

Hälsokontroll för SiS-ungdomar

En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem



Stefan Kling
Bo Vinnerljung
Anders Hjern

FORSKNINGSRAPPORT

Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanfattningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer.

SiS forskningsprojekt finansieras genom årlig utlysning av forskningsmedel. Beslut om finansiering av externa forskningsprojekt tas av SiS generaldirektör efter bedömning av SiS vetenskapliga råd och sakkunniggranskning (peer-review). Publicering sker efter beredning i publikationsseriens redaktionsråd och vetenskaplig granskning av SiS forskningsledare med stöd av externa sakkunniga.

Redaktionsrådet för Institutionsvård i fokus består av företrädare för SiS forsknings- och utvecklingsenhet, vård- och behandlingsenhet samt kommunikationsavdelning.

Ordförande är utvecklingsdirektör Eva Franzén.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är generaldirektör Kent Ehliasson.

SiS vetenskapliga råd

Ordförande:

Kent Ehliasson, generaldirektör SiS

Rikard Amylon, institutionschef, SiS LVM-hem Lunden

Henrik Andershed, professor, Örebro universitet

Per Blomkvist, institutionschef, SiS ungdomshem Bärby

Johan Franck, professor, Karolinska institutet

Mats Hilde, docent, Lunds universitet

Niklas Långström, professor, Uppsala universitet

Kerstin Lidman, socialchef, Sollentuna kommun

Paula Liljeberg, f.d. divisionschef, BUP Stockholm

Titti Mattsson, professor, Lunds universitet

Tove Pettersson, professor, Stockholms universitet

Mats Ramstedt, forskningsansvarig, CAN

Kerstin Stenius, docent, Helsingfors universitet

ISBN 978-91-87053-40-5

Hälsokontroll för SiS-ungdomar

Nummer 4 år 2016 i rapportserien Institutionsvård i fokus.

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse, SiS
Box 30224
104 25 Stockholm

Engelsk titel:

Institutional Care in Focus

Hälsokontroll för SiS-ungdomar

En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem

Stefan Kling
Bo Vinnerljung
Anders Hjern

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
English summary	6
Inledning	7
Metod och genomförande	11
Resultat	19
Diskussion	30
Studiens styrkor och begränsningar	34
Implikationer för SiS ungdomsvård	36
Referenser	38
Efterord (SiS)	45

FÖRORD

I denna rapport redovisas resultat från systematiska hälsokontroller av 91 ungdomar som var inskrivna på fyra särskilda ungdomshem i södra Sverige. Projektet har finansierats med SiS forskningsmedel (projektnummer 2.6.1-215-2013) och har de facto initierats av föreståndarna på de ungdomshem som vi samarbetat med.

Rapporten behandlar huvudsakligen somatisk ohälsa och indikationer på tandohälsa. Vi har inte gjort screeningar av symtom på psykisk ohälsa, främst av etiska skäl. En grundregel vid hälsoscreeningar är att det ska finnas möjlighet att ge dem som screenas vård/behandling om man upptäcker ohälsa. Tillgång till somatisk sjukvård och tandvård är inte ett stort problem för SiS-ungdomar. Men tillgång till barn- och ungdomspsykiatrisk specialistsjukvård kan vara det.

Hälsokontrollerna har genomförts av Stefan Kling, skolläkare/barnläkare med lång klinisk erfarenhet och skolöverläkare i Malmö stad, och av Catarina Lundsgård som är en erfaren specialistsjuksköterska. Vetenskaplig ledning har getts av professor/barnläkare Anders Hjern och professor/socionom Bo Vinnerljung. Både Hjern och Vinnerljung har lång erfarenhet av forskning om samhällsvårdade barn och ungdomar.

Projektet har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 2014/340-31/2).

SAMMANFATTNING

I den här rapporten redovisas resultat från systematiska hälsokontroller på fyra särskilda ungdomshem i södra Sverige. Rapporten behandlar huvudsakligen somatisk ohälsa och indikationer på tandohälsa. Populationen bestod av 91 ungdomar som skrivits in under tolv månader. Hälsokontrollerna har utförts inom tre månader från första inskrivningsdagen på den aktuella institutionen. Pojkarna var skolpliktiga, medan åldersspannet var bredare för flickor, upp till 18 år, för att få fler flickor i studiegruppen. Resultaten kan sammanfattas enligt följande:

1. Hälsokontrollerna var *efterfrågade* av ungdomarna. Det fanns också stora icke tillfredsställda *behov* av vård- och behandlingsinsatser mot somatisk ohälsa och tandohälsa. Efterfrågan och "behov" var med andra ord samstämmiga.

2. Det fanns flera indikationer på att ungdomarna var belastade av hälsoproblem *innan* vi genomförde hälsokontrollerna. Runt var fjärde pojke/flicka hade redan en pågående vårdkontakt med primärvården eller med någon form av specialistsjukvård. Vid undersökningstillfället fick en klar majoritet av flickorna (63 procent) och nästan var tredje pojke (29 procent) någon form av medicinering för ett somatiskt hälsoproblem.

3. Det fanns stora tandvårdsbehov i undersökningsgruppen, framför allt hos flickorna. Även om projektets tandundersökning var rudimentär (okulär besiktning av tänderna i ficklampsljus) och sannolikt underskattade behoven av tandvård rejält, fann projektläkaren att 43 procent av flickorna hade djupgående karies, ofta på flera tänder. Dessutom hade drygt var tredje pojke (35 procent) och ännu fler flickor (44 procent) indikationer på andra tandhälsoproblem som borde utredas, exempelvis svullet och inflammerat tandkött.

4. Hälsokontrollen fann en stor mängd av behandlingskrävande hälsoproblem som antingen inte var kända tidigare eller som var kända men bristfälligt omhändertagna. Det gällde tre av fyra flickor och 40 procent av pojkarna. "Nyupptäckta" hälsoproblem omfattade sjukdomar/ohälsotillstånd av vitt skilda slag.

5. SiS-flickorna var en särskilt utsatt grupp i hälsöhänseende, på nära nog alla områden.

6. Analysen av ungdomarnas hälsorelaterade välbefinnande, med hjälp av KidScreen, bekräftar den allmänna bilden av könsskillnaderna i SiS-ungdomarnas hälsosituation. Det var flickorna som hade flest hälsoproblem och det lägsta välbefinnandet. Både pojkar och flickor hade ett sämre fysiskt och psykologiskt välbefinnande jämfört med genomsnittet av svenska ungdomar i samma ålder, men flickornas välbefinnande skiljde sig mer från genomsnittet än pojkarnas.

7. Ett område som tydligt kontrasterar mot resten av studien – och mot internationella erfarenheter – är den låga frekvensen av sexuellt överförbara sjukdomar hos flickorna. Endast två fall av klamydia identifierades, vilket är en markant lägre nivå än vad som beskrivits i internationella studier.

8. Nära nog alla flickor (93 procent) och två av tre pojkar fick antingen en remiss till sjukvården eller rekommenderades (via personalen) att boka besök hos tandvården, ungdomsmottagningen eller hos primärvården för vaccinationskomplettering.

ENGLISH SUMMARY

International research has for decades consistently reported that antisocial youth in secure residential care/juvenile detention centers have high rates of somatic and dental health problems. Here we report the results from the first such study in a Nordic country.

We did a systematic somatic and a rudimentary dental health screening of 91 youths, age 13–17, recently admitted to four secure residential units in southern Sweden. Girls were oversampled, resulting in an even sex/gender distribution (45/46). Screenings were made by one experienced pediatrician with extensive experience from working with child welfare clients. The youths were tested for sexually transmitted disorders (STD). In addition, KidScreen was used to provide information on subjective well-being in general. Attrition was surprisingly low (5 percent), indicating that these health controls were popular among incarcerated youth.

Results show that the youths had large and unmet needs of health/dental care for a great variety of somatic health problems – especially the girls. Three of four girls had either a previously known health problem that was poorly followed up, or a health problem that was unknown before the health control (the corresponding figure for the boys was 40 percent). Close to every second girl (43 percent) had severe dental decay. Only two cases of chlamydia were identified, in contrast to similar studies in other countries.

After the health screening, almost all girls (93 percent) and 2/3 of the boys were referred to some form of health care or dental care clinic. Results indicate that in most aspects, the somatic health situation for youths in secure residential care in the Swedish welfare state resembles what has been reported from other Western countries.

Key words: health, dental health, young offenders, juvenile delinquents, adolescents, screening, KidScreen, Sweden

INLEDNING

Bakgrund till och syfte med studien

Utifrån internationell forskning, enstaka svenska studier av andra barn i samhällsvård och SiS egna ADAD-rapporter har vi haft hypotesen att det finns höga förekomster av somatiska hälsoproblem och behov av tandvård bland ungdomar som placeras på SiS institutioner, särskilt bland flickorna. De starka sambanden mellan antisocialt beteende och somatisk ohälsa har generellt varit kända i decennier (t.ex. Rutter & Giller, 1984; Robins & Rutter, 1990; Shepherd m.fl., 2002).

1. Ungdomar med antisocialt beteende har generellt hög förekomst av så kallat risktagande beteende (missbruk, våld, oskyddat sex etc.) vilket ökar risken för skador, olyckor, våldsam och tidig död, sexuellt överförda sjukdomar med mera (Farrington, 1995; Morris m.fl., 1995; SAM, 2000; Shepherd m.fl., 2002; Anderson m.fl., 2004; Teplin m.fl., 2005; Wade & Pevalin, 2005; Golzari m.fl., 2006; Ogders m.fl., 2010; AAP, 2011).

2. Många av dessa ungdomar uteblir från elevhälso-/tandhälsokontroller på grund av exempelvis skolk eller flyttningar men också på grund av försummelser från föräldrar eller andra vårdgivare (Kling, 2010; Kling m.fl., 2016; jfr Hill & Watkins, 2003; Hill & Thompson, 2003; Ogders m.fl., 2010).

3. Ungdomar med antisocial problematik har ofta en familjebakgrund med olika former av social utsatthet, omsorgsbrister och övergrepp. Sambanden mellan en sådan uppväxt och hälsoproblem är starka och kända i internationell forskning sedan lång tid tillbaka (Taylor m.fl., 1997; Repitti m.fl., 2002 m.fl.).

4. En stor grupp kommer från vårdmiljöer med bristfälligt hälsoomhändertagande – familjehem och institutioner utanför SiS (Kling, 2010; jfr Ward m.fl., 2002; Hill & Thompson, 2003; Hill & Watkins, 2003).

Projektets syfte har således varit att undersöka förekomsten av somatiska hälsoproblem – som utifrån klinisk standard i Sverige kräver medicinsk vård eller uppföljning – bland unga i särskild ungdomsvård. Mer specifikt har vi undersökt följande hälsoaspekter i ett urval ungdomar på SiS ungdomshem:

1. Förekomst av indikationer på somatiska hälsoproblem som kräver vård eller uppföljning.
2. Förekomst av indikationer på tandohälsa som kräver tandvårdsbehandling.
3. Förekomst av ofullständiga vaccinerings.
4. Självupplevt välmående hos ungdomarna, med hjälp av ett standardiserat och väl utprövat instrument (KidScreen).

Intagning till SiS-vård kan vara en reell möjlighet att upptäcka/åtgärda hälsoproblem, åtgärda bristfälliga uppföljningar av tidigare kända hälsoproblem och att skapa kontinuitet mellan hälsorelaterade insatser under SiS-tiden och liknande insatser i de miljöer dit den unge flyttar efteråt (Brown, 1993; AAP, 2011; jfr förslag i SOU 2015:71).

Tidigare forskning

Såvitt vi vet, finns det inga nordiska studier av somatisk ohälsa bland ungdomar på särskilda ungdomshem (eller motsvarande population i våra grannländer)¹. Däremot finns det data om självrapporterade hälsoproblem vid inskrivning i SiS årliga sammanställning av ADAD-intervjuer. En av frågorna avser "... aktuella hälsoproblem, det vill säga problem som den unge har, har haft den senaste tiden (de senaste 12 månaderna) eller brukar ha". I rapporten om inskrivningar från 2013 uppger 88 procent av ungdomarna minst ett hälsoproblem och 52 procent minst tre (SiS, 2015, s. 31–33). Bland inskrivna flickor är det 72 procent som säger sig ha minst tre somatiska hälsoproblem (pojkar 43 procent). Bland flickorna uppger 41 procent att de har ryggont, 34 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna uppger att de har dålig syn, runt var fjärde ungdom säger sig ha problem med tänderna, 34 procent av flickorna besvär med allergi/astma etc. Om man utgår från att de självrapporterade hälsoproblemen har grund i verkligheten framstår SiS-ungdomarna – i all synnerhet flickorna – som rejält somatiskt ohälsobelastade. Nästan varannan flicka (45 procent) och drygt var tredje pojke (36 procent) vill ha hjälp med sina hälsoproblem. Men enligt intervjuarskattningarna (som fylls i av SiS personal) anser personalen att det bara är för 3 procent av alla inskrivna under 18 år som hjälp med hälsoproblemen är "nödvändig" eller "absolut nödvändig" (SiS, 2015, s. 33).

Även kunskapen om andra dygnsvårdade barns somatiska hälsa är fragmentarisk i Norden. Det vi vet pekar samstämmigt på höga förekomster av ohälsa vid intagning till vård, under tiden i vård och i ung vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2000; Egelund m.fl., 2004, 2008; Kristofersen, 2005; Clausen & Kristofersen, 2008). En skånsk journalstudie av runt 121 barn 0–16 år placerade i familjehem (Kling, 2010) fann bland annat låg vaccinationstäckning och stort bortfall från nationellt rekommenderade hälsokontroller (syn, hörsel m.m.). Inom samma projekt genomfördes hälsoundersökningar av 120 barn 0–18 år (41 tonåringar men inga ensamkommande flyktingbarn) som nyligen placerats i dygnsvård (Kling m.fl., 2016; jfr t.ex. Schneiderman m.fl., 2011). Undersökningarna

¹ Men det finns ett par välgjorda studier av psykisk ohälsa (på diagnosnivå) bland SiS-ungdomar: Als fjell & Stenberg, 2008 och Ståhlberg m.fl., 2010.

resulterade i 99 sjukvårdsremisser. Mer än vartannat barn fick minst en remiss. En betydande andel av barnen 7–17 år hade inte vaccinerats (32 procent) eller genomgått syn-/hörseltester enligt Socialstyrelsens nationella rekommendationer (24 procent syn och 32 procent hörsel). Fetma/övervikt noterades för drygt var tredje i åldersgruppen (se Nelson m.fl., 2013, om fetma bland barn i amerikansk institutionsvård). Vartannat barn i åldern 7–17 år hade djupgående karies som borde behandlas. Förekomst av tandohälsa bland samhällsvårdade barn utanför SiS-liknande vårdmiljöer är annars en vit fläck på kunskapskartan, även internationellt. Ett undantag är en brittisk studie som visade att samhällsvårdade barn hade dubbelt så höga risker för tandohälsa när de jämfördes med barn som bodde hemma i socialt utsatta familjer (Sarri m.fl., 2012).

