placeras i social dygnsvård [32,34,35,72,184,189–198]. I vår rapport skisseras en organisatorisk modell där kostnaderna uppskattas för att initiera och upprätthålla ett sådant system.

Oral hälsa

Samstämmig forskning visar att barn som placeras av samhället har en sämre tandhälsa och att de inte har de regelbundna vårdkontakter med tandvården som andra barn har (som t.ex. undersökning, förebyggande tandvård, behandling av karies och andra tandsjukdomar samt tandreglering). De får därmed en sämre vård och deras utsatthet förvärras av att olika samhällsfunktioner inte förmår att kompensera där det för andra barn finns en vårdnadshavare som företräder barnet och säkerställer att barnets rätt till hälsa och vård tillgodoses. Barn som placeras av samhället hamnar i en ond cirkel. De har redan som barn en ökad risk för dålig tandhälsa. Tandvården når inte gruppen med de vanliga kallelesystemen och barnen uteblir oftare. Detta leder till ytterligare försämrad tandhälsa i många fall manifesterad i besvär och kanske till och med tandvärk.

När de unga personerna som varit i social dygnsvård träder in i vuxenlivet gör de det med betydligt sämre tandstatus (som grupp) än andra jämnåriga, troligen av sådan omfattning att det för många innebär en stigmatisering då både utseende och funktion kan vara påverkade. De har då heller inte etablerat en rutin att få regelbunden tandvård och vårdbehoven kan vara stora och kostnaden för tandvård kan bli orimlig för den enskilde att klara. I en förlängning leder obehandlad oral sjukdom till mer besvär, höga kostnader och stigmatisering [199].

Tandvårdens ekonomi och organisation

Alla ersättningssystem är vårdstyrande i någon mening (SOU 2007:019 Friskare tänder – till rimliga kostnader). Det finns en uppenbar risk att barnpatienter med stora vårdbehov blir kostsamma för en tandvårdsmottagning eftersom ersättning till vårdgivaren baseras på capitation där ersättningen är densamma per barn och år oavsett vårdbehov jämfört med vuxentandvård som ersätts per åtgärd. Det är därmed ofta mer lönsamt att behandla vuxna patienter och det är också viktigt att ha ett antal friska barnpatienter för att väga upp kostnaderna för barn med hög grad av oral sjukdom. I förlängningen finns risk att vissa vårdbehov inte blir tillgodosedda hos barnpatienter. Risken kan vara större om barnpatienten dessutom inte kommer på avtalade tider, att patienten uteblir eller inte samarbetar i tandvårdssituationen. Detta kan vara en bidragande orsak till den sämre tandhälsan hos barn som placeras av samhället. Det är ett etiskt dilemma i vårdutövningen och det är viktigt att alla aktörer vågar uppmärksamma detta. Med en annorlunda organisatorisk ersättningsmodell kunde tillgång till tandvård säkerställas på ett bättre och etiskt godtagbart sätt.

Vår litteraturgenomgång visar att det saknas kunskap om hur tandvården kan organiseras för att säkerställa att barn som placeras av samhället får samma rätt till tandvård och god tandhälsa som andra barn. Detta är mycket nedslående. Tandvårdens organisation, med patientansvar ute på enskilda kliniker och hos enskilda vårdgivare, har rutiner för att kalla alla barn och unga liksom rutiner för orosanmälan vid uteblivanden. Detta borde innebära goda förutsättningar för att nå ut med tandvård till alla barn och unga i landet. Trots det misslyckas det svenska systemet att nå en av de mest utsatta grupperna barn och unga i Sverige, gruppen barn som placeras. Dessa barn lämnas i en svår situation.

Baserat på tillgänglig forskning går det inte att identifiera hur tandvården bör organiseras för att förbättra för de barn som behöver placeras. Sannolikt behövs organisatoriska modeller av mer övergripande karaktär som tvingar socialtjänst att samarbeta med tandvård och hälso- och sjukvård.

Samarbete mellan tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst

Barn som uteblir från tandvårdsbesök bedöms i regel vara i risk för omsorgs- svikt. Tandvården ska då göra anmälan till socialtjänsten i enlighet med 14 kap. 1 § SoL. Svensk forskning har visat att barn som utreds av socialtjänsten för misstanke om att de far illa, har både sämre tandhälsa och de har i högre utsträckning än andra barn också uteblivit från tandvården [169]. I beskriv-

ningen av sämre tandhälsa hos placerade barn nämns även tandfrakturer. Det framgår inte om de orsakats av trauma, av slitage eller av omfattande karies-skador. Det är inte orimligt att tandskador kan uppkomma på grund av fysisk misshandel och övergrepp. Det är därför viktigt att tandvården särskilt uppmärksammar tandtrauma och anmäler till socialtjänsten vid misstanke om att barn får illa.

Ytterligare en bidragande orsak till ohälsa hos placerade barn är sannolikt att hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst i stor utsträckning arbetar var för sig och utan att samordna sina insatser. Ett problem är att verksamheterna regleras i tre olika lagar och att de har olika huvudmän. Det leder till brister i kontinuitet när barn behöver vård och insatser i de olika välfärdssystemen. Personal i de olika verksamheterna har inga naturliga mötespunkter och man saknar ofta kunskap om varandras verksamhet. När barn behöver samhällsplaceras och kanske flyttar till en annan ort eller annan del av landet, accentueras de organisatoriska bristerna och det uppstår reella brott i pågående vårdkontakter. Detta leder till att välfärdssystemen tappar bort barnen. Det kan därför behövas en nationell modell som systematiskt följer barnen från placering till placering. Barnen får annars illa i ett slags ”supervised neglect”.

Etiska, sociala och juridiska aspekter

Det finns ett stort behov av forskning i fråga om samhällsvårdade barns hälsotillstånd och vilka samhällseliga insatser som ska till för att stärka denna grupps hälsostatus. Att det helt saknas studier som uppfyller de inklusions- och kvalitetskriterier som använts i vår rapport är problematiskt, särskilt som de studier som finns rörande samhällsvårdade barns hälsa uppvisar en mycket dystert bild. Utvärderingen visar på en brist på nationellt representativa studier om familjehemsplacerade barns hälsostatus generellt sett i Sverige. De regionala studier som finns signalerar dock bristande hälso- och sjukvårdsinsatser för denna grupp och en tandvård som är undermålig.

Den 15 april 2017 tillkom en lagreglerad skyldighet att tillse att hälsokontroller sker för samhällsplacerade barn och unga. Detta är lovtärt eftersom en sådan uttrycklig reglering saknats tidigare för frivilligt placerade barn i samhällsvård. Dessa lagändringar behöver nu följas upp och utvärderas. Det finns även tunga skäl för en utökad lagreglering, för en ändrad praktik, för ytterligare forskning på samhällsplacerade barns hälsa och för forskning på vilka insatser som gör skillnad. Det mesta tyder på att omsorgen om barns och ungas hälsa i den svenska dygnsvården alltjämt är bristfällig och att nya organisatoriska lösningar behövs. De annars välfungerande nationella hälsokontroller som erbjuds alla barn räcker inte till för denna grupp.

En proaktiv lagstiftning och ökade forskningsinsatser kan på lång sikt stärka denna samhällets mest utsatta grupp barn. I många fall har de inte någon vuxen som effektivt kan föra deras talan. Ofta saknar de möjlighet att själva tala för sina intressen.