Sammantaget pekar de två svenska studierna och separata analyser av förskolebarnen i journalstudien (Köhler m.fl., 2015) på att de svenska generella hälsokontrollerna (barnhälso- och skolhälsovård) har varit otillräckliga för socialt utsatta barn och ungdomar.

Den internationella litteraturen är däremot omfattande och samstämmig. Tonåringar som placeras i SiS-liknande miljöer (med det avses juvenile detention centers, secure units m.m.) har avsevärt fler och allvarigare somatiska hälsoproblem än andra jämnåriga (t.ex. Forrest m.fl., 2000; översikt i Golzari m.fl., 2006). Hein och kollegor sammanställde data från hälsoundersökningar av drygt 47 000 kriminella ungdomar i New York som tagits in till låsta institutioner under en period av elva år. Hälften hade fått minst en diagnos om somatisk ohälsa (Hein m.fl., 1980). Tjugo år senare noterade Deborah Shelton (2000) att en lika stor andel (45 procent) av 350 ungdomskriminella hade minst ett betydande somatiskt hälsoproblem² vid intagning till vård. I en intervjuundersökning av drygt 7 000 intagna ungdomar med antisocial problematik i USA angav mer än 2/3 att de hade behov av sjukvård, bland annat på grund av obehandlade skador från våld samt syn-/hörselproblem (Sedlak & McPherson, 2010). En lång rad andra studier från USA har rapporterat höga förekomster av somatisk ohälsa och kroniska sjukdomar vid intagning till SiS-liknande miljöer (t.ex. Palfrey m.fl., 1983; Anderson & Farrow, 1998; Feinstein m.fl., 1998; Forrest m.fl., 2000; Matson m.fl., 2000). Snarlika resultat finns från Spanien (Olivan, 2002); Storbritannien (t.ex. Gould & Payne, 2004; Douglas & Plugge, 2008; Brooker & Fox, 2009) och Australien (Fasher m.fl., 1997). Höga förekomster av sjukdomar i luftvägarna (t.ex. astma) återkommer i studier från olika länder (Fasher m.fl., 1997; Feinstein m.fl., 1998; Matson m.fl., 2000), syn- och hörselproblem (t.ex. Shelton, 2000) liksom följdtilstånd av skador som uppstått på grund av yttre våld (t.ex. Anderson m.fl., 2004; Sedlak & McPherson, 2010).

Flera studier har funnit otillfredsställande vaccinationsstatus för ungdomar på institutioner (t.ex. Bartlett m.fl., 2008, i Kanada; Olivan, 2002, i Spanien). Den amerikanska Barnläkarföreningen (AAP) och andra aktörer har därför rekommenderat vaccinationskontroller (SAM, 2000; AAP, 2001; 2011; Morris, 2004). Höga, till och med extrema, förekomster av obehandlad tandohälsa har rapporterats från Spanien (Olivan, 2002), Kanada (van Harten, 2012) och USA (Anderson & Farrow, 1998; Forrest m.fl., 2000; Bolin & Jones, 2005 m.fl.).

2 "significant medical problem that requires follow-up", s. 190 (exklusive narkotika-/alkoholmissbruk eller sexuellt överförda sjukdomar)

Inom Heins (1980) banbrytande studie provades en modell där ungdomarna screenades av en sjuksköterska inom en timme efter intagningen. Inom ett dygn erbjöds en somatisk hälsoundersökning, inklusive en grundlig medicinsk anamnes och provtagningar. Detta blev en grundmodell för statliga rekommendationer i USA och för rekommendationer från den amerikanska Barnläkarföreningen (t.ex. Brown, 1993; Anderson & Farrow, 1998; SAM, 2000; AAP, 2001, 2011; Morris, 2004; Gallagher & Dobrin, 2007; för översikt om liknande rutiner i Storbritannien se Mooney m.fl., 2007). År 2007 publicerade Gallagher och Dobrin en uppföljning av hur de federala rekommendationerna i USA implementerats på drygt 700 institutioner. De fann att även om det blivit bättre över tid var det fortfarande få institutioner (detention facilities) som klarade kraven på en minimistandard för hälsoomhändertagandet. Den unika chansen att göra något åt dessa utsatta ungdomars hälsoproblem utnyttjades aldrig (jfr Olivan, 2002). Brown (1993) menar att detta är den ungdomsgrupp i befolkningen som har störst behov av medicinska insatser, både före, under och efter vistelsen i låst vård. Därför har forskare och barnläkare också understrukit det grundläggande behovet av kontinuitet mellan å ena sidan de medicinska screeningarna/insatserna under de ofta korta akutinstitutionsvistelserna och å andra sidan insatser i de miljöer dit den unge flyttar efteråt (t.ex. Brown, 1993; AAP, 2011). I sin översikt pekar Golzari (2006) på att hälsoinsatser till och med verkar kunna minska behovet av framtida sluten ungdoms-/kriminalvård (jfr Kessler m.fl., 2009).

Slutligen visar forskningen entydigt att flickor med antisocial problematik är en ännu mer utsatt grupp än antisociala pojkar (t.ex. Lederman m.fl., 2004; Pajer m.fl., 2006, 2007; Ogders m.fl., 2010; Björkenstam m.fl., 2013). Ett exempel: I en studie av 141 flickor på ett SiS-liknande ungdomshem i USA hade över hälften sexuellt överförda sjukdomar, fetma samt ohälsa på grund av fysiska skador (Ogders m.fl., 2010). En lång rad studier har funnit att majoriteten av dessa flickor har haft en uppväxt med återkommande traumatiska erfarenheter av våld och övergrepp med mera (t.ex. Chamberlain & Moore, 2002; Ogders & Moretti, 2002; Dixon m.fl., 2004).

Sammanfattningsvis har studier i andra länder som undersökt SiS-liknande ungdomspopulationer entydigt funnit höga förekomster av olika former av somatiska hälsoproblem och stora behov av tandvård. Allt vad vi vet tyder på att hälsoproblem är särskilt vanliga bland flickorna.

Metod och genomförande

Population och bortfall

Undersökningsgruppen utgjordes av alla ungdomar i skolpliktig ålder (max 16 år) som nyligen (inom de senaste tre månaderna) skrivits in på fyra särskilda ungdomshem i södra Sverige 2014–2015. För att få en bättre könsbalans i urvalet rekryterades förhållandevis fler flickor genom att inkludera även flickor som var över 16 år (medianåldern för pojkarna i studien är 15,3 år och för flickorna 16,6 år).

Personalen på institutionerna meddelade oss vilka nyinskrivna ungdomar som var aktuella för inkludering. Vi fick 101 namn som uppfyllde våra kriterier. Av dem hade fyra skrivits ut eller förflyttats till en annan institution innan de tillfrågades om medverkan. En ungdom hade avvikit och kom inte tillbaka till den aktuella institutionen. Dessa fem uteslöts följaktligen från undersökningen. Av de resterande 96 ungdomarna tackade fem nej till medverkan. Dessa utgör studiens bortfall, vilket motsvarar 5,2 procent. Rapporten baseras på de 91 ungdomar som kvarstod (45 pojkar och 46 flickor). Bortfallet är mycket lägre än förväntat. Samtidigt saknas enskilda uppgifter för vissa ungdomar, så kallat internbortfall. En flicka vägrade exempelvis att låta sig undersökas fysiskt, men medverkade vid tester och i andra delar av hälsokontrollen.

Samtycken

Samtycke inhämtades skriftligt från alla ungdomar, och från vårdnadshavare för de ungdomar som var yngre än 15 år, på en särskilt utformad samtyckesblankett. Alla gavs möjlighet att tacka ja eller nej till såväl undersökning som provtagning.

Datainsamling

Studien bygger på information från flera olika källor:

1. Journaldata: från SiS, skolhälsovården, primärvården, sjukvården, barnhälsovården (BVC) och i enstaka fall även från barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Journaldata från SiS inkluderar listor över aktuell medicinering (förs av institutionens sjuksköterska).

2. Resultat från hälsoundersökningen (syn-/hörselkontroll, längd-/viktkontroll, blodprov, klamydiaproov och läkarundersökning).
3. Uppgifter från ungdomarna själva som framkommit i hälsosamtal med projektets läkare (samma läkare för alla ungdomar) och projektets sjuksköterska (samma sjuksköterska för alla ungdomar, med ansvar för provtagning, hörsel- och syntest). Hälsosamtalen med läkaren tog runt en timme i genomsnitt.
4. Ungdomarnas egna svar på enkät med KidScreen (ett standardiserat instrument för att mäta ungdomarnas välbefinnande).

Journaldata

Undersökande läkare har uppskattningsvis läst runt 400 olika journaler i samband med studien. För alla ungdomar begärdes samtycke till att ta del av specificerat journalmaterial. En del ungdomar gav inte samtycke till vissa journaler, exempelvis från skolhälstan. Data om pågående medicinering fanns i hälsojournaler som uppdaterades av SiS egen sjuksköterska på de fyra institutionerna. För de ungdomar som enligt journaldata verkade ha haft kontakt med primärvård/annan sjukvård, eller som i samband med intervju själva berättade om sjukvårdskontakter, begärde vi tillstånd att läsa journaler från dessa kliniker. I skolhälsovårdsjournalerna återfanns i allmänhet dokumentation av tidigare hälsotillstånd under spädbarns- och småbarnsåren (sammanfattning av BVC-journal, inklusive tidigare givna vaccinationer) i journaltext från det första hälsobesöket i förskoleklassen eller första klass. När det bedömdes relevant rekviderades kopia av BVC-journal, exempelvis när uppgifter om tidigare hälsotillstånd saknades, eller i de fall där vi fick indikation om utvecklingsproblem som krävt insatser i förskoleåldern från barnhabilitering eller andra specialister. Journaler från BUP efterfrågades inte aktivt av projektet eftersom undersökningen hade fokus på somatisk hälsa, men BUP-material fanns ibland som bilagor i andra journaler (ofta i form av utredningar).

TABELL I

Lästa journaler (förutom SiS-journaler), efter journaltyp och kön i procent (antal inom parentes).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=46)
Minst en skolhälsovårdsjournal	84 % (38)	83 % (38)
Primärvårdsjournal	56 % (25)	52 % (24)
Sjukhusjournal	33 % (15)	39 % (18)
BVC-journal	49 % (18)	33 % (15)

Data som insamlades systematiskt från journalmaterialet innefattade uppgifter om följande:

- Medverkan i skolhälsovårdens gängse kontroller (minst ett i varje stadium, låg-/mellan-/högstadiet)
- Vaccinationsstatus
- Tillväxt och pubertetsutveckling
- Tidigare hörsel-, syn- och ryggundersökningar
- Tidigare och aktuella hälsoproblem som föranlett hälso- och sjukvårdsinsatser
- Allergi
- Olycksfall eller skador som krävt behandling
- Remisser från hälsovården till sjukvård och resultat av dessa utredningar
- Uppgifter om kroniska eller akuta sjukdomar
- Pågående vårdkontakter
- Uppgifter om medicinering; läkemedelsnamn, styrka, dos och dosintervall hämtades direkt ur SiS medicinska journaler, det vill säga aktuella läkemedel som var ordinerade av läkare enligt medicinlista

Blodprov och klamydiatest

Bland pojkarna samtyckte 73 procent till ett blodprov och 71 procent till en klamydiatest. Motsvarande siffror för flickorna var högre: 78 respektive 87 procent.

Undersökningen och hälsosamtalen med läkaren

Inför läkarbesöket lämnades muntlig och skriftlig information (Bilaga 1, 2) om undersökningens syfte och innehåll via SiS sjuksköterska. Som tidigare nämnts gavs alla möjlighet att tacka ja eller nej till såväl undersökning som provtagning.

Hälsokontrollen inleddes med ett samtal där ungdomen i närvaro av en vuxen (i allmänhet institutionens sjuksköterska) fick muntlig information om innehållet i undersökningen av projektsköterskan och läkaren. Information lämnades kring hur undersökningen skulle dokumenteras och godkännande inhämtades för att journaltext och utlåtande från undersökningen skulle inkluderas i SiS medicinska journal. Frågor om projektet besvarades och förväntningar, förhoppningar och farhågor diskuterades. Ett särskilt skriftligt samtycke krävdes för att rekvirera journalkopior från andra vårdgivare. KidScreen-formulär utdelades och besvarades (i de flesta fall i närvaro av projektsköterskan).

Undersökningen inleddes med praktiska moment. Test av syn och hörsel utfördes av projektsköterskan som också ställde frågor om skolbakgrund samt om antal/namn på samtliga skolor kronologiskt från skolstarten där ungdomen varit inskriven. Utifrån dessa uppgifter rekvirerades därefter journalkopior från skolhälsovården. Ungdomarna kunde själva berätta om namn på skolsköterskor som varit involverade, vilket under-

lättade våra kontakter med skolhälsovården. Vid projektets inledning hade vi ambitionen att via socialtjänsten få uppgifter om barnens tidigare skolgång. Tyvärr saknades i allmänhet uppgifter inom socialtjänsten om vid vilka skolor barnen tidigare hade varit inskrivna. Barnen kunde i stället själva snabbt och korrekt ge oss denna information.

Följande moment ingick i vår hälsokontroll:

a) Hörsel- och syntest

Hörseltest utfördes med tonaudiometer enligt sedvanliga rutiner inom skolhälsovården. Medelvärde för hörtrösklarna vid frekvenserna 500, 1 000, 2 000, 4 000 beräknades på screeningnivån 20 dB enligt *Vägledning för elevhälsan*, utgiven av Socialstyrelsen och Skolverket (2014). Hörsel testades även för 6 000, respektive 8 000 Hz för att upptäcka avvikelser i diskanten.