Det scenario med den modell som skisseras i vår rapport för att upptäcka de placerade barnens problem med fysisk och psykisk hälsa och tandhälsa skulle innebära att tidigare försummade vårdbehov upptäcks. Det betyder att barnens konsumtion av hälso- och sjukvård och tandvård skulle öka. Kostnaderna för denna vård ingår inte i beräkningarna av kostnaderna för den organisatoriska modellen eftersom placerade barn ju har rätt till vård på samma villkor som alla andra barn i Sverige. De kostnadsbesparingar som uppstår när barnens hälsa förbättras ingår inte heller i beräkningarna, men de kan vara betydande. En ökad konsumtion av hälso- och sjukvård och tandvård för gruppen placerade barn och unga kan innebära undanträngning från vården för andra befolkningsgrupper. Risken för undanträngning, och alternativkostnaden i form av värdet på den omfördelade vården, kan dock anses vara försvarbara för att kunna uppnå målet jämlik hälsa.

9 Överväganden för forskning, policy och praktik

Denna rapport pekar på en rad kunskapsluckor och brister när det gäller samhällsvårdade barns och ungas tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård. För att åtgärda dessa behövs forskning och forskningsbaserad metodutveckling samt verksamhetsnära praktikutveckling (inklusive uppföljning).

Forskningsbaserad metodutveckling

Rapporten pekar på att utveckling av nya former för hälso- och sjukvård och tandvård för samhällsvårdade barn och unga är angelägen. Nya metoder och arbetssätt behöver prövas och utvärderas med forskningsbaserad metodik. Några exempel på sådana modeller som skulle kunna prövas och utvärderas är följande:

- Den engelska modellen, som presenteras ovan, med insatser på både regional och lokal nivå kombinerat med systematisk utvärdering och ekonomiska incitament. Modellen skulle kunna utvärderas i sin helhet i ett svenskt landsting, men delar av den skulle också kunna prövas på kommunal nivå.
- Även den nya organisatoriska modellen som skisseras i Kapitel 7 skulle kunna prövas i något landsting eller kommun, kanske i samverkan med Malmö stad som har erfarenhet av vissa delar av modellen.

- Modeller för anställning av hälso- och sjukvårdspersonal inom socialtjänsten har tidigare prövats med goda erfarenheter [127]. Liknande modeller, med till exempel anställning av sjuksköterskor med hälsovårdskompetens inom den sociala barnvården skulle kunna prövas på kommunal nivå.
- En amerikansk modell, Medical home, med en klinik som ansvarar för all hälsovård inklusive hälsoundersökningar för placerade barn, prövas för närvarande i Uppsala kommun. Projektet skulle behöva resurser för utvärdering så att erfarenheterna av denna modell i ett svenskt sammanhang kan bidra till utveckling inom detta område.
- Många placerade barn och unga medicineras med psykofarmaka, och detta gäller i särskilt hög grad ungdomar på institution. I rapporten uppmärksammas metoder för en systematisk kvalitetskontroll av sådan behandling. Metoderna är angelägna att pröva också i Sverige, framför allt inom institutionsvården.
- Utländska studier pekar på att de största vårdbehoven för placerade barn och unga gäller den psykiska hälsan. Rapporten pekar på metoder för att systematiskt bedöma vårdbehoven i detta avseende och metoderna skulle kunna prövas i Sverige i samarbete mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.

Annan angelägen forskning

För att kunna utveckla välfungerande modeller för hälso- och sjukvård för placerade barn och unga behövs epidemiologisk forskning om förekomsten av olika hälsoproblem, liksom forskning om de barriärer som leder till att de inte får tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård i samma utsträckning som andra barn i det svenska samhället. Hälsodataregister, tandhälsodataregister och kvalitetsregister är av stor vikt för att kunna följa hälsoutvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Exempel på sådan angelägen forskning är:

- Fysisk hälsa, inklusive tandhälsa, hos placerade barn och unga har hitintills bara studerats i Skåne [31,34,35,38,186]. Nationellt representativa studier är därför angelägna inom detta område. Mot bakgrund av den höga nivån av ohälsa som framkommit i dessa studier av nyplacerade barn och unga, är det också angeläget med studier av ohälsa hos barn och unga som har vistats i vård under längre tid. Förekomsten av allvarlig psykisk ohälsa bland placerade barn i Sverige är i stort okänd, med undantag för ungdomar som placerats på Statens institutionsstyrelsens institutioner [200,201]. Här är kontrasten med andra länder tydlig, bland annat jämfört med Norge [87]. Studier som beskriver den psykiska ohälsan hos placerade barn och unga i Sverige utifrån placeringsform och ålder behövs som underlag för utvecklingsarbetet inom detta eftersatta område.
- Kunskapen om hur hälsoomhändertagandet för placerade barn i Sverige organiseras och administreras i kommuner och landsting är mycket begrän-

sad och den kunskap som finns pekar på stora brister. En nationell undersökning från SKL fann att trots rekommendationer från Socialstyrelsen sedan flera år tillbaka och en ny lagstiftning i april 2017 var det bara 40 procent av alla barn som placerades i social dygnsvård som genomgick en hälsoundersökning och endast 10 procent som undersöktes av tandläkare [105]. En Skånestudie noterade ännu lägre siffror [16]. Andra stora kunskapsluckor berör hur kommuner och vårdgivare bevakar hälsan hos placerade barn under tiden de är i vård, hur tandläkarbesök och vaccinationer sköts etc. En annan Skånestudie fann att barn som befann sig i social dygnsvård följde nationellt rekommenderade scheman för hälso- och tandhälsoundersökningar i lägre utsträckning än andra barn [186]. En större studie av vaccinationstäckningen hos barn i social dygnsvård – både vid påbörjad och vid pågående dygnsvård – skulle här med förhållandevis små medel kunna ge ett viktigt underlag för förbättringsinsatser.

- Kunskapen om tandhälsa hos barn och unga som placeras är mycket bristfällig och bygger på relativt små patientmaterial. Det finns dock svenska registerstudier som visar att unga vuxna i åldern 20 till 29 år som varit placerade i dygnsvård som barn, har avsevärt sämre tandhälsa. De besöker inte heller tandvården regelbundet för undersökning och behandling, i samma utsträckning som andra jämnåriga. Det saknas populationsbaserade studier där tandhälsa och tandvård jämförs mellan barn och unga som placeras och andra barn. Det saknas också kunskap om hur stor andel av de barn och unga som placeras som överhuvudtaget nås av tandvården för undersökning, prevention och behandling och man vet inte varför de inte får kontakt med tandvården.
- Slutligen saknas helt (i likhet med flera andra länder) uppföljningar och utvärderingar av ändrad lagstiftning och av olika modeller för att tillförsäkra att barn i social dygnsvård ges hälsovård i paritet med det som andra barn får. Erfarenheter från England pekar på att regelbundna nationella uppföljningar kan ha ett stort värde för att styra lokala myndigheter som ansvarar för den sociala barn- och ungdomsvården.

Policy och praktik

Ett konkret förslag är att följa upp de nya kraven på hälsoundersökningar och att se över såväl den svenska lagstiftningen som praktiken inom detta område. Härutöver behöver utredas vilka ytterligare nationella krav på samhällsinsatser som måste till för att tillgodose och stärka samhällsvårdade barns rättigheter ifråga om deras hälsa. En utgångspunkt kan vara den skisserade organisatoriska modellen som beskrivs i denna rapport. Vid en internationell jämförelse uppvisar Sverige varken någon imponerande reglering eller praktik [109]. England verkar ha det mest högkvalificerade systemet för hälso- och sjukvård till barn i social dygnsvård i Europa. Till skillnad från Sverige, som alltså saknar motsvarande lagkrav, har England regler för både screening av den fysiska och psykiska hälsan och tandhälsan inför den nya placeringen. England har också lagkrav på årliga uppföljningar, vilket inte heller finns i det svenska systemet. Svensk

rätt borde på samma sätt tillförsäkra placerade barns tillgång till god hälsovård. Englands system för att tillförsäkra samhällsplacerade barns hälsa (med årliga uppföljningar av lokal praktik utifrån relevanta utfall) vore därför ett relevant studieobjekt för en komparativ granskning av regler, policy och praktik.

En konkret åtgärd för att öka kvaliteten på hälsoomhändertagandet vore att införa tvingande rutiner om hälsodokumentation, till exempel ett Hälsokort i barnets socialtjänstjournal som följer barnet med kontinuerliga uppdateringar. Dokumentationen skulle kunna innehålla uppgifter om vaccinationer, fullgjorda barnhälsokontroller enligt nationella rekommendationer, tandhälsokontroller, genomgången sjukhusvård och poliklinisk vård, medicinering och annan behandling före och under tiden i vård [202,157]. En sådan rutinåtgärd kan åstadkommas genom att en bestämmelse införs i Lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Av bestämmelsen bör framgå att ett Hälsokort ska upprättas när ett barn genomgår den nämnda hälsoundersökningen. Vidare bör framgå i lagen att Hälsokortet ska följa barnet under den tid som barnet är i samhällets vård som en del av det övriga aktmaterialet hos socialtjänsten. Här ska också barnets tandhälsa beskrivas. Vad gäller tandhälsan vore det önskvärt med en tvingande bestämmelse om att alla barn som placeras i dygnsvård ska erbjudas en särskild undersökning av mun- och tandhälsa hos en tandläkare. I Kapitel 7 rapporteras att kostnaderna för sådana hälsoundersökningar och uppföljningar är negligerbara i jämförelse med kostnaderna för barnens placeringar.

10 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

ANDERS HJERN

Professor, CHESS, Karolinska
institutet/Stockholms universitet

TITA MENSAH

Doktorand, Odontologiska
fakulteten, Malmö universitet

GUNILLA KLINGBERG

Professor, Odontologiska fakulteten,
Malmö universitet

BO VINNERLJUNG

Professor emeritus i socialt
arbete, Stockholms universitet;
seniorforskare, enheten för klinisk
epidemiologi, Karolinska institutet

TITTI MATTSSON

Professor, Juridiska fakulteten,
Lunds universitet

SBU

SOFIA TRANÆUS

projektledare

ANN KRISTINE JONSSON

informationsspecialist

KICKAN HÅKANSON

projektadministratör

KERSTIN MOTHANDER

administratör

PIA JOHANSSON

hälsoekonom

PERNILLA ÖSTLUND

biträdande projektledare

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare till sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten har SBU dock inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

AGNETA ROBERTSON
Professor, Institutionen för
odontologi, Göteborgs universitet

CLAES SUNDELIN
Professor emeritus, Institutionen för
kvinnors och barns hälsa, Akademiska
sjukhuset

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med krav på saklighet och opartiskhet. I arbetet med att relevans- och kvalitetsgranska studier bedömde de sakkunniga experterna inte artiklar där de själva var medförfattare eller på annat sätt jäviga.

SBU:s vetenskapliga råd – Brage

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

LARS HANSSON
ordförande, professor,
vårdvetenskap, Lunds universitet

LENNART ISELIUS
docent, Hälso- och sjukvårdsdirektör,
Landstinget Västmanland

CHRISTEL BAHTSEVANI
leg sjuksköterska, med dr,
vårdvetenskap, Malmö Högskola

MUSSIE MSGHINA
docent, överläkare, psykiatri,
Karolinska Universitetssjukhuset

PER CARLSSON
professor, hälsoekonomi,
Linköpings universitet

LARS SANDMAN
professor, vårdetik, Högskolan i Borås

BJÖRN-ERIK ERLANDSSON
professor, medicinteknik, Kungliga
Tekniska högskolan, Stockholm

BRITT-MARIE STÅLNACKE
professor/överläkare, rehabiliterings-
medicin, Umeå Universitet

ARNE GERDNER
professor, socialt arbete,
Hälsohögskolan i Jönköping

SVANTE TWETMAN
professor, tandvård, Halmstad
samt Köpenhamns Universitet

SBU:s nämnd

SBU:s nämnd har fattat beslut om slutsatserna i rapporten.

KERSTIN NILSSON
ordförande, professor,
Örebro universitet

PETER ALLEBECK
huvudsekreterare, Forte

SUSANNA AXELSSON
generaldirektör, SBU

HEIKI ERKERS
förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

EVA FRANZÉN
forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

VESNA JOVIC
verkställande direktör,
Sveriges Kommuner och Landsting

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

LARS-TORSTEN LARSSON
avdelningschef, Socialstyrelsen

ELISABETH WALLENIOUS
ordförande, Funktionsrätt Sverige

LARS OSCARSSON
professor, Ersta Sköndal högskola

JENNY REHNMAN
avdelningschef, Socialstyrelsen

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER
förvaltningschef, Ljungby kommun

11 Ordförklaringar och förkortningar

Aggregering	Betyder i detta sammanhang anhopningar av problem
Allokering	Tilldelning; vid klinisk prövning betecknar allokering en process där varje ny deltagare placeras i en av de grupper som prövningen omfattar. Allokeringen bör ske slumpvis (randomisering, random allocation)
Bias	Systematiska fel i en undersökning som innebär att undersökningens resultat blir otillförlitligt
Capitation	Betalningsform för till exempel hälso- och sjukvård och tandvård
Dos-respons-samband	Beskriver hur något svarar på en viss koncentration av till exempel ett läkemedel
Evidens	Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets evidentia – tydlighet). I termen evidensbaserad praktik är evidens det sammanvägda resultat av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra bästa tillgängliga bevis i en viss fråga
Evidensstyrka	Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer (påverkansfaktorer), det vill säga studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, till exempel dos-responssamband
Exklusionskriterier	Omständigheter som förhindrar en person att delta i en undersökning, eller att en viss studie inte tas med i en systematisk granskning. Dessa kriterier ska vara angivna i undersökningens protokoll. Exempel: om endast tonåringar ska studeras exkluderas barn under 13 år. Termen används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då omständigheter som gör att resultaten från en viss studie inte kan tas med