Synprovning utfördes på standardiserat sätt med syntavla (tre meter, bokstavsrad), i förekommande fall med och utan glasögon. Normal synskärpa i aktuella åldrar sattes till 1.0.

b) Läkarsamtal del I

Samtalet inleddes med frågor om eventuella aktuella besvär, eller om barnet särskilt funderat över någonting omkring hälsan som borde undersökas. Fanns tidigare besvär, symtom eller sjukdom som vi borde följa upp? Frågor ställdes om senaste läkarkontakt, akuta/kroniska sjukdomar och medicinering. Erfarenheter från tidigare hälsoundersökningar, tandvård, sjukhusbesök eller kontakter med vårdcentral, eventuella skador eller annat som vi borde fästa särskild vikt vid efterfrågades. Vid inledningen av samtalet gjordes en överenskommelse av hur den kroppsliga undersökningen skulle utföras. Varje del i den kommande undersökningen förklarades. Information gavs att undersökningen kunde avbrytas när som helst om barnet så önskade.

c) Undersökningen

Vid undersökningen närvarade alltid en vuxen. Den inledande undersökningen utfördes med barnet fullt påklätt. Öronundersökningen utfördes med öronspegel. Lymfkörtlar i halsregionen, sköldkörtel, pupillreflexer, ögonrörelser och ögonspiegel kontrollerades/testades. Mimik, tonus och kontakt bedömdes. Därefter utfördes några motoriska moment – test av grov- och finmotorik samt balans. Undersökning av munnen, tänder och tandkött utfördes steg för steg med hjälp av ficklampa. Efter varje undersökningsmoment kommenterades resultaten, ibland med kompletterande frågor, till exempel kring fyllningar i tänder eller piercing i munnen. Därefter undersöktes lungor och hjärta i sittande och liggande position. Kontroll av blodtryck i båda armarna och noteringar av eventuella förändringar i huden eller självskador på armarna gjordes. Buken undersöktes i liggande position, ibland genom tunn t-shirt eller motsvarande beroende på överenskommelse med ungdomen. Reflexer i armar och ben, grov kraft, koordinationstest med observans på eventuell tremor eller sidoavvikelser undersöktes. Därefter undersöktes rörlighet i höftleder, knäleder och fotleder med observans

på eventuella avvikelser i huden. Ryggundersökning utfördes i stående position med screening för rörlighet och eventuell scolios (undersökning med scoliometer). Undersökningen avslutades med längd- och viktkontroll samt beräkning av BMI (Body Mass Index). BMI är ett mått där vikten sätts i relation till kroppslängden, kroppsvikten i kilo dividerat med längden i meter i kvadrat, det vill säga $BMI = \text{kg}/\text{m}^2$. Barnets BMI förändras normalt under barnets tillväxt vilket framgår av de BMI-kurvor som finns i skolhälsovårdsjournaler. I dessa kan man snabbt utläsa om ett barn definitionsmässigt har under-/övervikt eller fetma. Eftersom barn växer och hela tiden ökar i längd behöver man ett jämförelsetal som gör att man kan jämföra barns BMI i olika åldrar. Man kallar detta för iso-BMI. Iso-BMI är ett konstruerat mått där man räknat ut vad barnets BMI skulle motsvara hos en vuxen. Gränsen för övervikt hos ett barn går då vid iso-BMI 25 och gränsen för fetma går vid iso-BMI 30 (Cole & Lobstein, 2012).

d) Läkarsamtal del II

Läkaren gjorde en genomgång av samtliga undersökningsmoment och resultatet av dessa. Kompletterande frågor ställdes till den unge, exempelvis om det var något vi hade glömt att titta noggrant på. Därefter ombads ungdomarna berätta om sin hälsa från födsel till i dag. Samtalet innefattade också kartläggning av eventuella vårdkontakter, inklusive tandvård och skolhälsovård, frågor om levnadsvanor, sömn, mat, vikt, menstruationer, mensdebut, sexuellt överförbara sjukdomar samt ärftlighet för sjukdomar, följt av frågor om familjebakgrund, syskon, rökning, droger med mera.

e) Sammanfattande bedömning och slutsatser av hälsokontrollen

Slutsatser, råd och rekommendationer meddelades utifrån hälsoundersökningen samt utifrån en genomgång av KidScreen-formulär. Överenskommelse gjordes om eventuell remiss för fortsatt utredning, bedömning eller behandling inom tandvård, ungdomsmottagning, primärvård med mera. Preliminär bedömning av vaccinationsstatus och eventuella behov av kompletterande vaccinationer dokumenterades.

f) Provtagning: Blodvärde (Hb), hepatit och hiv-serologi samt klamydiatest.

g) Överenskommelse gjordes med den unge kring hur provsvar skulle kommuniceras (i allmänhet per brev till ungdomen själv) och den unge fick besked att projektet skulle kontakta henne/honom om någon viktig ny information skulle komma fram i de journaler som rekvirerats. Den unge gavs också möjlighet att ställa ytterligare frågor.

h) Avslutningsvis ställdes frågor om på vilket sätt ungdomen själv brukar sköta om eller skulle vilja sköta om sin hälsa. Aktiviteter som träning, motion eller någonting som fungerat särskilt bra tidigare diskuterades. Intressen för skola, musik eller andra viktiga och meningsfulla aktiviteter belystes. Vilka förmågor, talanger eller intressen skulle den unge vilja utveckla ensam eller tillsammans med andra? Vad brukar den unge göra för att må riktigt bra? Detta samtal resulterade nästan undantagslöst i en lång lista över möjliga sätt att, utifrån egna förutsättningar, skissa på åtminstone någon konkret och konstruktiv idé med koppling till hälsa att fundera vidare över.

i) Slutligen fick alla ungdomar ett erbjudande om återbesök hos projektläkaren vid behov och informerades om möjlighet att boka ett sådant via SiS sjuksköterska (två ungdomar bokade återbesök).

Under projektets gång genomfördes hälsokontroller av ytterligare 15 ungdomar som varit inskrivna på sin institution längre än tre månader (utanför urvalet) – på ungdomarnas egen begäran. Av etiska skäl nekades ingen att få en hälsokontroll, om de själva önskade det.

KidScreen

Samtliga medverkande ungdomar ombads fylla i KidScreen-formulär. KidScreen är ett instrument för barn i åldern 10–18 år som utvecklades i början av 2000-talet av forskare i Sverige och tolv andra europeiska länder (Ravens-Sieberer m.fl., 2008). Instrumentet utgår från begreppet hälsorelaterad livskvalitet i form av fysiskt, psykologiskt och socialt välbefinnande. Det består av 52 frågor som omfattar tio dimensioner: Fysiskt välbefinnande, Psykologiskt välbefinnande, Nedstämdhet (sinnesstämning), Självuppfattning, Självständighet, Fritid, Föräldrarelationer, Ekonomiska resurser, Socialt stöd/kamrater, Skola/mobbning. I frågorna ombeds barnet tänka på *hur förra veckan varit* och ange sitt svar på en femgradig skala.

Instrumentet har fått stor spridning och har använts i hundratals vetenskapliga studier, inklusive den nationella svenska studien av psykisk hälsa och välbefinnande hos sjätte- och niondeklassare som genomfördes 2009 (Socialstyrelsen, 2012). De nästan 90 000 niondeklassarna i den nationella studien har använts som jämförelsepopulation i denna studie.

Vi har omvandlat skalorna till Z-värden vilket innebär att medelvärdet är 0 och 1 motsvarar en standardavvikelse.

I konstruktionen av KidScreen har man uteslutit variabler som i pilotstudier visade sig variera mycket med ålder, land och kön, för att kunna göra resultat mellan olika grupper av barn så jämförbara som möjligt (Ravens-Sieberer m.fl., 2008). Den nationella studien 2009 visade dock att det finns betydande skillnader mellan pojkar och flickor i Sverige i årskurs 9 (Socialstyrelsen, 2012), varför vi valt att analysera resultaten separat för pojkar och flickor.

Organisation av hälsovården på de medverkande institutionerna

Projektet har omfattat fyra av SiS institutioner i södra Sverige. Hälsovården har stora likheter genom att tjänstgörande sjuksköterskor använder samma digitala patientjournalssystem och har gemensamma rutiner för omvårdnadsdokumentation. Rutiner för medicinhantering och lokaler är i stora delar likvärdiga. Arbetet på institutionerna sker i team med tvärprofessionell sammansättning.

Men det fanns också tydliga skillnader mellan institutionerna. Framför allt märktes detta genom att tillgången till barnpsykiatriker och specialister i somatisk sjukvård, distriktsläkare/barnläkare varierade. På någon av institutionerna utfördes medicinsk rond, med deltagande av barnpsykiatriker, varje vecka medan en annan institution var beroende av regelbundna telefonkontakter med eventuell behandlande läkare på hemorten. Någon institution hade avtalad och regelbunden kontakt med somatisk läkare och tandvård nära institutionen medan andra institutioner hade betydligt svagare nätverk för vårdkontakter. Tillgången till primärvård, ungdomsmottagning, tandvård med mera varierade starkt och var beroende av lokala förutsättningar.

Studien har bedrivits i nära samarbete med institutionernas sjuksköterskor, som har varit till ovärderlig hjälp. Institutionsledningen har också varit positiv till projektet, vilket självfallet har underlättat genomförandet.

Projektets omfattande hälsoundersökning kompletterade i några fall den kortare somatiska undersökning som redan hade utförts av annan läkare i samband med inskrivning på en SiS-institution. SiS sjuksköterskor hade dessutom genomfört en omvårdnadsanamnes vid inskrivningen för en majoritet av ungdomarna. Genom att SiS sjuksköterskor närvarade och genom att tidigare journal var tillgänglig för projektläkaren, kunde vår hälsokontroll bygga vidare på de tidigare kunskaperna om ungdomens hälsa utan att upprepa samma frågor.

Alla uppgifter från hälsokontrollerna har förts direkt över till institutionens ordinarie dokumentationssystem genom att journaltexter och utlåtanden från hälsoundersökningarna har skannats in i SiS ordinarie medicinska journaler. De har därigenom blivit direkt tillgängliga för den fortsatta vården på institutionen. Resultaten av undersökningarna har även kommunicerats muntligt till ansvariga sjuksköterskor. Vi har med andra ord inte fördröjt eller dolt relevant information om ungdomarnas hälsa för den institution där den enskilde ungdomen var inskriven.

Kort om undersökningsgruppen

På grund av att relativt fler flickor inkluderades i studien var ungefär hälften av flickorna över 16 år (22 av 46) vid hälsokontrollen. De flesta flickor (70 procent) var placerade på samma institution. Endast två av de 45 pojkarna var över 16 år.

Tjugotre av de 91 ungdomarna var födda utomlands: var tredje pojke (15 av 45) och var femte flicka (8 av 46). Femton ungdomar hade bott i Sverige i minst fyra år. Sex av

de 23 utlandsfödda var ensamkommande flyktingungdomar: fem pojkar och en flicka. Samtliga hade vistats i Sverige mer än tolv månader (1–3 år). Fyra hade genomgått den hälsoundersökning, inklusive provtagning, som alla asylsökande har rätt till och som erbjuds av landstinget. Kompletterande vaccinationer hade utförts i dessa fyra fall. Särskilda analyser av de sex ensamkommande ungdomarna visar att gruppen har haft en marginell påverkan på resultaten.

De flesta ungdomar hade gått i minst tre olika skolor innan inskrivningen på SiS, 59 procent bland pojkarna och 80 procent av flickorna. Här ska beaktas att flickorna var äldre och inkluderade en undergrupp som gick i gymnasiet.

Resultat

Här redovisas studiens resultat under olika rubriker. Vi börjar med hälsorelaterade data som beskriver ungdomarnas situation vid hälsokontrollen och fortsätter sedan med vad som framkom vid hälsokontrollen. Slutligen redovisas de åtgärder som hälsokontrollen ledde till. Samtliga procenttal har avrundats till heltal.

Ungdomarnas situation vid hälsokontrollen

Tidigare skolhälsovård och tandvård

De flesta pojkarna (82 procent) hade – såvitt vi kan döma av journalerna – genomgått gängse kontroller i skolhälsovården (minst ett hälsobesök/en hälsokontroll i varje stadium) men det var mindre vanligt bland flickorna (67 procent). En minoritet kunde svara på frågan "Vilken tandvårdsmottagning brukar du gå till?" (27 procent av pojkarna och 22 procent av flickorna), även efter flera följdfrågor³. Detta är en indikation på att få har haft en regelbunden kontakt med tandvården innan de placerades på SiS-hemmen.

Vaccinationsstatus

Knappt fyra av fem ungdomar (78 procent, samma för pojkar och flickor) hade genomgått vaccinationer enligt det av Socialstyrelsen rekommenderade nationella programmet, inklusive kompletteringar inom första året som nyanlända i Sverige. Bland svenskfödda var omfattningen något högre (83 procent pojkar, 80 procent flickor) och bland utlandsfödda lägre (64 procent respektive 75 procent). I en normalpopulation av jämånåriga är det runt 95 procent som har fullständiga vaccinationer enligt det nationella programmet (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Funktionsnedsatt syn och hörsel

Sju ungdomar (8 procent) var i journaler definierade som funktionsnedsatta avseende syn eller hörsel, det vill säga de hade hörselnedsättningar (i allmänhet lätt hörselskada med tonmedelvärde 25–40 dB) eller en synnedsättning som inte kunnat kompenseras med glas. I denna lilla undergrupp fanns tre stycken som hade både syn- och hörselnedsättningar. Personer med lätt hörselnedsättning uppfattar ofta tal mellan endast ett par personer i en någorlunda tyst miljö. När det finns bakgrundsbuller uppstår som regel svårigheter. Samtliga barn med hörselnedsättning i vår undersökningsgrupp remitterades till öronklinik för fortsatt bedömning efter det att öroninflammation hade

³ Likt många andra data som framkommit i studien har vi inga siffror på vad en "normalpopulation" hade svarat.

uteslutits. De barn med synsvaghet som upptäcktes vid synprovningen hade en redan känd synnedsättning och remitterades till ögonspecialist för fortsatt uppföljning.

De beräkningar som finns om förekomst av hörselnedsättning i den svenska barnpopulationen är inte jämförbara med våra resultat. Skälet är att uppskattningarna inkluderar bland annat små barn med kronisk öroninflammation (Socialstyrelsen, 2009). Prevalensen av synsvaghet (amblyopi) i Sverige är runt 1 procent hos 13-åringar (Ohlsson m.fl., 2001).

Pågående vårdkontakter

TABELL 2

Ungdomarnas pågående vårdkontakter efter typ och kön i procent (antal).