Fall-kontrollstudie	Metod att retrospektivt studera samband mellan viss exposition och sjukdom eller missbildning. Personer som har det problem som ska studeras ("fallen") jämförs beträffande exposition med "kontroller" som saknar detta problem. För varje fall utses en eller flera kontroller. Fall och kontroll måste vara lika varandra beträffande ålder och kön, ofta även beträffande bostadsområde, yrke med mera (matchning)
Familjehem	Tidigare kallat fosterhem. Familj som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn och ungdomar för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt
HVB	Hem för vård eller boende. Institution för heldygnsvistelse som inkluderar vård eller behandling. Verksamheten bedrivs yrkesmässigt
Implementera	Införa, igångsätta
Inklusionskriterium	Betingelser som ska uppfyllas för att en person ska kunna tillfrågas att delta i en undersökning. Kriterierna kan gälla viss problematik, åldersgrupp med mera. Att informerat samtycke getts är ett obligatoriskt inklusionskriterium. Deltagande i undersökningen kräver dessutom att inget av exklusionskriterierna finns. Termen inklusionskriterium används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då vilka villkor som en publicerad undersökning ska uppfylla för att dess data ska accepteras i analysen
Insats	Medveten åtgärd för att åstadkomma en förändring och som syftar till att uppnå ett visst mål (t.ex. förebygga psykiska eller sociala problem) för en definierad population. Insatser sammanfattas i form av en skriftlig eller muntlig överförbar kunskap och görs tillgängliga genom utbildning, undervisning, handledning eller självstudier
Institutionsvård	Institutionsvård bedrivs på institution med professionella behandlare. Vården bedrivs i grupp. Teoretisk grund och metodik för behandling varierar. Graden av frihet för den placerade varierar från att det på särskilda ungdomshem finns låsta avdelningar till att den placerade ungdomen har stor rörelsefrihet i HVB
Internaliserings-symtom	Inåtvända symtom, psykisk ohälsa som upplevs inom individen såsom ångest, depression och självmordstankar
Intervention	Insats
Jämförelsegrupp	Kontrollgrupp
Kausalsamband	Orsak-verkansamband. Ett tidssamband, det vill säga att A händer före B, behöver inte betyda att A orsakar B, det vill säga att kausalsamband föreligger. Likaså gäller att en statistisk korrelation inte bevisar kausalsamband. Ett flertal kriterier och metoder kan behöva tillämpas för att ge starkt stöd för att kausalsamband föreligger eller saknas
Klinisk	Benämning på allt löpande arbete och all forskning som ska diagnostisera, förebygga och behandla problem eller ohälsa och som utförs i kontakt med de personer det gäller
Kohortstudie	Studie som gäller en grupp personer som utgör en kohort, det vill säga har vissa definierade egenskaper gemensamt, exempelvis alla personer som under en viss tidsperiod behandlats för en viss sjukdom. Vanligen gäller undersökningen två eller flera olika undergrupper i kohorten som ska jämföras med avseende på förloppet på lång sikt, till exempel överlevnad, uppkomsten av vissa angivna händelser eller förändring av mätetal. En typisk kohortundersökning är en observationsstudie, det vill säga prövning av olika behandlingar ingår inte. Dock kan två grupper av patienter, som fått två olika läkemedel ordinerade för samma sjukdom, följas framåt som två kohorter. Förfarandet har nackdelen att grupperna inte tillkommit genom randomisering, vilket bland annat kan medföra att de inte är fullt jämförbara. Ovanstående gäller det typiska förhållandet att en kohortundersökning är prospektiv. Någon gång utförs en kohortundersökning retrospektivt. Man utnyttjar då individrelaterade data som finns registrerade i pålitliga källor sedan ett antal år tillbaka, väljer ett startår i det förflutna och går sedan framåt i tiden mot nuläget och noterar registrerade förändringar eller händelser

Kontrollerad studie	Experimentell studie där insatsgrupp och jämförelsegrupp följs över tid. En kontrollerad studie kan vara randomiserad eller icke-randomiserad
Kontrollgrupp	Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får överksam insats (ofta placebo), en annan insats, standardbehandling eller får vänta på att få insatsen till ett senare tillfälle
Kvasiexperimentell	Fördelar inte personer till experiment- och kontrollgrupp genom randomisering. I kvasiexperimentella studier används begreppet jämförelsegrupp istället för kontrollgrupp. Ofta används olika statistiska metoder för att skapa jämförbarhet mellan de jämförda klientgrupperna
Matchning	Åtgärder för att åstadkomma maximal jämförbarhet i kontrollerade undersökningar där randomisering inte använts. För varje fall utses en eller flera matchade kontroller som liknar fallen i avseenden som antas vara viktiga för utfallet
Metaanalys	Statistisk sammanvägning av resultat från flera studier. En metod att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Metaanalysen redovisar samtliga delresultat i form av ett resultatmått (t.ex. SDM) med tillhörande konfidensintervall. De summerade resultatmått ger en uppfattning om huruvida publikationerna visat att en insats är bättre än en annan
Multilevelanalys	Statistisk modell med parametrar som varierar i flera nivåer
Number needed to treat (NNT)	Antal personer som behöver behandlas för att, under viss angiven tid, en av dem ska dra nytta av insatsens gynnsamma effekt
Oddsquot	Odds ratio, OR, kvoten mellan två odds. Exempel: odds exponerade/ icke-exponerade bland personer med viss sjukdom dividerat med motsvarande odds bland friska. Oddsquoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exponeringen och sjukdomen. Oddsquot kan också användas som (ungefärlig) ersättning för riskquot
Population	Grupp personer som har något gemensamt, till exempel alla barn i Sverige som är placerade i ett familjehem. En utvärdering utförs i regel på ett urval ur en population, till exempel de barn i familjehem som har fyllt 15 år, inte bor alltför långt bort, accepterar att delta i undersökningen och uppfyller dennas inklusions- och exklusionskriterier. En sådan urvalsgrupp kan också kallas en (studie)population
Precision	Noggrannhet
Propensity score	Mått som mäter sannolikheten att en individ tillhör en viss population
Prospektiv studie	Studie som går framåt i tiden, det vill säga man börjar samla in data om varje deltagare vid den tidpunkt han eller hon tas in i undersökningen
Randomisering	Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomisering ger det bästa skyddet mot selektionsbias
Randomiserad kontrollerad studie	Experimentell studie med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och aktiv behandling. Genom randomiseringen minskar risken att studiegrupperna skiljer sig åt före studiens start. Randomiseringen fördelar okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna
Signifikant	Statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte
Särskilt ungdomshem	Även kallad paragraf 12-hem. Ett tillfälligt boende för ungdomar med psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet, som behöver stå under särskild uppsikt. Verksamheten bedrivs av Statens institutionsstyrelse, SiS. Beslut om placering på ett särskilt ungdomshem tas av kommunens socialnämnd enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Sedan 1999 tar särskilda ungdomshem även emot ungdomar i åldern 15 till 17 år som dömts till sluten ungdomsvård

Systematisk översikt	En systematisk översikt är en strukturerad metod som används för att identifiera, välja ut, bedöma och sammanfatta forskning avseende en tydlig och avgränsad fråga. Ambitionen är att så systematiskt och transparent som möjligt väga samman forskningsresultat från alla kända och relevanta primärstudier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet. De uttömmande anspråken medför att den systematiska översikten är ett levande dokument som ska revideras regelbundet. Arbetet genomförs i enlighet med ett protokoll där samtliga arbetsmoment har specificerats i förväg
Tidseriestudie	Observationer över tid
Utfallsmått	Aspekter av en persons kliniska och funktionella status som mäts inom ramen för en effektutvärdering och som fungerar som kriterium för att värdera insatsens effekter, till exempel hur stor andel som inom viss tid återfallit i brottslighet

12 Referenser

1. SBU. Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 265. ISBN 978-91-88437-07-5.
2. Vinnerljung B. Hur vanligt är det att ha varit fosterbarn? En deskriptiv epidemiologisk studie. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 1996;3:166-179.
3. Vinnerljung B, Hjern A, Ringbeck Weitoft G, Franzén E, Estrada F. Children and young people at risk. *Int J Soc Welf* 2007;16:163-202.
4. Fallesen P, Emanuel N, Wildeman C. Cumulative risks of foster care placement for Danish children. *PLOSone* 2014;9:e109207.
5. Mc Grath-Lone L, Dearden L, Nasim B, Harron K, Gilbert R. Changes in first entry to out-of-home care from 1992 to 2012 among children in England. *Child Abuse Negl* 2016;51:163-71.
6. Eurochild - Children in alternative care - National Surveys - 2nd Edition January 2010, <http://eurochild.org>.
7. Socialstyrelsen. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Artikelnummer: 2013-5-34.
8. Wettergren B, Blennow M, Hjern A, Söder O, Ludvigsson JF. Child Health Systems in Sweden. *J Pediatr* 2016;177S:187-202.
9. Schor EL. The foster care system and health status of foster children. *Pediatrics* 1982;69:521-28.
10. Bamford FN, Wohlkind SN. The physical and mental health of children in care: Research needs (two papers), Swindon: ESRC, 1988.
11. Chernoff R, Combs-Orme T, Risley-Curtiss C, Heisler A. Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics* 1994;93:594-601.
12. Haffon N, Mendonca A, Berkowitz G. Health status of children in foster care. The experience of the Center for the vulnerable child. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:386-92.
13. Bundle A. Health of teenagers in residential care: comparison of data held by care staff with data in community child health records. *Arch Dis Child* 2001;84:10-14.

14. Hill C, Thompson M. Mental and physical health co-morbidity in looked-after children. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2003;8:315-21.
15. Hill C, Watkins J. Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve? *Child Care Health Dev* 2003;29:3-13.
16. Anderson L, Vostanis P, Spencer N. The health needs of children aged 6-12 years in foster care. *Adoption & Fostering* 2004;28:31-40.
17. Hansen RL, Mawjee FL, Barton K, Metcalf MB, Joye NR. Comparing the health status of low-income children in and out of foster care. *Child Welfare* 2004;83:367-80.
18. Kristoffersen L. Barnevernbarnas helse. Uførhet og dødelighet i perioden 1990–2002 NIBR-rapport 2005:12. ISBN: 82-7071-564-6.
19. Jee SH, Barth RP, Szilagyi MA, Szilagyi PG, Aida M, Davis MM. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *J Health Care Poor Underserved* 2006;17:328-41.
20. Leslie LK, Gordon JN, Meneken L, Premji K, Michelmores KL, Ganger W. The physical, developmental, and mental health needs of young children in child welfare by initial placement type. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26:177-85.
21. Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Tirella L, Cermak S. Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. *Acta Paediatr* 2007;96:1765-9.
22. Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *J Paediatr Child Health* 2007;43:695-9.
23. Zewdu AM. Health-related benefits among children in the child welfare system: Prevalence and determinants of basic and/or attendance benefits. *Norsk Epidemiologi* 2010;20:77-84.
24. Kaltner M, Rissel K. Health of Australian children in out-of-home care: needs and carer recognition. *J Paediatr Child Health* 2011;47:122-6.
25. Lightfoot E, Hill K, LaLiberte T. Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Child Youth Serv Rev* 2011;33:2069-75.
26. Schneiderman JU, Leslie LK, Arnold-Clark JS, McDaniel D, Xie B. Pediatric health assessments of young children in child welfare by placement type. *Child Abuse Negl* 2011;35:28-39.
27. Simkiss D. Outcomes for looked after children and young people. *Paediatrics and Child Health* 2012;22:388-92.
28. Stein R, Hurlburt M, Heneghan A, Zhang J, Rolls-Reutz J, Silver E, et al. Chronic conditions among children investigated by child welfare: A national sample. *Pediatrics* 2013;131:455-62.
29. Jaudes P, Bilaver L, Champagne V. Do children in foster care receive appropriate treatment for asthma? *Child Youth Serv Rev* 2015;52:103-09.
30. Jaudes P, Weil L, Prior J, Sharp D, Holzberg M, McClelland G. Well-being of children and adolescents with special health care needs in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev* 2016;70:276-83.
31. Köhler M, Emmelin M, Hjern A, Rosvall M. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatr* 2015;104:508-13.
32. Szilagyi M, Rosen D, Rubin D, Zlotnik S. Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care. *Pediatrics* 2015;136:1142-166.
33. Tanguy M, Rousseau D, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponniere sociale [Course and progression of children admitted before 4 years of age in a French welfare center]. *Archives de Pediatrie* 2015;22:1129-39.
34. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr* 2016;105:416-20.

35. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Hälsokontroll för SiS-ungdomar. En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem. Institutionsvård i Fokus. Rapportnummer: 4 2016. ISBN: 978-91-87053-40-5.
36. Turney K, Wildeman C. Mental and physical health of children in foster care. *Pediatrics* 2016;138:e20161118.
37. Dunnigan A, Thompson T, Jonson-Reid M, Drake B. Chronic health conditions and children in foster care: Determining demographic and placement-related correlates. *J Public Child Welfare* 2017;11:586-598.
38. Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr* 2018;107:301-06.
39. Aguilia A, Gonzalez-Garcia C, Bravo A, Lazaro-Visa S, del valle J (submitted). Children and young people with intellectual disabilities in residential care_ Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions.
40. Viner R, Taylor B. Adult health and social outcomes of children who have been in public care: Population-based study. *Pediatrics* 2005;115:894-99.
41. Vinnerljung B, Brännström L, Hjern A. Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study. *Child Youth Serv Rev* 2015;56:169-76.
42. Kessler R, Pecora P, Williams J, Hiripi E, O'Brian K, English D, et al. Effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental of foster care alumni. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:625-33.
43. Vinnerljung B, Sallnäs M. Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *J Child Fam Soc Work* 2008;13:144-55.
44. Schneider R, Baumrid N, Pavao J, Stockdale G, Castelli P. What happens to youth removed from parental care? Health and economic outcomes for women with a history of out-of-home placement. *Child Youth Serv Rev* 2009;31:440-44.
45. Berlin M, Vinnerljung B, Hjern A. School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Child Youth Serv Rev* 2011;33:2489-97.
46. Villegas S, Rosenthal J, O'Brien K, Pecora P. Health outcomes for adults in family foster care as children: An analysis by ethnicity. *Child Youth Serv Rev* 2011;33:110-17.
47. Zlotnick C, Tam TW, Soman LA. Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood. *Am J Public Health* 2012;102:534-40.
48. von Borczykowski A, Vinnerljung B, Hjern A. Alcohol and drug abuse among young adults who grew up in substitute care – findings from a Swedish national cohort study. *Child Youth Serv Rev* 2013;35:1954-61.
49. Bruskas D, Tessin DH. Adverse childhood experiences and psychosocial well-being of women who were in foster care as children. *Perm J* 2013;17:e131-41.
50. Ahrens KR, Garrison MM, Courtney ME. Health outcomes in young adults from foster care and economically diverse backgrounds. *Pediatrics* 2014;134:1067-74.
51. Vinnerljung B, Hjern A. Consumption of psychotropic drugs among adults who were in societal care during their childhood-A Swedish national cohort study. *Nord J Psychiatry* 2014;68:611-9.
52. Socialstyrelsen. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Artikelnummer: 2013-3-15. ISBN: 978-91-7555-042-8.
53. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Artikelnummer: 2013-3-7.
54. Berlin M, Mensah T, Lundgren F, Klingberg G, Hjern A, Vinnerljung B, Cederlund A. Dental health care utilization among young adults who were in societal out-of-home care as children:

- A Swedish national cohort study. *Int J Soc Welf* (under tryckning).
55. Vinnerljung B. Mortalitet bland fosterbarn som placerats före tonåren [Mortality among foster children placed before their teens]. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 1995;2:60-72.
 56. Barth R, Blackwell, D. Death rates among California's foster care and former foster care populations. *Child Youth Serv Rev* 1998;20:577-604.
 57. Christoffersen MN. Risikofaktorer i barndommen [Childhood risk factors]. Copenhagen: Socialforskningsinstituttet, Rapport 99:18 1999.
 58. Kalland M, Pensola TH, Merilainen J, Sinkkonen J. Mortality in children registered in the Finnish child welfare registry: population based study. *BMJ* 2001;323:207-8.
 59. Vinnerljung B, Ribe M. Mortality after care among young adult foster children in Sweden. *Int J Soc Welf* 2001;10:164-73.
 60. Vinnerljung B, Berlin M, Hjern A. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. *Social Rapport* 2010. Stockholm: Socialstyrelsen: 227-266, 2010.
 61. Björkenstam C, Björkenstam E, Ljung R, Vinnerljung B, Tuvblad C. Suicidal behavior among delinquent former child welfare clients. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013a;22:349-55.
 62. Hjern A, Vinnerljung B, Lindblad F. Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:412-7.
 63. Gao M, Brännström L, Almquist YB. Exposure to out-of-home care in childhood and adult all-cause mortality: a cohort study. *Int J Epidemiol* 2017;46:1010-17.
 64. Brännström L, Vinnerljung B, Hjern A. Child welfare clients have higher risks for teenage childbirths: which are the major confounders? *Eur J Public Health* 2016;26:592-7.
 65. Brännström L, Vinnerljung B, Hjern A. Risk Factors for Teenage Childbirths among Child Welfare Clients: Findings from Sweden. *Child Youth Serv Rev* 2015;53:44-51.
 66. Vinnerljung B, Franzén E, Danielsson M. Teenage parenthood among child welfare clients: A Swedish national cohort study of prevalence and odds. *J Adolesc* 2007;30:97-116.
 67. Williams J, Jackson S, Maddocks A, Cheung W-Y, Love A, Hutchings H. Case-control study of the health of those looked after by local authorities. *Arch Dis Child* 2001;85:280-85.
 68. Ashton-Key M, Jorge E. Does providing social services with information and advice on immunisation status of "looked after children" improve uptake? *Arch Dis Child* 2003;88:299-301.
 69. Morrill J. The health needs of children in public care: the results of an audit of immunizations of children in care. *Public Health* 2003;117:412-6.
 70. Rodrigues VC. Health of children looked after by the local authorities. *Public Health* 2004;118:370-76.
 71. Barnes P, Price L, Maddocks A, Cheung WY, Williams J, Jackson S, Mason B. Immunisation status in the public care system: a comparative study. *Vaccine* 2005;23:2820-3.
 72. Hill C, Mather M, Goddard J. Cross sectional survey of meningococcal. C immunisation in children looked after by local authorities and those living at home. *BMJ* 2003;326:364-5.
 73. Walton SB, Bedford H. Immunization of looked-after children and young people: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 2017;43:463-80.
 74. McIntyre A, Keesler T. Psychological disorders among foster children. *J Clin Child Psychol* 1986;15:297-303.
 75. McCann JB, James A, Wilson S, Dunn G. Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ* 1996;313:1529-30.
 76. Stein E, Evans B, Mazumdar R, Rae-Grant N. The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Can J Psychiatry* 1996;41:385-91.

77. Dimigen G, Del Priore C, Butler S, Evans S, Ferguson L, Swan M. Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: questionnaire survey. *BMJ* 1999;319:675.
78. Kjelsberg E, Nygren P. The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nord J Psychiatry* 2004;58:319-25.
79. Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M. Children in foster care: mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:63-70.
80. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry* 2007;190:319-25.
81. Sawyer M, Carbone J, Serle A, Robinson P. The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Med J Aust* 2007;186:181-84.
82. Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2:1-8.
83. McAuley C, Davis T. Emotional wellbeing and mental health of looked after children in England. *Child Fam Soc Work* 2009;14:147-55.
84. Egelund T, Lausten M. Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child Fam Soc Work* 2009;14:156-65.
85. Pecora P, White C, Jackson L, Wiggins T. Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. *Child Fam Soc Work* 2009;14:132-46.
86. Damjanovic M, Lakic A, Stevanovic D, Johanovic A. Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011;20:257-62.
87. Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7:39.
88. Havnen K, Breivik K, Jakobsen R. Stability and change – a 7- to 8-year follow-up study of mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care. *Child Fam Soc Work* 2014;19:292-303.
89. Maaskant A, van Rooij F, Hermanns J. Mental health and associated risk factors of Dutch school aged foster children placed in long-term foster care. *Child Youth Serv Rev* 2014;44:207-16.
90. Sainero A, Bravo A, del Valle J. Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: An empirical study in an autonomous community. *J Emot Behav Disord* 2014;22:16-26.
91. Cohn A-M, Szilagyi M, Jee S, Blumkin A, Szilagyi P. Mental health outcomes among child welfare investigated children: In-home versus out-of-home care. *Child Youth Serv Rev* 2015;57:106-11.
92. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse Negl* 2015;45:122-34.
93. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, Boyer L. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e2622.
94. Jozefiak T, Kaye NS, Rimehaug T, Wormdal AK, Brubakk AM, Wichstrom L. Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:33-47.
95. Gonzalez-Garcia C, Bravo A, Arruabarrena I, Martin E, Santos I, Del Valle J. Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Child Youth Serv Rev* 2017;73:100-06.
96. Vasileva M, Petermann F. Mental health needs and therapeutic utilization

- tion of young children in foster care in Germany. *Child Youth Serv Rev* 2017;75:69-76.
97. Zito JM, Safer DJ, Sai D, Gardner JF, Thomas D, Coombes P, Dubowski M, Mendez-Lewis M. Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics* 2008;121:e157-e63.
 98. Socialstyrelsen. Förskrivning av psyko-farmaka till placerade barn och ungdomar. Artikelnummer: 2014-11-3. ISBN: 978-91-7555-235-4.
 99. Tai M-H, Shaw T, dosReis S. Antipsychotic use and foster care placement stability among youth with attention-deficit hyperactivity/disruptive behavior disorders. *J Public Child Welf* 2016;10:376-90.
 100. Haysom L, Indig D, Byun R, Moore E, van den Dolder P. Oral health and risk factors for dental disease of Australian young people in custody. *J Paediatr Child Health* 2015;51:545-51.
 101. Melbye ML, Chi DL, Milgrom P, Huebner CE, Grembowski D. Washington state foster care: dental utilization and expenditures. *J Public Health Dent* 2014;74:93-101.
 102. Swire MR, Kavalier F. The health status of foster children. *Child Welfare* 1977;56:635-53.
 103. Olivan G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health* 2003;13:91-2.
 104. Socialstyrelsen. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Registerstudie av tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland 20-29-åringar som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten. Artikelnummer: 2016-2-28.
 105. Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Nationell kartläggning om hälsoundersökning av barn och unga vid placering. ISBN 978-91-7585-483-0.
 106. Phillips J. Meeting the psychiatric needs of children in foster care: Social workers' view. *Psychiatric Bullentin* 1997;21:609-11.
 107. Mount J, Lister A, Bennun I. Identifying the mental health needs of looked after young people. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2004;9:363-82.
 108. Butterworth S, Singh S, Birchwood M, Islam Z, Munro E, Vostanis P, Paul M, Khan A, Simkiss D. Transitioning care-leavers with mental health needs: 'They set you up to fail'. *Child Adolesc Ment Health* 2017;22:138-47.
 109. Vinnerljung B, Hjern A (2018). Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU-kommissionen från MOCHA – Models of Child Health Appraised. London: MOCHA/Imperial College. <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
 110. Vinnerljung B, Kling S, Hjern A. Health problems and health care needs among youth in Swedish secure residential care. *Int J Soc Welf* (under tryckning).
 111. Department of Education & Department of Health. Promoting the health and well-being of looked-after children. Statutory guidance for local authorities, clinical commissioning groups and NHS England. London: Department of Education/Department of Health 2015.
 112. Simkiss D, Jainer R. The English system for ensuring health care and health monitoring of looked-after children. *Int J Soc Welf* 2018 (under tryckning).
 113. Royal College of Nursing, Royal College of Paediatrics and Child Health, Royal College of General Practitioners. Looked after children: Knowledge, skills and competences of health care staff. London: Royal College of Paediatrics and Child Health 2015.
 114. Mather M, Batty D. Doctors for children in public care. London. BAAF (British Agencies for Adoption & Fostering) 2000.
 115. Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *Br J Psychiatry* 2012;200:426-7.
 116. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet. Samarbeid mellom barnevernstjenster og psykiske helse-tjenster till barnets bästa. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet/Helsedirektoratet 2015.