	Pojkar (n=44)	Flickor (n=45)
Somatisk specialistsjukhusvård	16 % (7)	9 % (4)
Primärvård	9 % (4)	24 % (11)
BUP	40 % (17)	56 % (25)
Annan vård	20 % (9)	33 % (15)

Redan innan hälsokontrollen hade en betydande del av ungdomarna minst en pågående vårdkontakt med somatisk specialistsjukhusvård eller med primärvården (21 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna, visas ej i tabell). Som framgår av tabell 2 hade de flesta flickorna (56 procent) någon form av pågående BUP-kontakt, vanligtvis relaterad till uppföljning av adhd-medicinering.

Pågående medicinering

Efter genomgång av medicinlista för varje barn kan vi konstatera att det pågick en omfattande medicinering av ungdomarna på de fyra institutionerna (se tabell 3). Här har vi tagit med alla former av receptbelagda preparat, inklusive psykofarmaka.

TABELL 3

Pågående medicinering, efter antal preparat och kön i procent (antal).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=45)
Inget preparat	20 % (9)	16 % (7)
1	42 % (19)	13 % (6)
2	18 % (8)	20 % (9)
3	13 % (6)	20 % (9)
4	7 % (3)	15 % (7)
5		4 % (2)
6		4 % (2)
7		7 % (3)

Hälften av flickorna (51 procent) fick tre eller fler receptbelagda preparat samtidigt (20 procent av pojkarna). Var tredje flicka (31 procent) fick fyra eller fler receptbelagda preparat samtidigt.

Medicinering mot somatisk ohälsa

TABELL 4

Regelbunden/tillfällig medicinering mot somatisk ohälsa efter kön i procent (antal).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=45)
Regelbunden medicinering	11 % (5)	42 % (19)
Tillfällig medicinering	22 % (10)	53 % (24)
Minst ett av ovanstående	29 % (13)	63 % (29)

Som framgår av tabell 4 hade nästan var tredje pojke (29 procent) och nästan två av tre flickor (63 procent) pågående medicinering mot någon form av somatisk ohälsa vid undersökningstillfället. Regelbunden medicinering, som inkluderar läkemedel mot astma, gavs till en handfull pojkar men till 42 procent av flickorna (22 procent fick astmamedicin). Tillfällig medicinering, vilket också inkluderar läkemedel mot allergier, var listade för runt var femte pojke (22 procent) och mer än varannan flicka (53 procent).

Psykofarmaka

Pågående medicinering mot olika psykiska ohälsotillstånd var vanligt förekommande. De olika risker för biverkningar som är förknippade med psykofarmakabehandling av barn motiverar dock stor försiktighet, särskilt vid användningen av antipsykotika. Barn och ungdomar är mer känsliga än vuxna i detta avseende (Panagiotopoulos m.fl., 2010; Gothfors m.fl., 2010) och kunskaper om de olika preparatens långtidseffekter är begränsade. Metabola effekter med påverkan på aptit och viktreglering, muntorrhet med risk för påverkan på tandhälsa, trötthet, kognitiva svårigheter, yrsel, mag-tarmbesvär, urinvägssymtom, huvudvärk, illamående och sömnrubbning är symtom som kan indikera biverkningar men också kan vara orsakade av helt andra faktorer. Kombinationsbehandling mellan flera olika psykofarmaka är en komplicerad fråga som kräver särskild erfarenhet och särskilda kunskaper hos förskrivaren.

Drygt två av tre ungdomar (69 procent) fick minst en form av psykofarmaka (tabell 5). Vi har dock inga data som visar på vilka medicinbehandlingar som initierats utanför SiS, och som då följde med ungdomen vid inskrivningen på SiS, och vilka som påbörjades på institutionerna.

TABELL 5

Psykofarmaka, efter typ och kön i procent (n). Flera typer kan förekomma samtidigt.

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=45)
Sömnmiddel	49 % (22)	63 % (29)
Lugnande	20 % (9)	48 % (22)
Antidepressiva	11 % (5)	26 % (12)
Centralstimulerande (adhd)	36 % (16)	26 % (12)
Neuroleptika	7 % (3)	20 % (9)
Minst ett av ovanstående	69 % (31)	70 % (31)

TABELL 6

Psykofarmaka, efter antal typer och kön i procent (n).

	Pojke (n=45)	Flicka (n=45)
Inget	31 % (14)	31 % (14)
1	36 % (16)	18 % (8)
2	16 % (7)	11 % (5)
3	16 % (7)	20 % (9)
4	2 % (1)	13 % (6)
5	–	7 % (3)

Det var vanligt att ungdomarna fick flera former av psykofarmaka samtidigt (tabell 6). Varannan flicka (51 procent) fick minst två psykofarmakapreparat. Tre flickor fick alla fem preparattyperna. Exempel på "starka" kombinationer var centralstimulerande + lugnande medel (14 procent; könen sammanslagna) och centralstimulerande + antidepressiva läkemedel (9 procent).

Den höga förekomsten av psykofarmakakonsumtion ska självfallet ses i ljuset av annan information som framkom i studien. Som visades i tabell 2 (s. 20) hade 40 procent av pojkarna och 56 procent av flickorna pågående vårdkontakt med barn- och ungdomspsykiatri vid undersökningstillfället, vanligen relaterad till psykofarmakabehandling av adhd. Projektet hade endast undantagsvis tillgång till BUP-journal, men enligt andra journalanteckningar och/eller uppgifter från ungdomarna själva hade två av tre någon gång blivit diagnostiserade med adhd, autism, utvecklingsstörning eller annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (69 procent av pojkarna och 64 procent av flickorna). Ungdomarna som sa att de fått en neuropsykiatrisk diagnos någon gång fick följdfrågor kring när och vilka symtom som hade föranlett diagnosen. En stor majoritet av de barn som uppgav att de fått denna typ av diagnoser kunde berätta om tidigare kontakter med skolsköterska och testning hos skolpsykolog på grund av koncentrationssvårigheter, uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet. Därefter hade förnyade bedömningar hos psykolog och barnpsykiater utförts på en specificerad BUP-klinik vilket i många fall resulterat i påbörjad behandling med centralstimulantia. Vi fick också stöd för dessa uppgifter via skolhälsovårdsjournaler som refererade skolkonferenser mellan BUP och skola där diagnos meddelats. SiS omvårdnadsjournaler innehöll också uppgifter om medicinska och psykiatriska diagnoser som dokumenterats vid tidigare vistelser på SiS-institution. Inte sällan uppgav ungdomarna att syskon eller någon förälder också diagnostiserats med snarlika besvär. Uppgifter om utredning på misstanke om autism/autismspektrumstörning verifierades i skolhälsovårdsjournaler. I några få fall fanns dokumentation tillgänglig kring utredning av inlärningssvårigheter som resulterat i bedömning att barnen hade rätt till inskrivning i särskola.

Resultat från KidScreen

I samband med hälsokontrollen fyllde ungdomarna i KidScreen. Tabell 5 visar resultaten omräknade via medel- och standardvärden till Z-värden, jämförda med svenska niondeklassare 2009 (Socialstyrelsen, 2012). Med detta mått brukar skillnader på över 0,8 betraktas som stora, 0,4–0,8 som måttliga och 0,2–0,4 som små. Pojkarna i SiS-gruppen var något yngre än jämförelsegruppen medan flickorna var mer än ett år äldre i genomsnitt.

Som tabellerna 5 och 6 visar så beskrev svaren från både pojkar och flickor en påtagligt sämre autonomi/fritid än jämförelsepopulationen. Med tanke på att de frågor som utgör denna skala belyser sådant som möjligheterna att vistas ute så mycket som man vill, att ha tid för sig själv och att träffa sina kamrater, är det rimligt att tänka sig att detta är en ganska självklar konsekvens av vistelsen på en SiS-institution. Både pojkar och flickor på SiS-institution rapporterade en lägre nivå av fysiskt och psykiskt välbefinnande, inklusive sänkt stämningsläge, jämfört med jämförelsegruppen. För flickor var skillnaderna mot jämförelsegruppen stora, medan de för pojkar var måttliga eller små. För variabler som avspeglar relationer med föräldrar och kamrater, ekonomi och skola var skillnaderna för SiS-flickorna stora eller måttliga i förhållande till jämförelsegruppen, medan SiS-pojkarnas svar låg på samma nivå som jämförelsegruppens.

TABELL 7

Z-värden av KidScreen, pojkar.

Variabler	SiS (Medelålder = 14,6 år)		Nationella studien (Medelålder = 15,1 år)		p-värde
	N=	Z	N=	Z	
Fysiskt välbefinnande	54	-0,18	43 391	0,21	**
Psykiskt välbefinnande	55	-0,17	44 233	0,19	**
Stämningsläge	53	0,01	44 078	0,34	*
Självkänsla	45	0,60	44 267	0,40	i.s.
Autonomi/fritid	51	-0,52	44 422	0,21	***
Föräldrarelationer	44	0,36	43 872	0,08	i.s.
Kamratrelationer	55	-0,11	44 470	0,05	i.s.
Skola	48	0,01	43 994	0,01	i.s.
Ekonomi	55	-0,41	44 740	-0,29	i.s.
Mobbning	54	-0,09	44 311	-0,02	i.s.

*=p<0,05, **=p<0,01. ***=p<0,001; i.s.=inte signifikant

TABELL 8

Z-värden av KidScreen, flickor.

Variabler	SiS (Medelålder = 16,4 år)		Nationella studien (Medelålder = 15,1 år)		p-värde
	N=	Z	N=	Z	
Fysiskt välbefinnande	38	-0,93	42 723	-0,19	***
Psykiskt välbefinnande	44	-1,12	43 842	-0,19	***
Stämningsläge	45	-0,77	43 769	-0,34	***
Självkänsla	45	-0,69	43 977	-0,40	i.s.
Autonomi/fritid	42	-1,39	44 025	-0,19	***
Föräldrarelationer	34	-0,54	43 807	-0,19	*
Kamratrelationer	35	-0,97	43 835	0,16	***
Skola	36	-0,80	43 683	-0,01	***
Ekonomi	35	-1,05	43 078	-0,20	***
Mobbning	43	-0,09	43 400	0,03	i.s.

*= $p < 0,05$, **= $p < 0,01$. ***= $p < 0,001$; i.s.=inte signifikant

Vad framkom vid hälsokontrollen?

Rökning och BMI

De flesta ungdomarna var rökare, vilket var vanligare bland flickorna (76 procent jämfört med 56 procent av pojkarna). Majoriteten av rökarna hade börjat röka dagligen före tonåren. En relativt stor grupp uppfyllde BMI-kriterier (Body Mass Index) för övervikt (pojkar 29 procent; flickor 36 procent) eller fetma (pojkar 18 procent; flickor 7 procent).

Blodprov och klamydiatest

Blodproven visade inga sjukdomar som inte redan var kända. En ungdom testade positivt för kronisk hepatit C och en för hepatit B. Båda fallen var omhändertagna av specialister. Inga andra fall av blodsmitta upptäcktes (t.ex. hiv). En flicka hade mycket lågt blodvärde (järnbristanemi) men eftersom institutionen hade rutiner om blodprov-sprovtagning för alla inskrivna ungdomar hade detta upptäckts tidigare.

Två flickor testade positivt för klamydia, behandlades och anmäldes enligt smittskyddslagen.

Syn- och hörseltester

För syn-/hörseltest samt för resultaten från den kliniska undersökningen har vi gjort följande kategorisering (se tabellerna 7–9):

1. Ingen avvikelse/inget hälsoproblem.
2. Känd avvikelse/känt hälsoproblem men omhändertaget/uppföljt på ett tillfredsställande sätt (förkortas i tabellerna som "Känt, OK omht"), exempelvis nedsatt syn eller

skelning som behandlats med glasögon eller operation och genomförd öronoperation med så kallad trumhinneplastik.

3. Känd avvikelse/känt hälsoproblem men bristfälligt omhändertaget/uppfoljt (förkortas i tabellerna som "Känt, ej OK omht"), exempelvis synnedsättning eller skelning som ej följts upp eller behandlats, kronisk öroninflammation som ej följts upp och icke tillgodosett behov av hörhjälpmedel.

4. Nyupptäckt avvikelse/hälsoproblem.

Resultat i punkterna 3 och 4 ledde alltid till åtgärder från projektläkaren.

TABELL 9

Resultat från syntesten efter kategori och kön i procent (antal inom parentes).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=45)
Ingen synnedsättning (SN)	84 % (38)	54 % (25)
Känd SN, OK omht	4 % (2)	17 % (8)
Känd SN, ej OK omht	4 % (2)	17 % (8)
Nyupptäckt SN	7 % (3)	9 % (4)

TABELL 10

Resultat från hörseltest efter kategori och kön i % (n).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=45)
Ingen hörselnedsättning (HN)	80 % (36)	87 % (40)
Känd HN, OK omht	4 % (2)	–
Känd HN, ej OK omht	4 % (2)	4 % (3)
Nyupptäckt HN	11 % (5)	7 % (3)

Vid den kliniska undersökningen konstaterades en del synnedsättningar som antingen var kända men bristfälligt omhändertagna/uppfoljda eller som tidigare inte var kända. Detta gällde för 5 procent av pojkarna och 26 procent av flickorna (tabell 7). Motsvarande tal för hörselnedsättning var 15 procent för pojkarna och 11 procent för flickorna (tabell 8).

Flera av ungdomarna hade känd ögonsjukdom, exempelvis katarakt (grå starr med behov av synhjälpmedel), kraftigt nedsatt syn och brytningsfel med glasögonbehov. I de fall glasögon tidigare hade ordinerats saknades i hög utsträckning återbesök hos optiker eller ögonläkare. Skelning med bristande uppföljning och behandling före skolåldern och permanent synnedsättning (amblyopi) påvisades hos två barn. Vi fann även habiliteringskrävande hörselnedsättning som hade följts upp bristfälligt samt trumhinneperforation, tinnitus och hörselnedsättning som inte hade bedömts av öronläkare. Som remisskriterier till specialistbedömning användes sedvanliga riktlinjer för skolhälsovården enligt överenskommelse med Region Skåne.

Behandlingskrävande hudsjukdomar

Enligt undersökningen hade runt en av sju ungdomar en behandlingskrävande hudsjukdom (13 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna), till exempel måttlig till svår acne, uttalade eksem och i något fall en speciell form av naevus (födelsemärke eller leverfläck) som kräver behandling.