117. Helse- og omsorgsdepartementet. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp till barn i barnevernet. Oslo, 2017.
118. Helse- og omsorgsdepartementet. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge. Oslo, 2015.
119. NOU 2016:16. Ny barnevernslov. Barne- og likestillingsdepartementet. Oslo: Norge Offentlige utredninger.
120. Lehmann S, Kaye N. Mental health care for children in alternate care by the child protection services: Experiences from Norway. *Int J Soc Welf* (under trykning).
121. Zlotnik S, Wilson L, Scribano P, Wood JN, Noonan K. Mandates for Collaboration: Health care and child welfare policy and practice reforms create the platform for improved health for children in foster care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2015;45:316-22.
122. Jaudes PK, Bilaver LA, Goerge RM, Masterson J, Catania C. Improving access to health care for foster children: the Illinois model. *Child Welfare* 2004;83:215-38.
123. Simms MD. The foster care clinic: A community program to identify treatment needs of children in foster care. *J Dev Behav Pediatr* 1989;10:121-28.
124. Jee S, Szilagyi M, Blatt S, Meguid V, Auinger P, Szilagyi P. Timely identification of mental health problems in two foster care medical homes. *Child Youth Serv Rev* 2010;32:685-90.
125. Jaudes KP, Champagne V, Harden A, Masterson J, Bilaver LA. Expanded medical home model works for children in foster care. *Child Welfare* 2012;91:9-33.
126. Regionförbundet Uppsala Län. Rutin och riktlinjer rörande barn och unga som utreds för samhällsvård. Uppsala: Regionförbundet Uppsala Län. 2016.
127. Halldin J. Socialläkarna – mellan hälsovård och socialtjänst. *Läkartidningen* 2011;108:551-2.
128. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok, 2 uppl. Stockholm 2014. <http://www.sbu.se/metodbok>.
129. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
130. Jones R, Everson-Hock E, Guillaume L, Clapton J, Goyder E, Chilcott J, et al. The effectiveness of interventions aimed at improving access to health and mental health services for looked-after children and young people: a systematic review. *Families, Relationships and Societies* 2012;1:71-85.
131. Richards L, Wood N, Ruiz-Calzada L. The mental health needs of looked after children in a local authority permanent placement team and the value of the Goodman SDQ. *Adoption & Fostering* 2006;30:43-52.
132. Janssens A, Deboutte D. Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:691-700.
133. Jee SH, Halterman JS, Szilagyi M, Conn AM, Alpert-Gillis L, Szilagyi PG. Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Acad Pediatr* 2011;11:409-13.
134. Jee SH, Szilagyi M, Conn AM, Nilsen W, Toth S, Baldwin CD, Szilagyi PG. Validating office-based screening for psychosocial strengths and difficulties among youths in foster care. *Pediatrics* 2011;127:904-10.
135. Lehmann S, Heiervang ER, Havik T, Havik OE. Screening foster children for mental disorders: properties of the strengths and difficulties questionnaire. *PLoS One* 2014;9:e102134.
136. Ronsalbalm K SE, Lawrence N, Coleman K, Frey J, van der Ende J, Dodge K. Child wellbeing assessment in child welfare. A review of four measures. *Child Youth Serv Rev* 2016;68:1-16.

137. Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, Norton A, Conn AM, Blumkin A, Szilagyi PG. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics* 2010;125:282-9.
138. Jee SH, Conn AM, Szilagyi PG, Blumkin A, Baldwin CD, Szilagyi MA. Identification of social-emotional problems among young children in foster care. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:1351-8.
139. Jee SH, Halterman JS, Szilagyi M, Conn AM, Alpert-Gillis L, Szilagyi PG. Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Acad Pediatr* 2011;11:409-13.
140. Gallagher CA, Dobrin A. Can juvenile justice detention facilities meet the call of the American Academy of Pediatrics and National Commission on Correctional Health Care? A national analysis of current practices. *Pediatrics* 2007;119:e991-1001.
141. Undheim AM, Lydersen S, Kaye NS. Do school teachers and primary contacts in residential youth care institutions recognize mental health problems in adolescents? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2016;10:19.
142. Bellonci C, Huefner JC, Griffith AK, Vogel-Rosen G, Smith GL, Preston S. Cocurrent reductions in psychotropic medication, assault, and physical restraint in two residential treatment programs for youths. *Child Youth Serv Rev* 2013;35:1773-9.
143. Huefner JC, Griffith AK, Smith GL, Vollmer DG, Leslie LK. Reducing psychotropic medications in an intensive residential treatment center. *J Child Fam Stud* 2014;23:675-85.
144. Lee TG, Walker SC, Bishop AS. The impact of psychiatric practice guidelines on medication costs and youth aggression in a juvenile justice residential treatment program. *Psychiatr Serv* 2016;67:214-20.
145. Poynor M, Welbury J. The dental health of looked after children. *Adoption & Fostering* 2004;28:86-8.
146. Hunter D, McCartney G, Fleming S, Guy F. Improving the health of looked after children in Scotland. Using a specialist nursing service to improve the health care of children in residential accommodation. *Adoption & Fostering* 2008;32:51-6.
147. Williams A, Mackintosh J, Bateman B, Holland S, Rushworth A, Brooks A, Geddes J. The development of a designated dental pathway for looked after children. *Br Dent J* 2014;216:E6.
148. Hill C, Wright V, Sampeys C, et al. The emerging role of the specialist nurse: promoting the health of looked after children. *Adoption & Fostering* 2002;26:35-43.
149. Jaudes PK, Bilaver LA, Goerge RM, Masterson J, Catania C. Improving access to health care for foster children: the Illinois model. *Child Welfare* 2004;83:215-38.
150. Horwitz SM, Owens P, Simms MD. Specialized assessments for children in foster care. *Pediatrics* 2000;106:59-66.
151. Williams ME, Park S, Anaya A, Perugini SM, Rao S, Neece C, Rafeedie J. Linking infants and toddlers in foster care to early childhood mental health services. *Child Youth Serv Rev* 2012;34:838-44.
152. Risley-Curtiss C, Stites B. Improving healthcare for children entering foster care. *Child Welfare* 2007;86:123-44.
153. Green M, Mattsson T. Health, Rights and the State, *Scandinavian Studies in Law*. 2017;62: 177-97.
154. Barnombudsmannen. Våga fråga – röster från barn i familjehem 2014.
155. Care Quality Commission (CQC). Not seen, not heard: a review of the arrangements for child safeguarding and health care for looked after children in England. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission 2016.
156. Kling S, Nilsson I. Familjehemsplacerade skolbarns hälsa och hälsovård - uppföljning av 105 barn, 2015. Tillgänglig 2018-02-25 på <http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2015/04/Familje->