Menstruationsproblem bland flickorna

Var femte flicka (21 procent) uppgav att hon hade återkommande och så stora problem med menstruationen, att professionell hjälp efterfrågades hos barnmorska, ungdomsmottagning eller gynekolog. Smärtsamma, rikliga, oregelbundna eller uteblivna menstruationer var de dominerande symtomen. Enstaka flickor remitterades direkt till gynekolog på grund av misstanke om primär amenorré, polycystiskt ovariesyndrom (PCO), endometriosis eller svår premenstruell spänning (PMS). I något fall diagnosticerades mycket lågt blodvärde på grund av rikliga menstruationer och järnbrist. Menstruationsbesvär är vanliga i tonåren och det är därför vanskligt att uttala sig om prevalensen av dessa bland flickorna på de ingående institutionerna skiljer sig från befolkningen i övrigt. Man kan dock konstatera att de flickor som behövde kvalificerad handläggning hos gynekolog inte själva hade haft möjlighet att söka specialistvård tidigare.

Behov av tandvård

Av de ungdomar som genomgick en rudimentär tandundersökning (43 pojkar och 42 flickor) hade ett fåtal pojkar (7 procent) och 43 procent av flickorna tecken på djupgående karies. Runt var tredje pojke (35 procent) och en ännu större andel bland flickorna (44 procent) hade indikationer på andra tandhälsoproblem som borde åtgärdas, svullet och inflammerat tandkött (tandköttinflammation), fraktur på tänder med mera.

Undersökningen av ungdomarnas tandstatus baserades på okulär besiktning av tandstatus under ficklampsbelysning och utfördes av projektläkaren. Det finns starka skäl att anta att den undersökning som erbjöds inom projektet kraftigt underskattade behovet av tandvård. Närmare undersökning av tandstatus och bedömning av samtliga tandytor var inte möjlig i samband med hälsoundersökningen.

Återkommande tandvärk och tandvårdsrädsla var vanlig hos de undersökta barnen och de tandproblem som upptäcktes motsvarade stora, och inte sällan multipla och obehandlade, kariesangrepp. Flera av barnen hade för lång tid sedan genomgått undersökning hos tandläkare som rekommenderat åtgärd och bokat tid för behandling, vilket resulterat i uteblivet besök på grund av rädsla. De flesta ungdomar rekommenderades professionell bedömning av tandstatus inom tandvården. Endast de ungdomar som hade besvär, och i de fall det var möjligt, remitterades till tandläkare akut. Inflammation i munslemhinnor och tandkött var i många fall mycket uttalad. På en av institutionerna tog SiS sjuksköterska kontakt med tandvården utifrån de oroväckande tandhälsoproblemen hos ungdomarna. Den tandsköterska som anlätades besökte därefter institutionen och gav undervisning om tandhälsa.

Behandlingskrävande somatiska hälsoproblem

Vid hälsokontrollen fann vi många ungdomar med pågående behandlingskrävande somatiska ohälsotillstånd, som antingen var kända men bristfälligt omhändertagna/uppföljda eller som upptäcktes vid undersökningstillfället (tabell 9). Detta gällde mer än varannan pojke (53 procent) och tre av fyra flickor (75 procent).

TABELL 11

Förekomst av minst ett behandlingskrävande somatiskt hälsoproblem, efter kategori och kön, i procent (antal inom parentes).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=45)
Nej	18 % (8)	11 % (5)
Känt, OK omht	29 % (13)	13 % (6)
Känt, ej OK omht	13 % (6)	22 % (10)
Nyupptäckt	40 % (18)	53 % (24)

I undersökningsgruppen var de vanligaste somatiska hälsoproblemen sådana som vi möter i en grupp av ungdomar med genomsnittliga livsomständigheter, men i ökad frekvens och svårighetsgrad. Men vi fann också många uppenbara tecken på att den generella hälsovård som erbjuds alla barn inte har nått fram, eller inte har förmått att tillgodose det ökade behovet av hälsovård som dessa ungdomar har haft/har jämfört med andra jämnåriga.

Den bristande uppföljningen från hälso- och sjukvården vid tidigare konstaterade hälsoproblem är särskilt oroande. Kroniska kroppsliga sjukdomar som inte tagits om hand på bästa sätt var vanligt förekommande i undersökningsgruppen. Obehandlad svår astma, multipel födoämnesallergi med bristande utredning, upprepade njurbäckeninflammationer utan medicinsk uppföljning, obehandlad svår acne, uttalad fetma, felläkta frakturer, kroniska smärttillstånd i rygg och leder, kroniska öron- eller ögonbesvär är exempel på behandlings- och utredningskrävande medicinska tillstånd som beskrivs i tabell 11.

”Nyupptäckt” i tabell 11 omfattar sjukdomar/hälsoproblem av vitt skilda slag. Utalade hjärtklappningsattacker som kräver medicinsk utredning, inte tidigare utredda underlivsbesvär, kroniska rygg- och ledproblem, menstruationsrubbingar, kroniska gastritbesvär samt höftsjukdom är några av de tillstånd som föranlett remiss till sjukvården. I en del fall har medicinsk-utvecklingsneurologisk bedömning initierats via projektet.

Allvarliga eller komplexa somatiska ohälsotillstånd

En undergrupp av ungdomarna hade allvarliga eller komplexa somatiska ohälsotillstånd. Vi har skapat två sådana kategorier (se tabell 12), baserade på projektläkarens kliniska bedömningar.

1. Potentiellt livshotande eller funktionshotande ohälsotillstånd – om den unge inte får adekvat behandling (inklusive tillgång till nödvändiga läkemedel). Med funktionsho-

tande ohälsotillstånd avses tillstånd som – om inte behandling ges – medför risk för allvarlig skada/betydande invaliditet/allvarlig funktionsnedsättning/bestående men eller påtaglig risk för allvarlig försämring av tillståndet. Exempel på dessa två tillstånd är allvarlig diabetes och smärtsyndrom som kräver daglig antiinflammatorisk behandling.

2. Komplexa behandlingsbehov med behov av insatser från flera medicinska specialister, inklusive fysioterapi (behov av tandvård ej inräknad). Exempel på kombinationer av vårdbehov är barnmedicin/öron-näsa-hals (ÖNH); barnmedicin/gastroenterolog; ögonläkare/ÖNH; käkkirurg/ortoped och gynekolog/ortoped.

TABELL 12

Förekomst av allvarliga eller komplexa ohälsotillstånd, efter kategori och kön i procent (antal inom parentes).

	Pojkar (n=45)	Flickor (n=46)
Potentiellt livshotande eller funktionshotande	7 % (3)	15 % (7)
Komplexa behandlingsbehov	9 % (4)	37 % (17)
Minst ett av ovanstående	16 % (7)	52 % (24)
Inget av ovanstående	84 % (38)	48 % (22)

Det är framför allt bland flickorna som vi finner denna typ av ohälsa (tabell 12). En av sju flickor (15 procent) hade ett livs- eller funktionshotande hälsoproblem. Drygt var tredje flicka hade ett hälsoproblem som krävde behandling av olika specialister inom sjukvården (37 procent). Som framgår av tabell 10 fanns runt varannan flicka (52 procent) i någon av de två kategorierna. Motsvarande tal för pojkarna var betydligt lägre.

De tillstånd som vi listat som "potentiellt livshotande" eller "funktionshotande" i tabell 12 var i stort omhändertagna på ett tillfredsställande sätt. Men flera av de tio ungdomar som vi placerat i någon av dessa två kategorier hade även andra sjukdomstillstånd. Flertalet av dessa var inte omhändertagna/uppföljda på ett tillfredsställande sätt eller var inte kända för institutionen före hälsokontrollen.

Ärr från misstänkta självskador

I samband med den kroppsliga undersökningen kontrollerades puls och blodtryck. Vid undersökningen fann läkaren ärr från misstänkta självskador på armarna hos runt varannan flicka, medan det var ovanligare bland pojkarna. Det är sannolikt en underskattning av faktiska förhållanden eftersom läkaren bara kunde undersöka ärr på armarna för flickorna och inte på de delar av huden som var täckta av tunna kläder (exempelvis t-shirt och på benen så kallade leggings eller tights). Enstaka flickor berättade spontant om självskadebeteende som svar på inledande frågor om hälsa. Självskadebeteende beskrevs både som en vana att hantera ångest på och som ett beroende. Följdfrågor kring självskadorna ställdes. I de allra flesta fall var självskadebeteendet känt av behandlingsteamet, men inte alltid. Fortsatt handläggning, analys om beteendet var en del i komplicerad psykiatrisk problematik och ställningstagande till behandling ombesörjdes därefter av ordinarie personal på SiS eller ansvarig psykiatriker.

Vilka åtgärder ledde hälsokontrollen till?

Här redovisar vi vad hälsokontrollerna ledde till, det vill säga de åtgärder som vidtogs av projektets läkare.

Remisser till primär- eller specialistsjukvård med mera

Hälsokontrollen resulterade ofta i en remiss till specialistsjukvård eller primärvården, vilket visas i tabell 13. Exempel på skäl bakom en sådan remiss var fortsatt utredning och uppföljning av astma, utredning av misstänkt luftburen allergi, födoämnesöverkänslighet, ortopediska problem, fortsatt utredning och differentialdiagnostik av smärttillstånd och kroniska eller tidigare inte kända urinvägsbesvär. Minst en remiss (flera ungdomar fick mer än en) skrevs för runt varannan ungdom (48 procent av pojkarna, 56 procent av flickorna).

TABELL 13

Åtgärder efter hälsokontroll, efter typ och kön i procent (n).

	Pojkar (n=43–45)	Flickor (n=44–45)
Remiss sjukvård (minst en)	48 % (21)	56 % (25)
Rek besök tandvård	20 % (9)	71 % (32)
Rek besök ungdomsmottagning eller barnmorska	2 % (1)	48 % (21)
Rek kompl av vaccinationer	21 % (12)	18 % (9)
Minst ett av ovanstående	67 % (29)	93 % (41)

För andra ungdomar lämnade läkaren rekommendationer till personalen att säkerställa besök hos tandläkaren (71 procent av flickorna), ungdomsmottagning/barnmorska (runt varannan flicka, 48 procent) eller hos primärvården för komplettering av vaccinationer (runt var femte ungdom; se tabell 11). Hälsokontrollerna ledde till att två av tre pojkar (67 procent) och nästan alla flickor (93 procent) fick minst en remiss till sjukvården eller/och minst en rekommendation enligt tabell 11.

Projektläkaren utförde också en hel del insatser själv, riktade direkt till ungdomarna. Drygt nio av tio ungdomar (92 procent) fick sådana insatser. Dessa varierade stort i omfattning och karaktär. Endast i enstaka akuta fall (tre ungdomar) förskrev projektläkaren läkemedel. Men det kunde handla om förnyad behandlingsplanering eller uppföljning av redan kända hälsoproblem som fanns dokumenterade i tillgängliga journaler eller som framkommit i samtal med ungdomen vid undersökningen. Andra exempel är råd om egenvård för astma, eksem, dag- och nattväta och för olika smärttillstånd (exempelvis rygg- och huvudvärk av spänningstyp), samt råd rörande sexuell hälsa, mensbesvär eller sömnproblem. För många ungdomar förde läkaren "motiverande samtal" om livsstilsrelaterade problem, exempelvis om kosthållning, fysisk träning, rökavvänjning och om olika frågor relaterade till droger/dopning/alkohol.

Sammantaget har i princip alla studiens ungdomar fått någon hälsorelaterad insats som följd av hälsokontrollerna.

Diskussion

Såvitt vi vet är detta den första studien av somatisk ohälsa och tandohälsa i en SiS-population som gjorts i Norden. Vi genomförde systematiska hälsokontroller av 91 ungdomar som nyligen (mindre än tre månader sedan) skrivits in på fyra särskilda ungdomshem i södra Sverige. Våra hälsokontroller är ett exempel på hur sådana kan organiseras och genomföras, om LVU-utredningens förslag att alla barn som placeras i dygnsvård ska erbjudas en läkarundersökning leder till ny lagstiftning (SoU 2015:71).

För att få en hyggligt jämn könsfördelning rekryterades jämförelsevis fler flickor till studien genom att ta bort den ursprungliga åldersbegränsningen (studien var avsedd för skolpliktiga ungdomar). Flickorna som medverkar är följaktligen som grupp äldre än pojkarna. Bortfallet var (för oss) förvånansvärt lågt (5 procent).

Studiens viktigaste resultat

Vad lär vi oss av det här? Den första lärdomen är att hälsokontrollerna var *efterfrågade* av ungdomarna – när det fanns något att efterfråga. Av resultaten framgår det också tydligt att det fanns stora icke tillfredsställda *behov* av vård- och behandlingsinsatser mot somatisk ohälsa och tandohälsa (jfr SoU 2015:71). Efterfrågan och ”behov” var med andra ord samstämmiga.

För det andra kan vi se att det fanns flera indikationer på att ungdomarna som grupp fick mycket medicinska insatser innan vi genomförde hälsokontrollerna. Runt var fjärde pojke/flicka hade redan en pågående vårdkontakt med primärvården eller med någon form av specialistsjukvård. Vid undersökningstillfället hade en klar majoritet av flickorna (63 procent) och nästan var tredje pojke (29 procent) någon form av pågående medicinering (regelbunden eller tillfällig) för ett somatiskt hälsoproblem. Drygt två av tre ungdomar hade minst en pågående medicinering med psykofarmaka, och varannan flicka fick minst två psykofarmakapreparat samtidigt.

För det tredje framgår det av resultaten att det fanns stora tandvårdsbehov i undersökningsgruppen, framför allt hos flickorna. Detta var väntat mot bakgrund av tidigare studier av svenska barnavårdspopulationer (Kling m.fl., 2016) men också med tanke på att bara runt var fjärde ungdom kunde svara på frågan om vilken tandvårdsmottagning hon/han brukade gå till (trots flera följdfrågor). Även om projektets tandundersökning var rudimentär (okulär besiktning av tänderna i ficklampsljus) och sannolikt underskattade behoven av tandvård rejält, fann projektläkaren att 43 procent av flickorna hade djupgående karies, ofta på flera tänder. Däremot var detta betydligt ovanligare

bland pojkarna (7 procent), vilket är ett överraskande resultat. Dessutom hade drygt var tredje pojke (35 procent) och ännu fler flickor (44 procent) indikationer på andra tandhälsoproblem som borde utredas, exempelvis svullet och inflammerat tandkött. I den svenska befolkningen är 68 procent av 12-åringarna och 36 procent av 19-åringarna *helt kariesfria* (Socialstyrelsen, 2015). Observera dock att de nationella jämförelsesiffrorna baseras på avsevärt mer noggranna tandhälsoundersökningar än projektets (utförda på tandvårdsmottagningar av tandläkare) och inte är jämförbara med våra resultat.

För det fjärde så fann vi en stor mängd av behandlingskrävande hälsoproblem som antingen inte var kända tidigare eller som var kända men bristfälligt omhändertagna. Tre av fyra flickor hade antingen kända men bristfälligt omhändertagna somatiska hälsoproblem (22 procent) eller tidigare okända somatiska hälsoproblem (53 procent). Detsamma gällde 40 procent av pojkarna. "Nyupptäckta" hälsoproblem omfattade sjukdomar/ohälsotillstånd av vitt skilda slag. Kroniska rygg-/ledproblem, kroniska gastritbesvär samt icke utredda långvariga underlivsbesvär är några av många exempel. Exempel på tidigare kända men bristfälligt omhändertagna hälsoproblem var obehandlad svår astma, upprepade njurbäckeninflammationer, kroniska smärttillstånd och felläkta frakturer.

För det femte framgick det tydligt att flickorna var en särskilt utsatt grupp i hälsohänseende. De hade höga förekomster av pågående behandlings-/vårdkontakter före undersökningen och av pågående medicinering för somatiska hälsoproblem, samt mycket hög förekomst av djupgående karies och andra behov av tandhälsovård. Tre av fyra flickor hade kända men bristfälligt omhändertagna/uppföljda ohälsotillstånd eller behandlingskrävande somatiska ohälsotillstånd som inte var kända tidigare. Vi bedömde att varannan flicka (52 procent) hade ett allvarligt eller komplext ohälsotillstånd. Dessutom fanns en rad tecken på hög förekomst av psykisk ohälsa bland flickorna, inkluderande höga förekomster av psykofarmakamedicinering (vanligen med flera typer av preparat samtidigt) och av indikationer på självskadebeteende (som sannolikt underskattades vid läkarundersökningen).

För det sjätte ledde hälsokontrollerna till en lång rad konkreta åtgärder. Runt varannan ungdom blev remitterad till sjukvård för utredning, uppföljning eller behandling. Personalen planerade tandläkarbesök för nästan tre av fyra flickor (71 procent). Var femte ungdom fick rekommendationer om komplettering av vaccinationer. Nära nog alla flickor (93 procent) och tre av fyra pojkar fick antingen en remiss till sjukvården eller så gavs personalen starka rekommendationer om att boka besök hos tandvården, ungdomsmottagningen eller hos primärvården för vaccinationskomplettering. Om vi lägger till de behandlingsinsatser som utfördes direkt av projektläkaren fick i princip alla ungdomar som medverkade i hälsokontrollen någon form av hjälp med sin somatiska hälsa eller tandhälsa. Eftersom resultaten från hälsokontrollen skannades in i SiS journalsystem skapade projektet också förutsättningar för kontinuitet och konsekvens i hälsoomhändertagandet inom SiS för de medverkande ungdomarna.

Ett område som starkt kontrasterar mot resten av studien är den låga frekvensen av sexuellt överförbara sjukdomar. Trots en noggrant genomförd provtagning identifierades endast två fall av klamydia, vilket är en markant lägre nivå än den som beskrivits

i internationella studier (t.ex. Ogders m.fl., 2010). Detta förefaller således vara en del av hälsovården som redan fungerar på ett tillfredsställande sätt. På samtliga institutioner vi har besökt diskuteras sexuell hälsa i samband med ett inskrivningssamtal (omvårdnadsanamnes) via SiS sjuksköterska⁴. Många flickor hade varit utsatta för sexuella övergrepp före placering på institution. Inte sällan inleddes vården på SiS direkt i anslutning till sjukhusinläggning, akut psykiatrisk vård, observation på sjukhus efter droger, övergrepp eller andra skador där graviditetstest och testning för klamydia var utförd. I ett par fall hade behandling för sexuellt överförbar infektion redan genomförts. Ibland kom ungdomarna från en annan institution som hade samma rutiner med omvårdnadsanamnes via en sjuksköterska. De senaste årens ambitioner att på nationell nivå och inom statlig ungdomsvård prioritera riktad prevention kring sexuell hälsa var tydligt märkbar i arbetet på institutionerna.

Välbefinnande

Analysen av SiS-ungdomarnas hälsorelaterade välbefinnande, med hjälp av KidScreen, bekräftar den allmänna bilden av könsskillnaderna i ungdomarnas hälsosituation. Det är flickorna som har flest hälsoproblem och det lägsta välbefinnandet. Både pojkar och flickor har ett klart sämre fysiskt och psykologiskt välbefinnande jämfört med genomsnittet av svenska ungdomar i samma ålder, där SiS-flickornas välbefinnande skiljer sig mer från genomsnittet än SiS-pojkarnas. För flickorna handlar det nedsatta välbefinnandet också i hög grad om dåliga relationer och vantrivsel i skolan, områden där SiS-pojkarnas situation är snarlik den hos genomsnittet av jämnåriga (Socialstyrelsen, 2012).

Psykofarmakakonsumtion

Två av tre ungdomar hade minst en aktuell psykofarmakamedicinering och kombinationer av flera olika typer av psykofarmaka var inte ovanliga. Den höga psykofarmakakonsumtionen är troligen en bidragande anledning till den dåliga tandhälsan, då många typer av psykofarmaka ökar risken för kariesangrepp genom muntorrhet. Neuroleptikonkonsumtion leder regelmässigt till viktökning och är därför troligen en bidragande faktor till den höga nivån av fetma (Läkemedelsverket, 2014). Kroppsliga symtom i form av trötthet, svårigheter med sömn- och aptitreglering, yrsel, mag-/tarmbesvär med mera kan vara associerade till psykofarmaka-behandling. Under projektet kommunicerades misstankar om biverkningar till ansvarig sjuksköterska och resulterade i fortsatt uppföljning via SiS ordinarie personal och behandlande läkare.

Vi visste sedan tidigare att psykofarmakakonsumtionen var mycket hög bland SiS-ungdomar, jämfört med andra jämnåriga (Socialstyrelsen, 2014). Den främsta förklaringen är självfallet att förekomsten av psykisk ohälsa är radikalt högre i gruppen.

⁴ Se Löfgren-Mårtenson m.fl., 2013 för SiS-ungdomars egna perspektiv på sexuell hälsa.

Stålberg och kollegor (2010) fann exempelvis att 58 procent av de 100 LVU-placerade ungdomar som ingick i deras studie uppfyllde DSM-IV-krav för en adhd-diagnos (jämför ungdomarnas egna uppgifter i vår studie). Komorbiditet (mer än en diagnos) var vanlig, vilket också rapporterats i en rad utländska studier (t.ex. Abram m.fl., 2003; Wasserman m.fl., 2010; Jozefiak m.fl., 2016).

Men Socialstyrelsens granskning av psykofarmakakonsumtionen bland barn och ungdomar i social dygnsvård (2014) fann också att när flera förskrivande enheter (kliniker, enskilda läkare) var inblandade så ökade antalet förskrivna preparat. Socialstyrelsen fann vidare att behandling med flera olika preparat ställer särskilda krav på förskrivaren – hon/han bör ha specialistkompetens – och på uppföljning med särskild uppmärksamhet riktad mot eventuella biverkningar (se även t.ex. Zito m.fl., 2008; Crismon & Argo, 2009; Bertram m.fl., 2013).

Flera studier har visat att biverkningar av psykofarmaka är vanliga bland dygnsvårdade barn och ungdomar (t.ex. Nahrendorf m.fl., 2011; Socialstyrelsen, 2014). Ett annat skäl till att så kallad polymedicinering med psykofarmaka är vanlig i dygnsvårdspopulationer är att många ungdomar vandrat runt mellan olika vårdmiljöer. Nya placeringar ledde till nya bedömningar av barnets/ungdomens problem, vilket i sin tur ledde till nya diagnoser och förskrivningar av fler psykofarmakapreparat (McMillen m.fl., 2007; Nahrendorf m.fl., 2011; Bertam m.fl., 2013)⁵. Tillgängliga data ger oss inte möjlighet att se om detta är en bidragande förklaring till att så många ungdomar i vår studie har olika kombinationer av förskrivna psykofarmakapreparat, men det kan vara värt att undersöka särskilt.

Jämförelser med nationell och internationell forskning

Våra resultat pekar tydligt i samma riktning som tidigare forskning från andra länder om ungdomar i SiS-liknande miljöer. Vi fann dock två påtagliga positiva avvikelser. Den ena är att relativt få *pojkar* hade indikationer på allvarlig karies, jämfört med studier i andra länder (t.ex. Olivan, 2002 i Spanien; van Harten, 2012 i Kanada). Tandvårdsbehovet för flickorna var dock mer i linje med vad som rapporterats från andra länder. Den andra var den låga förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar bland flickorna (jfr Ogders m.fl., 2010 om förhållanden i USA).

5 För ett försök att komma till rätta med denna komplexitet, se Nahrendorf m.fl., 2011; Bertram m.fl., 2013.

Studiens styrkor och begränsningar

Studiens styrkor

Som sagts tidigare – detta är den första studien av sitt slag i Norden (såvitt vi vet). Hälsokontrollerna har genomförts med hög grad av systematik, och har innefattat information om det enskilda barnets hälsohistoria. Samma läkare och samma sjuksköterska har undersökt alla ungdomarna och samma läkare har gjort kliniska bedömningar av varje ungdoms vårdbehov.

Representativitet

Är de 91 ungdomarna som medverkat i studien, från fyra institutioner i södra Sverige, representativa för hela SiS ungdomspopulation? Det vet vi inte. I samtal med företrädare för SiS centrala ledningsorganisation har vi fått svaret att vår undersökningsgrupp sannolikt inte avviker radikalt från SiS nationella population. Men det kan självfallet finnas både regionala variationer och variationer över tid. Hur påverkar de kraftigt ökande inskrivningarna av ensamkommande flyktingungdomar på SiS institutioner (Kaunitz & Jakobsson, 2016) förekomsten av ohälsa bland SiS ungdomar? Rimligtvis borde trenden öka behovet av hälsovård/tandvård, men vi har i dagsläget inga data som kan styrka antagandet.

Andra begränsningar

Alla studier har sina begränsningar och vår är inget undantag. Av kostnads- och genomförbarhetskäl utfördes studien på ett geografiskt begränsat urval, vilket väcker frågor om eller hur resultaten kan generaliseras till hela SiS ungdomspopulation. Vi saknade möjligheter att inom projektet genomföra regelrätta tandhälsoundersökningar (av/hos tandläkare) vilket medfört att vi sannolikt underskattat behovet av tandvård hos ungdomarna. De kliniska bedömningarna av ungdomarnas hälsoproblem och vård-/behandlingsbehov innehåller en viss grad av professionell subjektivitet. Detta är ofrånkomligt och påverkar i strikt mening tillförlitligheten.

Likt de flesta liknande studier i den internationella litteraturen har vi inte haft en jämförelsegrupp med så kallade normalungdomar i vår undersökning. Skälet är främst att studiens syfte har varit att undersöka förekomsten av hälsoproblem (som kräver medicinska insatser) hos ungdomar på särskilda ungdomshem – inte att jämföra deras hälsa med den hos andra i samma ålder. Det hade krävt en annan studie som sannolikt hade blivit dubbelt så dyr. Det finns dock en svensk studie som närmar sig den frågeställningen. Ybrandt och Nordqvist (2015) jämförde svar från ADAD mellan drygt 1 000 "vanliga ungdomar" och 650 ungdomar placerade på SiS. De fann bland annat att SiS-gruppen rapporterade avsevärt fler fysiska hälsoproblem än jämförelsegruppen.

Implikationer för SiS ungdomsvård

Studien pekar entydigt på att ungdomar på SiS-institutioner har ett stort behov av hälso- och sjukvård inklusive tandvård som är otillfredsställande tillgodosett. Att det verkar finnas en stor efterfrågan på hälsovård – när det finns något att efterfråga – borde vara en underlättande faktor.

Vår uppgift är inte att ta ställning till frågan: "Vems ansvar är det här egentligen?". Vi vill här bara ge ett underlag för en diskussion om hur man bättre kan tillgodose de behov som vi har beskrivit.

Redan i dag har SiS-institutionerna en värdefull och uppskattad hälsovårdsresurs, SiS-sjuksköterskorna. Dessa har en unik kunskap om de speciella förutsättningar som gäller för hälsovård för ungdomar som vistas på de särskilda ungdomshemmen, och utgör därför ett fundament även i en förstärkt hälso- och sjukvård på SiS institutioner. Vid hälsoundersökningarna som studien baserades på framkom en hel del tidigare oidentifierade behov av hälsovård, liksom redan känd problematik som var otillfredsställande omhändertagen. Särskilt anmärkningsvärd är också den stora psykofarmakonsumtionen och det stora behovet av tandvård. Detta pekar på en rad områden där SiS-sjuksköterskans kompetens behöver kompletteras systematiskt med andra resurser såsom allmän- eller barnläkare, psykiater och tandläkare.

Den speciella kontexten kring ungdomsvården inom SiS, och de utsatta sociala miljöer som ungdomarna kommer ifrån och går hem till, gör att det finns mycket att vinna på att knyta eventuella ytterligare hälso- och sjukvårdsresurser till särskilt utvalda läkare med återkommande närvaro på institutionerna, snarare än att förlita sig på remisser till inrättningar i den allmänna hälso- och sjukvården. Sådana allmän- eller barnläkare skulle vara lämpliga att återkommande genomföra hälsoundersökningar på nyinskrivna ungdomar på institutionerna tillsammans med sjuksköterskorna, medan psykiaterns insatser troligen kunde begränsas till möten med utvalda ungdomar. Konsulter av detta slag skulle också kunna utgöra ett kontinuerligt stöd för sjuksköterskorna i deras dagliga arbete via telefonkontakt. Exempel på välfungerande resurser av detta slag finns redan inom SiS, och skulle relativt enkelt kunna utvidgas betydligt.

Tandvården kräver särskild utrustning som inte gärna kan härbärgeras på varje SiS-institution, varför detta behov troligen tillgodoses bäst genom rutinmässiga kontroller på mottagningar utanför SiS.

Våra data om den höga konsumtionen av psykofarmaka är på flera sätt anmärkningsvärd information. Många psykofarmaka har påtagliga somatiska biverkningar, och därför är en ordentlig och kontinuerlig bevakning av sådan medicinering en viktig

åtgärd på SiS-institutioner för att också förbättra den fysiska hälsan hos ungdomarna som vistas där.