- hemsplacerade-skolbarns-h%C3%A4lso-och-h%C3%A4lsosv%C3%A5rd.pdf
157. Vinnerljung B, Forsman H, Jacobsen H, Kling S, Kornør H, Lehman S. Barn kan inte vänta. Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar. Stockholm: Nordens Välfärdscenter, Projekt: Nordens barn – fokus på barn i fosterhem, 2015.
 158. SBU. Behandlingsfamiljer för ungdomar med beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 279. ISBN 978-91-88437-21-1.
 159. Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017. Artikelnummer 2017-2-14. ISBN: 978-91-7555-413-6. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20491/2017-2-14.pdf>
 160. Department of Health. Promoting the health of looked after children. Tillgänglig 2018-03-06 på http://web.archive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4060424.pdf 2002
 161. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9:e1001349.
 162. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013;9:1-50.
 163. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:822-9.
 164. Simkiss DE, Stallard N, Thorogood M. A systematic literature review of the risk factors associated with children entering public care. *Child Care Health Dev* 2013;39:628-42.
 165. Blair C, Raver CC, Granger D, Mills-Koonce R, Hibel L, Family Life Project Key Investigators. Allostatic load in the context of poverty in early childhood. *Dev Psychopathol* 2011;23:845-57.
 166. Gard AM, Waller R, Shaw DS, Forbes EE, Hariri AR, Hyde LW. The long reach of early adversity: Parenting, stress, and neural pathways to antisocial behavior in adulthood. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2017;2:582-90.
 167. Turney KW, Wildeman C. Adverse childhood experiences among children placed in and adopted from foster care: Evidence from a nationally representative study. *Child Abuse Negl* 2017;64:117-29.
 168. Ferraro KF, Schafer MH, Wilkinson LR. Childhood disadvantage and health problems in middle and later life: Early imprints on physical health? *Am Sociol Rev* 2016;81:107-33.
 169. Kvist T, Annerbäck E-M, Dahlöf G. Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2018;76:515-23.
 170. Farrington D. Crime and physical health: illnesses, injuries and accidents in the Cambridge Study. *Crim Behav Ment Health* 1995;54:261-78.
 171. Wade TP, Pevalin D. Adolescent delinquency and health. *Can J Criminol* 2005;47:619-54.
 172. Felitti VJ. The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *Perm J* 2002;6:44-7.
 173. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
 174. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004;82:217-25.
 175. Harkonmäki K, Korkeila K, Vathera J, Kivimäki M, Souminen S, Sillanmäki L,

- Koskenvuo M. Childhood adversities as a predictor of disability retirement. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:479-84.
176. Björkenstam E, Hjern A, Mittendorfer-Rutz E, Vinnerljung B, Hallqvist J, Ljung R. Multi-exposure and clustering of adverse childhood experiences, socioeconomic differences and psychotropic medication in young adults. *PLoS One* 2013;8:e53551.
177. Björkenstam E, Burström B, Vinnerljung B, Kosidou K. Childhood adversity and psychiatric disorder in young adulthood: An analysis of 107,704 Swedes. *J Psychiatr Res* 2016;77:67-75.
178. Björkenstam E, Dalman C, Vinnerljung B, Weitoft GR, Walder DJ, Burström B. Childhood household dysfunction, school performance and psychiatric care utilisation in young adults: a register study of 96 399 individuals in Stockholm. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:473-80.
179. Björkenstam E, Hjern A, Vinnerljung B. Adverse childhood experiences and disability pension in early midlife: results from a Swedish National Cohort Study. *Eur J Public Health*. 2017;27:472-7.
180. Björkenstam E, Vinnerljung B, Hjern A. Impact of childhood adversities on depression in early adulthood: A longitudinal cohort study of 478,141 individuals in Sweden. *J Affect Disord* 2017;223:95-100
181. Basto-Pereira M, Miranda A, Ribero S, Maia A. Growing up with adversity: From juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. *Child Abuse Negl* 2016;62:63-75.
182. Fridell Lif E, Bränsström L, Vinnerljung B, Hjern A. Childhood adversities and later economic hardship among child welfare clients: Cumulative disadvantage or disadvantage saturation? *Br J Soc Work* 2017;47:2137-56.
183. Rebbe R, Nurius PS, Aharens KR, Courtney ME. Adverse childhood experiences among youth aging out of foster care: A latent class analysis. *Child Youth Serv Rev* 2017;74:108-16.
184. Butler I, Payne H. The health of children looked after by the local authority. *Adoption & Fostering* 1997;21:28-35.
185. Ward H, Jones H, Lynch M, Skuse T. Issues concerning the health of looked after children. *Adoption & Fostering* 2002;26:8-18.
186. Kling S. Fosterbarns hälsa - det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdande barns hälsa i Malmö. Malmö stad 2010.
187. Hultman E, Cederborg A-C, Alm C, Fählert Magnusson K. Vulnerable children's health as described in investigations of reported children. *Child Fam Soc Work* 2013;18:117-28.
188. Blennow M, Fiedler Backteman U, Lindfors A. Hälsovård för barn placerade i samhällsvård. Brister finns, förbättringar möjliga. Stockholm: Stockholms läns landsting 2014.
189. Swank JM, Gagnon JC. A national survey of mental health screening and assessment practices in juvenile correctional facilities. *Child Youth Care Forum* 2017;46:379-93.
190. Hochstadt NJ, Jaudes PK, Zimo DA, Schachter J. The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse Negl* 1987;11:53-62.
191. Child Welfare League of America (CWLA). Standards for health care services for children in out-of-home care. Washington, DC: CWLA, 1988.
192. American Academy of Pediatrics (AAP). Health care of children in foster care. *Pediatrics* 1994;93:335-8.
193. American Academy of Pediatrics (AAP). Health care for children and youth in the juvenile correctional care system. *Pediatrics* 2001;107:799-803.
194. American Academy of Pediatrics (AAP). Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 2002;109:536-41.
195. American Academy of Pediatrics (AAP). Health care for youth in the juvenile justice system. Policy statement. *Pediatrics* 2011;128:1219-35.
196. Leslie LK, Hurlburt MS, Landsverk J, Rolls JA, Wood PA, Kelleher KJ.

- Comprehensive assessments for children entering foster care: a national perspective. *Pediatrics* 2003;112:134-42.
197. Leve LD, Harold GT, Chamberlain P, Landsverk JA, Fisher PA, Vostanis P. Practitioner review: Children in foster care-vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53:1197-211.
198. Luke N, Sinclair I, Woolgar M, Sebba J. What works in preventing and treating poor mental health in looked after children? London: NSPCC & Oxford: The Rees Centre, University of Oxford 2014.
199. SBU. Tandförluster. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 204. ISBN 978-91-85413-40-9.
200. Alsfall J, Stenberg J. Psykiatriska diagnoser och förändringar hos en grupp SiS-ungdomar. Allmän SiS-rapport, 2008:4. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
201. Ståhlberg O, Anckarsäter H, Nilsson T. Mental Health Problems in youth committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:893-903.
202. Kling S, Nilsson I. Fysisk och psykisk hälsa hos barn som utreds inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen 2015.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00