Vi rekommenderar SiS att med fastare hand än i dag centralt samordna hälso- och sjukvårdsinsatserna. En väg är att sätta ett antal konkreta så kallade minimistandarder som inte är förhandlingsbara för enskilda institutioner, exempelvis att alla SiS-ungdomar ska erbjudas en undersökning av tandläkare inom en vecka efter inskrivningen och att alla ungdomar ska erbjudas en hälsoundersökning med barnläkarmedverkan inom två veckor efter inskrivningen (jfr SoU 2015:71). Vi menar följaktligen att SiS nationella ledning bör ha ett operativt ansvar för att ta fram detaljerade riktlinjer för hälsovården på institutionerna inklusive smittskydd, men också ansvara för SiS-sjuksköterskornas stöd/fortbildning och för att återkommande genomföra datainsamlingar.

Mot bakgrund av de tydliga resultaten i rapporten och med tanke på att studien genomförts på ett regionalt urval av institutioner rekommenderar vi också att hälso- och tandhälsodata dokumenteras och samlas in systematiskt på nationell nivå med betydligt bättre verktyg än ADAD. Replikeringar av vår studie i andra regioner, helst med större undersökningsgrupper, är självfallet mycket välkomna liksom nya studier om SiS-ungdomars hälsa med andra ansatser. Särskilt angeläget är att kartlägga hälsosituationen för de ensamkommande asylsökande ungdomar som utgör en snabbt ökande andel av SiS-populationen, eftersom det finns anledning att anta att deras tidigare erfarenheter av hälso- och sjukvård är än mer bristfälliga än för de svenskfödda barnen.

Referenser

Abram, K. M., Teplin T. A., McClelland, G. M. & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1097–1108.

Alsfjell, J. & Stenberg, J. (2008). *Psykiatriska diagnoser och förändringar hos en grupp SiS-ungdomar*. Allmän SiS-rapport 2008:4. Statens institutionsstyrelse.

American Academy of Pediatrics (AAP). (2001). Health care for children and youth in the juvenile correctional care system. *Pediatrics*, 107, 799–803.

American Academy of Pediatrics (AAP). (2011). Health care for youth in the juvenile justice system. Policy statement. *Pediatrics*, 128, 1219–1235.

Anderson, B. & Farrow, J. (1998). Incarcerated adolescents in Washington state. Health services and utilization. *Journal of Adolescent Health*, 22, 363–367.

Anderson, L., Vostanis, P. & Spencer, N. (2004). Health needs of young offenders. *Journal of Child Health Care*, 8, 149–164.

Bartlett, L., Kanellos-Sutton, M. & van Wylick, R. (2008). Immunization rates in a Canadian juvenile corrections facility. *Journal of Adolescent Health*, 43, 609–611.

Bertam, J., Narendorf, S. C. & McMillen, C. (2013). Pioneering the psychiatric nurse role in foster care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 285–292.

Björkenstam, C., Björkenstam, E., Ljung, R., Vinnerljung, B. & Tuvblad, C. (2013). Suicidal behavior among delinquent former child welfare clients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 349–355.

Bohlin, K. & Jones, D. (2006). Oral health needs of adolescents in a juvenile detention facility. *Journal of Adolescent Health*, 38, 755–757.

Brooker, C. & Fox, C. (2009). *Health needs assessment of children in secure settings in the East Midlands*. Lincoln, UK: Lincoln School of Health and Social Care, University of Lincoln.

Brown, R. (1993). Health needs of incarcerated youth. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 70, 208–218.

Chamberlain, P. & Moore, K. (2002). Chaos and trauma in the lives of adolescent females with antisocial behavior and delinquency. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 79–108.

Clausen, S.-E. & Kristofersen, L. (2008). *Barnevernsbarn i Norge 1990–2005. En longitudinell studie*. Rapport 3/08. Oslo: NOVA.

Cole, T.J. & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7, 284–289.

Crismon, L. & Argo, T. (2009). The use of psychotropic medication for children in foster care. *Child Welfare*, 88, 71–100.

Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2004). Psychopathology in female juvenile offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1150–1158.

Douglas, N. & Plugge, E. (2008). The health needs of imprisoned female juvenile offenders: The views of the young women prisoners and youth justice professionals. *International Journal of Prisoner Health*, 4, 66–76.

Egelund, T., Hestbaek, T.-D. & Andersen, D. (2004). *Små børn anbragt uden for hjemmet*. Rapport #04:17. Köpenhamn: SFI.

Egelund, T., Andersen, D., Hestbaek, T.-D., Lausten, M., Knudsen, L., Fuglsang Olsen, R. & Gerstoft, F. (2008). *Anbragte børns udvikling og vilkår*. Rapport #08:23. Köpenhamn: SFI.

Farrington, D. (1995). Crime and physical health: illnesses, injuries and accidents in the Cambridge Study. *Criminal Behavior and Mental Health*, 54, 261–278.

Fasher, A.M., Dunbar, N., Rothenbury, B.A., Debb, D.K. & Young, S.J.W. (1997). The health of a group of young Australians in a New South Wales juvenile justice detention centre: A pilot study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 33, 426–429.

Feinstein, R., Lampkin, A., Lorish, C., Klerman, L., Maisiak, R. & Kim Oh, M. (1998). Medical status of adolescents at time of admission to a juvenile detention center. *Journal of Adolescent Health*, 22, 190–196.

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården. Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Forrest, C., Tambor, E., Riley, A., Ensminger, M. & Starfield, B. (2000). The health profile of incarcerated male youths. *Pediatrics*, 105, 286–291.

Gallagher, C. & Dobrin, A. (2007). Can juvenile detention facilities meet the call of the American Academy of Pediatrics and National Commission on Correctional Health Care? A national analysis of current practice. *Pediatrics*, 119, 991–1001.

Golzari, M., Hunt, S. & Anoshiravani, A. (2006). The health status of youth in juvenile detention facilities. *Journal of Adolescent Health*, 38, 776–782.

Gothefors, D., Adolfsson, R., Attvall, S., Erlinge, D., Jarbin, H., Lindström, K., Linne von Hausswolff-Juhlin, Y., Morgell, R., Toft, E. & Ösby, U. (2010). Swedish clinical guidelines – prevention and management of metabolic risk in patients with severe psychiatric disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 294–302.

Gould, J. & Payne, H. (2004). Health needs of children in prison. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 549–550.

van Harten, M. (2012). *The oral health status of incarcerated youth at a Toronto-area youth center*. Acad Thesis. Toronto: University of Toronto, dept of Biological and Diagnostic Sciences/Dental Public Health.

Hein, K., Cohen, M., Litt, I., Schonberg, K., Meyer, M., Marks, A. & Sheehy, A.-J. (1980). Juvenile detention: another boundary for physicians. *Pediatrics*, 66, 239–245.

Hill, C. & Thompson, M. (2003). Mental and physical health co-morbidity in looked-after children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 315–321.

Hill, C. & Watkins, J. (2003). Statutory health assessment for looked-after children: what do they achieve? *Child: Care, Health and Development*, 29, 3–13.

Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M. & Wichström, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 33–47.

Kaunitz, C. & Jakobsson, J. (2016). Ensamkommande barn och ungdomar inom Statens institutionsstyrelse (SiS). *Socialmedicinsk Tidskrift*, 93, 41–49.

Kessler, R., Pecora, P., Williams, J., Hiripi, E., O'Brien, K., English, D., White, J., Zerbe, R., Downs, C., Plotnick, R., Hwang, I. & Sampson, N. (2008). Effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Archives of General Psychiatry*, 65, 625–633.

Kling, S. (2010). *Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö*. Rapport till Socialstyrelsen. Malmö: Malmö stad.

Kling, S., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2016). Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatrica*, adv access DOI: 10.1111/apa.13304.

Kristofersen, L. (2005). *Barnevernbarnas helse. Uførhet og dødelighet i perioden 1990–2002*. Oslo: NIBR, NIBR-rapport 2005:12.

Köhler, M., Emmelin, M., Hjern, A. & Rosvall, M. (2015). Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatrica*, 104, 508–513.

Lederman, C., Dakof, G., Larrea, M. & Li, H. (2004). Characteristics of adolescent females in juvenile detention. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 321–337.

Läkemedelsverket. (2014). *Läkemedelsboken*. Uppsala: Läkemedelsverket.

Löfgren-Mårtensson, L., Lindroth, M. & Månsson, S.-A. (2013). "Det är vårt risken". Unga inom SiS och sexuell hälsa. Institutionsvård i fokus, nr 6/2013. Statens institutionsstyrelse.

Matson, S., Bretl, D. & Wolf, K. (2000). Health care needs of detained youth. *Journal of Correctional Health Care*, 7, 245–261.

McMillen, C., Fedoravicious, N., Rowe, J., Zima, B. T. & Ware, N. C. (2007). A crisis of credibility: Professionals' concern about the psychiatric care provided to clients of the child welfare system. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 203–212.

Mooney, A., Statham, J. & Storey, P. (2007). *The health of children and young people in secure settings. Final report to the Dept of Health*. London: University of London, TCRU, Institute of education.

Morris, R. (2004). Health status of incarcerated adolescents: Implications for juvenile decision making. *Juvenile and Family Court Journal*, 55, 49–62.

Morris, R., Harrison, E., Knox, G., Tromanhauser, E., Marquis, D. & Watts, L. (1995). Health risk behavioral study from 39 juvenile correction facilities in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 17, 334–344.

Narendorf, S. C., Bertram, J. & McMillen, C. (2011). Diagnosis and medication overload? A nurse review of the psychiatric histories of older youth in treatment foster care. *Child Welfare*, 90, 27–43.

Nelson, T., Van Dyk, T., Lundahl, A., Huefner, J., Thompson, R. & Epstein, M. (2013). Patterns and correlates of adolescent weight change in residential care. *Children and Youth Services Review*, 35, 960–965.

Ogders, C. & Moretti. (2002). Aggressive and antisocial girls: Research update and challenges. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 103–119.

Ogders, C., Robins, J. & Russel, M. (2010). Morbidity and mortality risk among the “Forgotten Few”: Why are girls in the justice system in such poor health? *Law and Human Behavior*, 34, 439–444.

Ohlsson, J., Villarreal, G., Sjöström, A., Abrahamsson, M. & Sjöstrand, J. (2001). Visual acuity, residual amblyopia and ocular pathology in a screened population of 12–13-year-old children in Sweden. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 79, 589–595.

Olivan, G. G. (2002). Estado de salud de juvenes varones delincuentes [Health status of delinquent male youths]. *Aten Primaria*, 29, 421–424.

Pajer, K., Kazmi, A., Gardner, W. & Wang, Y. (2007). Female conduct disorder. Health status in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 40, 84.e1–84.e7.

Pajer, K., Stouthamer-Loeber, M., Garner, W. & Loeber, R. (2006). Women with antisocial behavior: Long-term health disability and help-seeking for emotional problems. *Criminal Behavior and Mental Health*, 16, 29–42.

Palfrey, J., Karninski, W., Clarke, S., Tomasell, M., Meltzer, L. & Levine, M. (1983). Health profiles of early adolescent delinquents. *Public Health Reports*, 98, 449–457.

Panagiotopoulos, C., Ronsley, R., Elbe, D., Davidson, J., Smith, D.H. (2010). First do no harm: promoting an evidence-based approach to atypical anti-psychotic use in children and adolescents. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 124–137.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M. et al. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 11, 645–658.

Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330–366.

Robins, L. & Rutter, M. (Eds.). (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. New York: Cambridge University Press.

Rutter, M. & Giller, H. (1984). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Columbia University Press.

Sarri, G., Evans, P., Stansfeld, S. & Marcenés, W. (2012). A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *British Dental Journal*, 213, E17.

Sedlak, A. & McPherson, K. (2010). *Survey of youth in residential placement: Youth's needs and services*. Rockville, MD: Weststat. Hämtad från http://syrp.org/images/Needs%20and%20Services_SYRP%20Report.pdf

Shelton, D. (2000). Health status of young offenders and their families. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 173–178.

Shepherd, J., Farrington, D. & Potts, J. (2002). Relations between offending, injury and illness. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 539–544.

Schneiderman, J., Leslie, L., Arnold-Clark, J., McDaniel, D. & Xie, B. (2011). Pediatric health assessments of young children in child welfare by placement type. *Child Abuse & Neglect*, 35, 29–39.

Socialstyrelsen. (2000). *Dartingtonprojektet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012). *Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Karies hos barn och ungdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen/Skolverket. (2014). *Vägledning för elevhälsan*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-2>. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoU 2015:71. *Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU*.

Society for Adolescent Medicine (SAM). (2000). Health care for incarcerated youth. Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 27, 73–75.

Statens institutionsstyrelse. (2015). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2013. Institutionsvård i fokus, nr 4/2015*. Statens institutionsstyrelse.

Ståhlberg, O., Anckarsäter, H. & Nilsson, T. (2010). Mental Health Problems in youth committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*, 893–903.

Taylor, S. E., Repetti, R. L. & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology, 48*, 411–447.

Teplin, L., McClelland, G., Abram, M. & Mileuscic, D. (2005). Early violent death among delinquent youth: A prospective longitudinal study. *Pediatrics, 115*, 1586–1593.

Wade, T. & Pevalin, D. (2005). Adolescent delinquency and health. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 47*, 619–654.

Ward, H., Jones, H., Lynch, M. & Skuse, T. (2002). Issues concerning the health of looked-after children. *Adoption & Fostering, 26*, 8–18.

Wasserman, G., McReynolds, L., Schwalbe, C., Keating, J. & Shane, A. (2010). Psychiatric disorder, comorbidity, and suicidal behavior in juvenile justice youth. *Criminal Justice and Behavior, 37*, 1361–1376.

Ybrandt, H. & Nordqvist, S. (2015). *SiS-placerade ungdomars problematik i relation till andra ungdomar. En jämförelse med referensdata insamlade med ADAD 2010*. Institutionsvård i fokus, nr 1/2015. Statens institutionsstyrelse.

Zito, J., Safer, D., Sai, D., Gardner, J., Thomas, D., Coombes, P., Dubowski, M. & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics, 121*, e157–e163.

Efterord

Att ungdomar som vårdas på SiS har stora problem på flera områden framgår exempelvis i de årliga sammanställningarna av inskrivningsintervjuer som görs med ungdomarna som tas in på särskilda ungdomshem (Statens institutionsstyrelse 2016). Kriminalitet, missbruk, psykisk ohälsa och avbruten skolgång återkommer i beskrivningar av SiS målgrupp (Pettersson, 2010; Ahonen, 2012; Hugo, 2013; Pettersson, 2016). Stefan Kling, Anders Hjern och Bo Vinnerljung har i denna rapport visat att ungdomar på SiS dessutom har betydande hälsoproblem. Det har även tidigare gjorts forskningsstudier av SiS-ungdomars hälsa och funktionshinder, men dessa har i första hand varit inriktade på specifika frågor såsom sexuell hälsa (Löfgren-Mårtenson m. fl., 2013), psykiatrisk (sam)sjuklighet (Ståhlberg m. fl., 2010) eller läs- och skrivsvårigheter (Svensson, 2009). Detta är första gången som det har gjorts en bredare klinisk studie av SiS-ungdomars hälsa. Resultaten bekräftar i stor grad det som framkommit i internationella studier av samhällsvårdade barn och unga. Barnen är inte bara i en utsatt psykosocial situation utan har ofta en rad hälsoproblem av såväl det "enklare" som allvarigare slaget. Bristen på stabilitet kan exempelvis medfört att barnen ramlat utanför kedjan av kontroller, vaccinationer och uppföljningar som andra barn passerar genom.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen inom SiS

Forskarna hade hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal vid SiS i genomförande av studien. För läsare utanför SiS väcks naturligt frågan om vilken hälso- och sjukvård myndigheten bedriver och hur den är organiserad. SiS är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs på myndighetens institutioner och har det övergripande ansvaret för myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Hur hälso- och sjukvårdsverksamheten inom SiS är organiserat framgår av figuren på nästa sida.

SiS ungdomsvård är indelat geografisk i två verksamhetsområden; SiS ungdomsvård norr och SiS ungdomsvård söder. Arbetet inom ett verksamhetsområde styrs av en verksamhetsdirektör som bland annat anställer institutionschefer och utser verksamhetschefer för hälso- och sjukvårdsverksamheten inom sitt verksamhetsområde.

Samtliga ungdomshem har tillgång till läkare, psykologer och sjuksköterskor. Varje institution har anställda sjuksköterskor med ansvar för hälso- och sjukvården, men antalet varierar mellan 0,75–2,0 tjänst. Psykologerna är antingen anställda av SiS eller arbetar som konsulter. Ett ungdomshem saknar i dag psykolog men i övrigt varierar antalet mellan 1 och 7 per institution. Läkartillgången på ungdomsinstitutionerna varierar både med hänsyn till antal timmar och till kompetens. Variationen i tid är mellan 8–64 timmar per månad och läkarna kan vara barn- och ungdomspsykiatriker, allmänläkare, vuxenpsykiatriker, rättspsykiatriker eller akutläkare. Ett antal institutioner har överenskommelser med lokala kliniker för barn- och ungdomspsykiatri respektive

vuxenpsykiatri, övriga har överenskommelser med primärvårdens läkare i närområdet. Det finns också institutioner som upphandlat konsultläkartid eller anställt läkare på timmar.

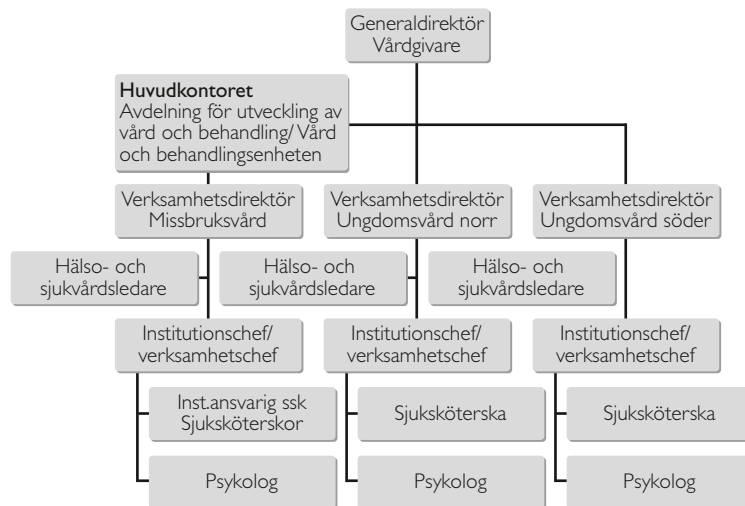
Omfattningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna varierar utifrån ungdomarnas behov, vilken typ av avdelning ungdomen vårdas på (akut-, utrednings- eller behandlingsavdelningar), vårdtid och tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal. Insatserna består i första hand av:

- hälsosamtal med sjuksköterska
- bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov
- åtgärder av hälsoproblem av olika slag
- bedömningssamtal med psykolog
- läkarundersökning
- läkemedelsbehandling och -uppföljning
- psykiatriska bedömningar
- remittering till tandvård
- remittering till specialister av olika slag

Sjuksköterskan träffar ungdomen för att kartlägga behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringstiden. Uppgifter om ungdomens fysiska och psykiska hälsa inhämtas från ADAD inskrivningsintervju (som oftast genomförts av annan personal) och aktuellt underlag från socialtjänsten. Kompletterande frågor ställs till ungdomen enligt en särskild mall för ett sedvanligt hälsosamtal/inskrivningssamtal av sjuksköterska. Det kan särskilt vara frågor som rör aktuella eller avbrutna behandlingar av skilda slag. Sjuksköterskan bedömer om ytterligare information behöver inhämtas och planerar för ungdomens omvårdnad, läkarkontakter och eventuell läkemedelsbehandling.

Psykologen träffar ungdomen för ett strukturerat bedömningssamtal och klinisk självmordsriskbedömning. På grundval av information från socialtjänsten, bedömningssamtalet och uppgifter om ungdomens psykiska hälsa i ADAD inskrivningsintervju bedömer psykologen om ungdomen har några psykologiska/psykiatriska problem som behöver åtgärdas eller tas hänsyn till för att ungdomen ska kunna tillgodogöra sig behandlingen.

Enligt 32 § LVU ska socialnämnden ordna en läkarundersökning av den unge innan en ansökan om vård görs, men i vissa fall sker detta på ungdomshemmet efter särskilt uppdrag. I övrigt vill ungdomarna träffa läkarna av flera skäl: Det kan exempelvis röra sig om oro för olika sjukdomar, sömnbesvär, ångest eller att fråga om sin eventuella läkemedelsbehandling. Läkaren gör sin bedömning utifrån samtalet med ungdomen sjuksköterskan och dokumentation som finns från andra vårdgivare eller tidigare visstelser inom SiS. Om en ungdom under 15 år ska hållas i avskildhet ska en läkare skyndsamt yttra sig och om läkaren begär det ska avskiljningen genast avbrytas.



SiS uppdrag och utmaningar i hälso- och sjukvårdsarbetet

Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser och detta gäller även under den tid som ungdomarna är placerade på SiS. I LVU-utredningen (SOU 2015: 71) togs emellertid frågan upp om en förstärkning av huvudmännens ansvar även när det gäller placerade barns fysiska och psykiska hälsa. Utredningen föreslog att den obligatoriska läkarundersökningen inför en ansökan om vård enligt LVU också ska vara en del av underlaget för bedömningen av barnets eller den unges behov av vård och planeringen av vården. Därutöver betonades behovet av att göra en initial hälsoundersökning i anslutning till placering i syfte att upptäcka tecken på ohälsa och säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård och tandvård som alla barn har rätt till. På grundval av utredningens förslag och det som framkom i remissvaren till utredningen presenterade regeringen en lagrådsremiss i november 2016 där det föreslås att bestämmelser förs in i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Mer specifikt ska socialnämnden, om det inte är obehövt, underätta landstinget om att den unge ska erbjudas en hälsoundersökning av landstinget i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds (Socialdepartementet, 2016). Lagändringarna föreslås träda i kraft 15 april 2017.

En skyldighet i lag att ingå överenskommelser kommer att stärka samverkan mellan landsting och kommuner och därigenom bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för placerade barn. Det underlättar även för SiS och blir ett stöd för att få hälsoundersökningar utförda även för unga mellan 18-20 år. Det betonas också i lagrådsremissen att samarbetet mellan SiS och landstingens hälso- och sjukvård ska uppmärksammas när den unge placeras på SiS; "det kan därför vara lämpligt att överenskommelserna mellan kommunerna och landstingen även omfattar samverkan med SiS särskilda ungdomshem samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen kan ske" (s 26). SiS ska även fortsättningsvis stödja huvudmännen i deras arbete med att upprätta samordnade individuella planer (SIP) Oavsett i vilken form samverkan mellan huvud-

männen sker, är det vår bestämda uppfattning att ett samarbete med andra vårdgivare har stor betydelse för ungdomarna – såväl under som efter placeringen. Att beskriva respektive parts ansvarsområden för varandra ökar förståelsen och ger nödvändig kunskap för en god samverkan. SiS behöver informera andra vårdgivare om den hälso- och sjukvård som bedrivs och den kompetens som finns tillgänglig på institutionerna. SiS bör exempelvis upplysa om att ungdomsinstitutionerna har sjuksköterska tillgänglig endast måndag- fredag under dagtid. För många som arbetar inom landstingens/regionernas hälso- och sjukvård är SiS verksamhet inte alltid känd och sådan information behöver ges återkommande – inte minst med tanke på den personalomsättning som finns i många delar av vården. Tillgången till barn- och ungdomspsykiatrisk vård, särskilt slutna vårdplatser inom psykiatrin, upplevs ofta som mycket svår för personal inom SiS.

Med utgångspunkt i andra liknande studier och den kännedom som finns inom SiS, är resultaten inte så förvånande. Men det man tror sig veta behöver också undersökas systematiskt, och den specifika kunskapen om bredden och omfattningen av hälsoproblem bland SiS-ungdomar har hittills främst varit begränsat till hälso- och sjukvårdspersonal. På så sätt bidrar rapporten till en generell kunskapsökning om hälsoproblemen till flera personalgrupper inom SiS och till andra delar av SiS organisation.

Därutöver tror vi att resultaten kan vara av intresse för andra myndigheter och politiker, anhängare samt forskare både inom och utanför Sverige. Resultaten kommer att vara särskilt viktiga i dialogen och samarbetet med kommun och landsting för att beskriva de vårdbehov som finns och diskutera hur dessa kan tillgodoses på bästa sätt. Som författarna nämner vore det dessutom önskvärt med flera studier av detta slaget. Att SiS målgrupp under senaste året förändrats avsevärt i och med att andelen ensamkommande flyktingbarn ökat betydligt gör det inte mindre angeläget att studera hälsoförhållanden flera gånger.

Stockholm i december 2016

Statens institutionsstyrelse

Avdelningen för utveckling av vård och behandling

Referenser

Ahonen, L. (2012). *Changing behaviors or behavioral change? A study of moral development and transbehavioral processes in juvenile institutional care*. Örebro universitet: Fakulteten för humaniora och socialvetenskap.

Hugo, M. (2013). *Meningsfullt lärande i skolverksamheten på särskilda ungdomshem*. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 1.

Löfgren-Mårtenson, C., Lindroth, M., Månsson, S.-A. (2013). *Det är vårt risken. Unga inom*

SiS och sexuell hälsa. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 6.

Pettersson, T. (2010). *Återfall i brott bland ungdomar dömda till fängelse respektive slutna ungdomsvård*. Statens institutionsstyrelse: SiS följer upp och utvecklar nr 2.

Pettersson, T. (2016). *Young offenders and open custody*. London: Routledge.

Socialdepartementet (2016). *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*. Lagrådsremiss, 10 november 2016.

SOU 2015:71. *Barns och ungas rätt vid tvångsvård*.

Statens institutionsstyrelse (2016). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsinterju*. Institutionsvård i fokus, nr 1.

Ståhlberg, O., Anckarsäter, H., Nilsson, T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: Prevalence and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 893-903.

Svensson, I. (2009). *Att utveckla läs- och skrivförmågan bland elever på särskilda ungdomshem. Ett försök med särskilda insatser*. Statens institutionsstyrelse: Forskningsrapport, nr 2.

Författarpresentationer



Stefan Kling är verksamhetschef för Medicinsk elevhälsa samt skolöverläkare vid grundskoleförvaltningen i Malmö stad.



Bo Vinnerljung är professor emeritus vid Socialhögskolan, Stockholms universitet samt seniorforskare vid enheten för klinisk epidemiologi, institutionen för medicin, Karolinska institutet.



Anders Hjern är överläkare på Sachsska barnsjukhuset, professor i social epidemiologi för barn och ungdomar vid Karolinska institutet och forskningsledare på Centre for Health Equity Studies (CHES) i Stockholm.



Ungdomar som placeras på särskilda ungdomshem har oftast betydande problem på flera livsområden. Förutom kriminalitet, missbruk, ofullständig skolgång, bristande familjerelationer och generella anpassningssvårigheter uppvisar många ungdomar också omfattande psykisk och fysisk ohälsa.

I rapporten redovisas resultat från en studie av omfånget och svårighetsgraden av ett antal hälsoproblem hos SiS-placerade ungdomar. Studien genomfördes på fyra särskilda ungdomshem och omfattar 91 ungdomar som skrevs in under 2014 eller 2015. Med hjälp av journaler från SiS och andra vårdgivare, hälsoundersökningar, uppgifter från hälsosamtal med och enkätsvar från ungdomarna ges en bred beskrivning av deras hälsa, pågående vårdkontakter samt vårdbehov. Därutöver uppmärksammas skillnaderna mellan pojkar och flickor, och resultaten jämförs med andra liknande studier.

I studien används uppgifter från såväl ungdomarna själva som journaluppgifter och data från läkarundersökningar som genomfördes av samma person med hjälp av en definierad mall. Rapporten kompletterar och fördjupar uppgifter om hälsa och ohälsa från inskrivningsintervjuer med ungdomar som placeras på SiS och kan på så sätt bli ett viktigt referensmaterial för att bättre beskriva vår målgrupp. Resultaten pekar också på betydelsen av att arbeta strukturerat med identifiering av hälsoproblem och att planera och genomföra insatser i samverkan med kommun och landsting. I en nyligen avlämnad lagrådsremiss föreslås att unga som placeras i samhällsvård ska erbjudas en hälsoundersökning i samband med placeringen. I förslaget betonas vikten av ett samarbete mellan SiS och hälso- och sjukvården i detta sammanhang. Rapporten visar tydligt att behovet av sådan samverkan är stort.

ISBN 978-91-87053-40-5